



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOXÍA SOCIAL, BÁSICA E METODOLOXÍA

**¿ES POSIBLE DISCRIMINAR DECLARACIONES
REALES DE IMAGINADAS Y HUELLA PSÍQUICA REAL
DE SIMULADA EN CASOS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO?**

TESIS DOCTORAL

Manuel Vilariño Vázquez

Dirigida por:
Dr. Ramón Arce Fernández
Dr. Dolores Seijo Martínez

SANTIAGO DE COMPOSTELA, 2010



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOXÍA SOCIAL, BÁSICA E METODOLOXÍA

**¿ES POSIBLE DISCRIMINAR DECLARACIONES
REALES DE IMAGINADAS Y HUELLA PSÍQUICA REAL
DE SIMULADA EN CASOS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO?**

TESIS DOCTORAL

Manuel Vilariño Vázquez

Dirigida por:
Dr. Ramón Arce Fernández
Dr. Dolores Seijo Martínez

SANTIAGO DE COMPOSTELA, 2010

Ramón Arce Fernández, Catedrático de Psicología Jurídica y Forense de la Universidad de la Universidad de Santiago de Compostela, y **Dolores Seijo Martínez**, Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Santiago de Compostela, en calidad de directores de la Tesis Doctoral “¿Es posible discriminar declaraciones reales de imaginadas y huella psíquica real de simulada en casos de violencia de género?”, presentada por el Lcdo. **Manuel Vilariño Vázquez**,

INFORMAN:

Que la mencionada tesis doctoral ha sido realizada bajo nuestra atenta supervisión y que reúne todas las características técnicas y científicas al uso para que pueda ser leída y defendida públicamente.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, redactamos este informe en Santiago de Compostela a 16 de abril de 2010.

Fdo. Ramón Arce Fernández
Director.

Fdo. Dolores Seijo Martínez
Directora.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
PRESENTACIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
1. Psicología de las declaraciones y confesiones	9
1.1. Introducción	9
1.2. Diferencias entre la entrevista clínica y la forense	10
1.2.1. Entrevista Clínica	10
1.2.2. Entrevista Forense	12
1.3. La Entrevista Estándar o Policial	15
1.3.1. Problemas de la Entrevista Estándar	20
1.4. La Entrevista Cognitiva (Fisher y Geiselman, 1992)	22
1.4.1. La Entrevista Cognitiva Mejorada (Fisher y Geiselman, 1992)	28
1.5. La Entrevista Clínico-Forense	35
1.6. Algunas consideraciones sobre estos formatos de entrevista	37
2. Diferentes aproximaciones a la evaluación de la credibilidad del testimonio	41
2.1. Introducción	41
2.2. Correlatos de personalidad del comunicador	42
2.3. Indicios no verbales y extralingüísticos asociados al engaño	43
2.4. Indicios fisiológicos y actividad cerebral	47
2.4.1. El Polígrafo	47
2.4.2. Potenciales Evocados Relativos a Eventos (PRE) y Tiempos de Reacción (TR)	50
2.4.3. La Imagen por Resonancia Magnética Funcional (IRMf)	53
2.5. Análisis de Contenido de la Declaración	55
2.5.1. Control de la Realidad/ Reality Monitoring (RM)	55

2.5.2. Análisis de Realidad de las Declaraciones (Statement Reality Analysis, SRA)	57
2.5.3. Análisis de Contenido Basado en Criterios (Criteria Based Content Analysis, CBCA)	60
2.5.4. Análisis de la Validez de las Declaraciones (Statement Validity Analysis, SVA)	61
2.5.5. Otros métodos basados en el análisis de contenido para la identificación de la verdad	63
2.5.6. Algunas consideraciones sobre los diferentes métodos de detección de la mentira centrados en el estudio del contenido	64
2.5.7. Una aproximación integradora: el Sistema de Evaluación Global (SEG)	71
2.5.8. Recomendaciones para la puesta en práctica de estos procedimientos	78
3. Aproximación a la Violencia de Género	79
3.1. La Víctima	79
3.1.1. Definiciones y tipologías	79
3.1.2. Procesos de victimación	82
3.2. Las consecuencias del acto delictivo en las víctimas	83
3.2.1. Reacciones contiguas	84
3.2.2. Consecuencias psicológicas ulteriores	84
3.3. Víctimas y violencia de género	87
3.3.1. Introducción	87
3.3.2. La violencia contra la mujer: una cuestión de género	87
3.3.3. El reconocimiento legal de la violencia de género	90
3.3.4. Formas de la violencia de género	94
3.3.5. Las consecuencias de la violencia de género sobre la víctima	96
3.4. La huella psíquica de la violencia de género: el Trastorno por Estrés Postraumático	101

3.4.1. El Trastorno por Estrés Postraumático	102
3.4.1.1. La sintomatología postraumática a lo largo de la historia	103
3.4.1.2. La inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM	111
3.4.1.3. Diagnóstico diferencial, comorbilidad, curso y epidemiología	119
3.4.1.4. Factores intervinientes en el desarrollo del TEPT	122
4. Estudio de la simulación dentro del ámbito legal	127
4.1. Definición de simulación	127
4.2. Prevalencia de la simulación	129
4.3. Diferentes clasificaciones de la simulación	131
4.4. La detección de la simulación de trastornos mentales	136
4.4.1. Instrumentos útiles para detectar simulación	141
4.4.1.1. Cuestionarios de personalidad	142
4.4.1.2. Entrevistas estructuradas	150
4.4.1.3. Técnicas para el estudio de la simulación de déficits cognoscitivos	157
4.5. Protocolo de medida de las secuelas psicológicas consecuencia de la violencia de género y control de la simulación de Arce y Fariña (2007a)	161
ESTUDIO EMPÍRICO	167
1. Introducción	169
2. Método	173
2.1. Participantes	173
2.2. Diseño	173
2.3. Procedimiento	173
2.4. Instrumentos de medida	175

2.5. Análisis de los protocolos	182
2.6. Entrenamiento de codificadores	189
2.7. Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones	190
3. Resultados	195
3.1. Contraste del estado clínico real y simulado en las escalas clínicas básicas del MMPI-2	195
3.2. Estudio de las escalas originales de control de validez del MMPI-2	197
3.3. Índices y configuraciones de las escalas originales de validez	199
3.4. Estudio de las escalas adicionales de control de la validez del MMPI-2	199
3.5. Medidas de la inconsistencia de las respuestas	200
3.6. Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores de validez del MMPI-2	201
3.7. Estudio de la fiabilidad de los resultados en la Entrevista Clínico-Forense	202
3.8. Estudio de la huella psíquica en la Entrevista Clínico-Forense	204
3.9. Estudio global de la detección de la simulación	206
3.10. Estudio de la validez de las declaraciones	207
3.11. Estudio de la realidad de las declaraciones	208
4. Discusión	213
 BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	 219

AGRADECIMIENTOS

Agradecer, de xeito especial, a D. Ramón Arce, Dna. Dolores Seijo, Dna. Francisca Fariña e Dna. Mercedes Novo pola grande axuda prestada e polos múltiples coñecementos transmitidos. Sen eles o presente estudo non sería posíbel.

Dalas grazas a todos os membros da Unidade de Psicoloxía Forense polo seu compañeirismo e colaboración, así como por soportarme nas horas compartidas de traballo.

Agradecer a Juan José García Meilán polo estímulo transmitido na investigación psicolóxica.

Grazas a todos os amigos e compañeiros de lugares e tempos varios por poñer coherencia en días sen sentido.

Moitas grazas a toda a familia, a miña porción positiva é, esencialmente, mérito voso.

A todas as persoas que moi amabelmente se prestaron para colaborar neste estudo.

PRESENTACIÓN

A lo largo de los últimos años estamos asistiendo a una progresiva concienciación de la sociedad y de la clase política, así como de los profesionales del campo, en cuanto a la necesidad de erradicar la violencia de género. Ejemplo de ello son las leyes que se han aprobado, tanto a escala estatal (Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género) como autonómica (Ley 11/2007, de 27 de xullo, Galega para a Prevención e o Tratamiento Integral da Violencia de Xénero), focalizadas en dicha temática.

Estas demandas obligan a los profesionales de las diferentes áreas, vinculadas con la violencia de género, a mejorar y continuar avanzando en sus procedimientos, técnicas o servicios. La psicología jurídica y forense no es ajena a la actual circunstancia, mostrando una rápida y constante adaptación a las demandas de avance social, mediante su contribución desde al ámbito científico y práctico. El presente trabajo se incardina en este contexto, promoviendo la generación de conocimiento empíricamente que contribuya a la mejora de la labor del psicólogo forense.

La insuficiencia probatoria representa uno de los principales problemas del proceso penal en casuísticas de violencia de género. En no pocas ocasiones, el juzgador ha de dictar sentencia valiéndose, casi exclusivamente, de los testimonios de las partes. Por consiguiente, 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 en estos casos. La literatura señala que existe evidencia científica sistemática de que las memorias de la realidad (esto es, lo vivido) y de lo inventado (o sea, lo imaginado), presentan una serie de características en cuanto a su almacenamiento, recuperación y cogniciones que las diferencian. A este respecto, se han desarrollado una serie de procedimientos adaptados a menores objeto de agresiones sexuales, fundamentados en el análisis de contenido de la declaración, que han logrado discriminar entre ambos tipo de testimonios. Entre éstos, los más conocidos y empleados son el *Statement Reality Analysis* (SRA; Undeutch, 1967, 1988); el *Reality Monitoring* (RM; Johnson y Raye, 1981) en la versión ampliada por Sporer (1997); y el *Statement Validity Assessment* (SVA; Steller, 1989; Steller y Boychuk, 1992; Steller, Raskin, Yuille, y Esplin, 1990). Estos procedimientos gozan de un amplio

reconocimiento. Así, las evaluaciones a través del SVA son aceptadas como prueba en algunas cortes norteamericanas y en varios países del norte de Europa como Suecia, Alemania y Holanda (Vrij, 2005) y, más específicamente y de forma muy profusa, en nuestro país (Arce, 2005). Ahora bien, estos procedimientos, no se pueden generalizar directamente a otras poblaciones (p.e., adultos) y contextos de evaluación (v.gr., violencia de género), aunque sí los principios subyacentes (Bensi, Gambetti, Nori, y Giusberti, 2009). En esta línea, Arce y Fariña (2006a, 2009) han desarrollado y contrastado un sistema metódico específico para casos de violencia de género.

Por otro lado, al margen del análisis de la credibilidad del testimonio, forma parte habitual del trabajo psicológico forense la evaluación del daño psíquico consecuencia del hecho delictivo. El daño psíquico representa la denominada huella psíquica del delito, que puede ser introducida como prueba de cargo. La identificación de la huella psíquica se realiza mediante la evaluación de los efectos en la salud mental o emocional provocados por el acto delictivo. No obstante, al encontrarnos dentro de un ámbito judicial, es imprescindible el establecimiento inequívoco de una relación causa efecto entre el delito y los daños. Esta demanda dificulta en gran medida la evaluación forense, dado que en la casuística de la violencia de género están presentes otras causas que pueden generar daños en la salud mental o emocional. El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático se ajusta perfectamente a estos requerimientos, ya que en él puede quedar perfectamente establecida la relación causa efecto (American Psychiatric Association, 2002). De tal forma que se ha tomado como medida primaria de la huella psicológica en casos de violencia de género (p.e., Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Freyd, 1996; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998; US National Comorbidity Survey) y, como trastornos secundarios, estarían la depresión, la inadaptación social, la ansiedad y las disfunciones sexuales (v. gr., Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Esbec, 2000). Además, dado que nos encontramos dentro de un contexto de evaluación forense ha de sospecharse simulación, esto es, realizar un diagnóstico diferencial previo (American Psychiatric Association, 2002). La literatura existente ha puesto de manifiesto que, bajo instrucciones de simulación, los sujetos no sólo eran capaces de reconocer en una evaluación psicométrica la sintomatología que sería propia de su hipotético estado mental, sino que incluso eran capaces de discriminarla de otra no esperada. Estos resultados se han hallado en casos de agresión sexual e intimidación (Arce, Fariña y Freire, 2002),

violencia de género (Arce, Carballal, Fariña y Seijo, 2004), accidentes de tráfico (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) e imputabilidad (Arce, Fariña y Pampillón, 2002), esto es, se han encontrado de un modo sistemático y consistente inter-contextos. Para acometer este triple propósito, sometimiento a prueba de la relación de causalidad, evaluación del daño psíquico y de la simulación, Arce y Fariña (2007; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2009) han creado un protocolo de evaluación.

Como consecuencia de este estado de la literatura, nos hemos planteado, contrastar la validez de estos modelos de realidad y de evaluación de la huella psíquica en casos reales ya que los estudios de demostración se han llevado a cabo con casos exclusivamente irreales.

Para ello, el presente trabajo se estructura en dos partes, una fundamentación teórica y un estudio empírico. En la primera parte, se revisan las diferentes técnicas y los procedimientos empleados en la práctica y en la investigación psicológica forense para la obtención del testimonio y para acometer el análisis de la credibilidad de los testimonios. Además, se aborda la violencia de género y sus consecuencias sobre la víctima, así como las técnicas de evaluación y diagnóstico. Como colofón a la revisión del estado de la cuestión, nos centramos en la importancia del estudio de la simulación dentro del ámbito judicial. En la segunda parte se lleva a cabo un estudio en el que se contrasta la eficacia de los modelos de Arce y Fariña para el establecimiento de la realidad de la declaración y del daño psicológico en casos de violencia de género. Adicionalmente, se someten a prueba los modelos tradicionales o estándar de evaluación de la credibilidad del testimonio y de evaluación del daño psicológico para casos de violencia de género. Finalmente, se compara la eficacia de los diferentes modelos.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. PSICOLOGÍA DE LAS DECLARACIONES Y CONFESIONES.

1.1.Introducción.

El objetivo principal de toda investigación judicial o policial es la búsqueda de información entre las víctimas y los testigos de un delito para continuar con la investigación, esclarecer los hechos o determinar el autor de los mismos. En el contexto de la casuística mundial, Hans y Vidmar (1986), estiman que en torno al 85% de los casos toman como base un testimonio. Como herramientas esenciales para la obtención de información contamos con los interrogatorios y las entrevistas. Los objetivos de una entrevista efectiva son minimizar el trauma que pueda generar la investigación, obtener la mayor cantidad posible de información sobre el evento objeto de estudio, minimizar en la medida de lo posible que la entrevista contamine los recuerdos, y mantener la integridad del proceso de investigación (Colwell, Hiscock-Anisman y Memon, 2002; Yuille, Hunter, Joffe y Zaparniuk, 1993). No obstante, en su éxito intervendrán una serie de factores tales como la habilidad del entrevistador, el grado de colaboración del entrevistado y el tiempo transcurrido desde el suceso. Tradicionalmente, la entrevista ha adoptado dos formas: entrevista narrativa (se pregunta al entrevistado qué ha sucedido y éste se limita a contar los hechos conforme los recuerda) y entrevista interrogativa (el entrevistador después de elaborar una serie de cuestiones sobre lo acontecido solicita al entrevistado que las responda).

Diversas investigaciones tras analizar la utilidad de estos dos modos diferentes de obtención de información, muestran que la entrevista cognitiva de formato narrativo proporciona mayor información, fundamentalmente correcta (36%) pero también incorrecta (17,5%) (Köhnken, Milne, Memon y Bull, 1999). No obstante, esto no implica que la exactitud global sea mayor en un tipo de entrevista que en el otro. Así, el porcentaje promedio de información correcta en la entrevista interrogativa es del 82% frente al 84% de la entrevista cognitiva. De este modo, se podría afirmar de acuerdo con Rodríguez, Seijo y Suárez (2005) que “con la entrevista cognitiva el testigo sigue una estrategia de recuperación de la información basada en la maximización de beneficios, o, lo que es lo mismo, más aciertos a costa de más errores...A pesar de ello,

la diferencia entre aciertos y errores sigue siendo favorable a la entrevista cognitiva de lo que se puede derivar un apoyo, en términos de efectividad, a la evidencia obtenida mediante la entrevista cognitiva”. Aditivamente, Lamb, Orbach, Hershkowitz, Horowitz y Abbott (2007), en un trabajo más reciente, compararon la exactitud de la información proporcionada ante ambos tipos de entrevista, detectando una superioridad del formato narrativo.

En cualquier caso, Alonso-Quecuty (1993a) ofrece como solución el empleo conjunto de ambas entrevistas, pero estableciendo para ello una secuencia, en la que debe primero realizarse la forma narrativa y, a continuación, la forma interrogativa. De invertirse la secuencia, podría acontecer que el entrevistado integre en su testimonio sucesos que jamás presenció y de los que es conocedor debido a la influencia de los entrevistadores. Lo que se conoce como efectos de la información post-suceso (Loftus, 1979).

Cada una de las entrevistas implica un tipo de tarea distinto. En la entrevista cognitiva tendría lugar una tarea de búsqueda holística de la información en forma de imágenes mentales, mientras que en la forma interrogativa el sujeto estaría llevando a cabo una tarea de búsqueda de información analítica mediatizada por esquemas. Asimismo, se comparte esta idea de complementariedad siempre y cuando se mantenga la secuencia presentada.

Pero antes de continuar con esta breve aproximación teórica sobre la obtención de la información, es preciso dejar claro la distinción existente entre la entrevista no forense y la forense.

1.2. Diferencias entre la Entrevista Clínica y la Forense.

1.2.1. Entrevista clínica.

La entrevista clínica se diferencia sustancialmente de la forense, ya que en esta segunda se persigue establecer con la mayor exactitud posible qué ocurrió en el acontecimiento referido por el entrevistado. Así, en la clínica, el terapeuta asume que la sintomatología referida por el paciente que acude a su consulta es cierta. Su labor no

consiste en discernir si la información presentada por el paciente es verdadera o falsa, se limita a establecer un diagnóstico que se ajuste a los síntomas manifestados por el paciente. Por el contrario, el forense debe ir probando las diferentes hipótesis que vayan surgiendo referidas a los hechos relatados, en lugar de tratar de confirmar un diagnóstico determinado para el cuadro que se le presenta (Poole y Lamb, 1998).

En ocasiones, a las personas implicadas en un delito puede resultarles de interés simular un trastorno psicológico con el fin de alcanzar un determinado beneficio. Dado que la simulación para el terapeuta consiste, simplemente, en un trastorno mental, no va tratar de averiguar qué motivaciones puede tener el evaluado para presentar una determinada sintomatología. No obstante, para el entrevistador forense la simulación de un determinado trastorno psicológico sí tiene implicaciones de carácter legal. Por lo tanto, la entrevista realizada por el clínico difiere de la del psicólogo forense, dado que no introduce cuestiones que ayuden a establecer la veracidad de la sintomatología relatada.

En esta línea, según Rogers (1997a) la mayor parte de los clínicos no cuentan con los modelos más apropiados, en sus entrevistas no estructuradas, para detectar una posible simulación del evaluado. Por ello, el autor establece tres medidas que, tenidas en cuenta, posibilitarían una mejora en los métodos clínicos de cara a la detección de la simulación: añadir a la entrevista tradicional medidas estandarizadas de simulación tales como inventarios multiescala o instrumentos de exploración; introducir cuestiones de índole clínica dentro de las entrevistas tradicionales con la finalidad de obtener una fuente adicional de información; intentar establecer la probabilidad de simulación sobre las bases de la motivación e incentivos externos. Además, plantea como método estándar para la evaluación de la simulación un tipo de entrevista estructurada denominada “Structured Interview of Reported Symptoms” (S.I.R.S) que será presentada, posteriormente, en el apartado dedicado al estudio de la simulación.

No obstante, Rogers (1997a) manifiesta que el establecimiento de la simulación ha de realizarse mediante una evaluación multimétodo que incorpora e integra datos desde las entrevistas no estructuradas, tests psicológicos y otras fuentes colaterales. Por lo tanto, la determinación de la simulación no debería ceñirse a tan sólo una única medida.

1.2.2. Entrevista forense.

Cuando un testigo observa un acontecimiento son muchos los factores que intervienen en la calidad de su testimonio, por ejemplo, el tipo de entrevista empleado o el modo de recoger la información por parte del entrevistador. Por ello, es necesario establecer una serie de criterios a la hora de realizar la entrevista, que la conviertan en una herramienta lo más productiva, objetiva y sistemática posible.

El ámbito de la entrevista a menores supuestas víctimas de abusos, muestra de forma clara las diferencias existentes entre la entrevista no forense y la forense. Por lo tanto, sirve para explicar las características principales de esta segunda. De este modo, señalar que entre los objetivos del clínico no está el de esclarecer la verdad del relato ofrecido por su paciente, no utiliza métodos para comprobar la fiabilidad de lo manifestado; parte de la premisa de que su paciente es sincero, emplea técnicas que requieren de una interpretación subjetiva para conocer la información que aporta el evaluado; por ello, queda patente que no procura la búsqueda de una “verdad legal”. Frente a estas cualidades, encontramos que la entrevista forense se caracteriza por una neutralidad escéptica por parte del entrevistador, las técnicas por él empleadas se fundamentan en investigaciones desarrolladas a partir de conocimientos sobre la memoria y el lenguaje humanos. Asimismo, estos procedimientos tienen presente la posible influencia del entrevistador y los datos que recogen requieren de mínimas interpretaciones. Además, si bien la entrevista clínica puede adoptar múltiples formas en función de la orientación teórica del profesional que la emplea, la forense ha de partir una serie de presupuestos que deben seguirse independientemente de la orientación del entrevistador.

Steller, Raskin, Yuille y Esplin (1990) han establecido una serie de diferencias básicas entre estos dos formatos de entrevista que deben ser tomadas en consideración:

- a) La presunción de inocencia.

La entrevista clínica considera que el evaluado es sincero, asumiendo su inocencia. Por su parte, la forense parte de una asunción de neutralidad, cuestionándose, si fuese necesario, la veracidad del relato del entrevistado.

b) El papel de la intuición.

En la entrevista clínica el entrevistador se enfrenta a las reacciones emocionales del entrevistado y tiene que interpretar la información que obtiene de ella; en la entrevista forense la información que se obtiene ha de ser lo más nítida posible y en caso de que exista ambigüedad en la misma, tiene que ser el entrevistado quien la resuelva.

c) Validez científica.

En la práctica clínica pueden emplearse técnicas subjetivas que requieren de una interpretación por parte del terapeuta. No obstante, en la entrevista forense tienen que usarse técnicas que hayan sido probadas en el laboratorio o en estudios de campo lo que evita que el evaluador tenga que acudir a sus interpretaciones.

d) Ambientes físicos y materiales.

El ambiente apropiado para llevar a cabo una entrevista clínica con niños debe ser un lugar de juego que resulte acogedor y divertido para ellos. Por el contrario, el ambiente de la entrevista forense ha de ser sobrio, libre de distracciones que dificulten la conversación y el relato de los hechos denunciados.

e) La conducta del entrevistador.

El entrevistador clínico tomará una postura de simpatía y afecto con el evaluado, proporcionando refuerzos verbales para que se sienta a gusto y dé más información. Por su lado, el forense debe mantener un tono neutral pero relajado, evitando mostrar expectativas o reacciones emocionales a lo que diga el niño.

f) La sugestionabilidad.

El entrevistador forense no debe acudir a aquellos procedimientos y técnicas que puedan ocasionar sugestionabilidad en el evaluado, evitando interrogatorios directivos o cuestiones inductivas. La entrevista tiene que ser grabada para proporcionar un recuerdo de las revelaciones del menor en relación con su conducta previa y comentarios. El clínico, por su lado, no toma con tanta centralidad la sugestionabilidad, lo que no elimina la necesidad de evitar directrices sobre sus expectativas de diagnóstico.

Dentro de este apartado y desde el ámbito de la entrevista forense con menores, a continuación, se exponen siguiendo a Poole y Lamb (1998), las características fundamentales de esta entrevista, las cuales giran en torno a dos principios generales que deben guiar la misma:

a) Dirigida a la “Comprobación de hipótesis” en lugar de la “confirmación de hipótesis”:

La orientación que ha de tomar la entrevista forense debe probar las hipótesis que vayan surgiendo, en lugar de procurar confirmar aquella que, en un principio, parece más plausible o es preferida por el investigador. Desde un punto de vista legal, servimos de la entrevista que el clínico le hace a su cliente como si de una entrevista forense se tratase, presentándola como prueba o testimonio de un abuso, resulta totalmente contraproducente y sesga la información obtenida. Recordemos que el terapeuta no se cuestiona la veracidad de la información presentada por el paciente, creyéndolo y partiendo de hipótesis confirmatorias, a la vez que sugiere datos al menor que éste no tiene por qué haber presentado. Este proceder, implica no diferenciar la terapia y el testimonio forense y resulta negativo para la obtención de declaraciones verdaderas.

b) Centrada en el menor:

En la entrevista forense el niño es quien toma las riendas de la misma y conduce el relato de lo sucedido. Así, se produce una transferencia de la autoridad al evaluado, para evitar su sugestión y posibilitar que su narración sea lo más espontánea y libre posible.

Con relación a la preparación de la entrevista, muchos profesionales entienden que el entrevistador debe acudir a la misma con total desconocimiento del sujeto y de los hechos acaecidos. Morgan (1995) denomina “entrevista a ciegas” a este modo de entrevista y apoya la idea de que es la mejor manera de acercarse al descubrimiento de la información que ofrece el entrevistado, siendo sólo conveniente conocer el nombre y la edad, sobre todo, en casos de supuestos abusos sexuales. La entrevista a ciegas facilita que no se desarrollen hipótesis confirmatorias y no se influya en el evaluado sugestionándolo.

No obstante, otros autores como Warren (1997) se oponen a esta forma radical de desconocimiento acerca del menor, entendiendo que si no contamos con información sobre él y su estructura familiar, actividades cotidianas o determinados aspectos generales de su vida, será complicado establecer un buen entendimiento o compenetración inicial con el menor, aspectos importantes para el adecuado desarrollo de la entrevista. Sin embargo, cuanto menos hable el menor con otros adultos acerca de lo sucedido, mejor será para extraer información aséptica, al evitarse la influencia que éstos puedan ejercer sobre el niño.

Tras abordar las principales características de la entrevista forense y no forense, haciendo hincapié en sus elementos diferenciadores, se presentan, a continuación, una serie de instrumentos dirigidos a la recogida de información con importantes implicaciones dentro del ámbito forense (Arce y Fariña, 2006a).

1.3. La Entrevista Estándar o Policial.

Cuando hablamos de entrevista estándar nos referimos a la entrevista practicada por los agentes policiales en sus investigaciones. Tanto la opinión pública como diferentes profesionales del contexto legal poseen una serie de creencias sobre el modo en que la policía obtiene la información en sus interrogatorios con los sospechosos, los testigos o las víctimas del suceso investigado. Estas creencias hacen referencia al uso de la fuerza física y, al trato duro y amenazante para obtener confesiones del supuesto delincuente (Memon y Bull, 1999); el estilo cerrado y sugestivo del interrogatorio a testigos para adquirir informaciones relevantes, obviando detalles que se alejan de las hipótesis de origen de la policía; o el trato escasamente empático que se da a las víctimas al intentar esclarecer los hechos. En esta línea, contamos con algunas investigaciones realizadas en el Reino Unido en las que se encontraba que en torno a la mitad de los policías entrevistado en ellas, se esforzaban en mantener ese miedo en los sospechosos a la posible dureza del trato policial, pues según referían, les posibilitaba la consecución de una mayor información en el interrogatorio (Memón y Bull, 1999). No obstante, solamente cerca del 10% de los policías entrevistados estaba de acuerdo con el empleo de algún tipo de fuerza física, como método de presión para que el sospechoso confesase. Aproximadamente la otra mitad de los policías encuestados

estaba de acuerdo con la afirmación de que los “oficiales de policía nunca usarían forma de violencia alguna para hacer decir la verdad a un sospechoso” (Memon y Bull, 1999).

La mayor parte de las investigaciones que se han realizado sobre el procedimiento en el interrogatorio policial se refieren sólo a las técnicas empleadas por la policía con los presuntos agresores, al ser en éstas en las que existe una mayor complejidad y variedad. Así, en las entrevistas a testigos la atención se focaliza, tan sólo, en la narración del delito observado y en la identificación del presunto delincuente.

Una de las primeras investigaciones publicadas sobre entrevistas policiales con sospechosos (Irving, 1980, para la *Royal Commission on Criminal Procedure*), mostró que en ellas se emplea una variedad de técnicas persuasivas y manipulativas, entre las que destacan (Bull, 1999):

- Indicar la inutilidad de la negación o desmentido.
- Generar la creencia de que la policía contaba con más pruebas de las que realmente tenía.
- Minimizar la gravedad de la agresión o ofensa.
- Manipular la autoestima del sospechoso.
- Indicar a los entrevistados que la confesión es positiva para su interés.

Un estudio posterior de Irving y McKenzie (1989) obtuvo resultados diferentes, ya que se había introducido la “Police and Criminal Evidence Act” o P.A.C.E (1984) que ofrecía una legislación relativa a las entrevistas policiales a sospechosos y se esperaba que afectase al empleo de esta tipología de técnicas. En concreto, los autores encontraron que la frecuencia en el uso de estas técnicas había disminuido, a la vez que se reducía la frecuencia de las repeticiones de los interrogatorios; no obstante, a su vez, los resultados mostraron que la proporción de confesiones como resultado de las entrevistas aplicadas no había disminuido (65% en el presente trabajo frente al anterior de 1980). Sin embargo, Bull (1999) indica que el estudio de Irving y McKenzie la tasa de confesión post-PACE para la mayoría de los casos graves fue la mitad en comparación con la tasa pre-PACE. No se puede establecer claramente que esta

reducción se deba a la disminución en el empleo de estas técnicas persuasivas y manipulativas o bien a otro tipo de factor.

Baldwin (1993) realizó un informe sobre lo que ocurre dentro de una habitación en la que se lleva a cabo una entrevista policial. Sus conclusiones son diferentes de las que tienen la mayor parte de los oficiales de policía entrevistados sobre la dificultad y complejidad de un interrogatorio (Baldwin, 1993). Los oficiales consideraban que la complejidad, dificultad (sospechoso agresivo), o el tiempo empleados en un interrogatorio eran muy elevados. Por su lado, el autor tras analizar 600 entrevistas encuentra resultados bien diferentes: de corta duración, diálogos amistosos en los que, incluso daba la impresión de que el agente de policía se encontraba algo vacilante a la hora de tomar la declaración; también, en las dos terceras partes, aproximadamente, de las entrevistas no se encontraron descubrimientos importantes a partir de la declaración del sospechoso. Como conclusión a este estudio realizado por Baldwin (1993) destacar que en torno a la tercera parte de los sospechosos reconocían su culpabilidad desde el inicio de la entrevista y, aún así, la mayor parte los interrogatorios resultaron ser relativamente sinceros; esto es, no parece que hubiese una presión especial por parte del agente sobre el sospechoso con el objeto de que reconociese su culpa.

Tras los resultados obtenidos, Baldwin defiende un nuevo enfoque en el entrenamiento en los interrogatorios policiales, que nada tiene que ver con la idea de coaccionar al sospechoso que niega la confesión. Esto podría ser consecuencia de la PACE que deja fuera de la ley a aquellas técnicas que suponen el empleo de la presión para la consecución de las declaraciones. Reseñar, también, que el autor indica que la obtención de una confesión por parte de un policía, además de implicar el ensalzamiento de sus colegas, supone un ahorro de tiempo, costes y esfuerzos, dado que “no son necesarias tantas entrevistas a testigos, comparecencias ante los tribunales, preparación de extensos informes” (Baldwin, 1993, p. 334). Por su parte, Stephenson y Moston (1994) manifiestan que en torno al 80% de los entrevistadores que eran preguntados sobre la obtención de confesiones en sus interrogatorios, afirmaban que éste era el principal objetivo de sus entrevistas. Destacar, asimismo, que antes de que los agentes iniciasen sus interrogatorios fueron preguntados acerca de sus asunciones sobre los entrevistados. Alrededor del 70% indicaban su seguridad sobre la culpabilidad del sospechoso.

En 1993, Evans, realiza un informe sobre el modo de conducir las entrevistas policiales con sospechosos jóvenes, en el cual se presentan algunas de las técnicas de persuasión empleadas por los agentes: indicación de contradicciones entre su declaración y la de los demás acusados; o entre la declaración del sospechoso y la de los testigos; o incluso, contradicciones en la propia declaración del inculcado; o bien es confrontado con la evidencia de otro de los acusados o testigos; y también puede decirse al joven que la verdad acabará sabiéndose, por lo cual se sentirá mejor si es él quien confiesa.

Según Evans (1993), las dos últimas son las que más se utilizan, aunque el uso conjunto de todas ellas es lo habitual. No obstante, considera que estas técnicas no son necesariamente inapropiadas, ya que se emplean en casos de agresiones muy graves y en los que existen claras evidencias en contra del joven acusado.

McConville y Hodgson (1993) estudiaron la frecuencia con que eran utilizadas estas técnicas persuasivas en los interrogatorios con adultos. La que se usaba en mayor medida era la de presentar al inculcado la existencia de una evidencia clara contra él, por lo que sería mejor para él que admitiese su declaración. La siguiente más utilizada resultaba la técnica de “acusación y abuso” (McConville y Hodgson, 1993, p.127) en aquellos casos en los que se producía una negativa a responder al interrogatorio. La tercera en orden de empleo consistía en la técnica de intentar influir en las declaraciones de los sospechosos apelando a las consecuencias que puede tener la confesión. Asimismo, los autores estudiaron la frecuencia de uso de determinados tipos de preguntas, encontrando que en los interrogatorios se empleaban un 20% de preguntas inductivas y un 36% de preguntas legales cerradas. Consideran que este tipo de cuestiones pueden guardar una estrecha relación con confesiones menos fiables o incluso falsas. Los propios autores indican, también, que existen intentos por parte de la policía de negar el derecho que tienen los sospechosos a permanecer en silencio lo que puede resultar contraproducente.

Por su parte, Pearse y Gudjonsson (1996) y Gudjonsson(1999) realizaron un estudio en el que revisaron 161 entrevistas policiales llevadas a cabo en dos comisarías londinenses entre 1991 y 1992, para compilar algunas de las diferentes técnicas que fueron empleadas en las mismas. Hallaron que la mayor parte de las técnicas empleadas, en un 75% de los interrogatorios realizados, consistían en la introducción de evidencias. En el polo opuesto, la manipulación de la autoestima de los sospechosos

que tan sólo aparecía en un 3% de las entrevistas. Se observó, también, que en el 98% de las entrevistas se planteaban preguntas abiertas. Por otro lado, en un 73% de los interrogatorios las cuestiones planteadas eran de carácter inductivo. Se encontró que, tan sólo en un 20% de los casos, el entrevistador ponía en duda la declaración del sospechoso. En cuanto a la actitud manifestada por los sospechosos, se estimaba que en un 97% de las entrevistas habían sido amables y correctos, en un 83% su actitud fue sumisa y transigente; también se observó que en un 62% de los interrogatorios los sospechosos daban respuestas completas. Conviene destacar que los autores se cuestionan si los resultados pudieron verse afectados a causa del registro en video de las entrevistas, en el sentido de que los interrogatorios fuesen menos amables y apareciesen un mayor número de conductas desafiantes por parte de los entrevistadores, de no haber sido grabadas.

Por otra parte, se produjo alguna confesión o admisión de culpa por parte del entrevistado, en torno al 58% de las entrevistas analizadas. Esta tasa de confesión era similar a la de estudios previos. Los autores entienden que “los sospechosos acceden a una entrevista policial habiendo decidido ya si admitirán o negarán las acusaciones contra ellos” (Pearse y Gudjonsson, 1996, p. 73), por consiguiente, las técnicas aplicadas en las entrevistas tendrán un efecto mínimo sobre la ocurrencia, o no, de confesiones. En esta dirección, Gudjonsson (2003) señala que las técnicas de entrevista policial pueden afectar aumentando o disminuyendo la probabilidad de que se produzca la confesión el sospechoso. El autor recoge la aportación de Leo (1996) sobre las cuatro técnicas persuasivas más efectivas para la confesión: apelar a la conciencia del sospechoso; identificar y presentar contradicciones en la negación y el relato del sospechoso; dar justificaciones morales o ayudas psicológicas para el crimen; o emplear alabanzas y halagos.

Finalmente, cabe mencionar, según señalan Montimer y Shepherd (1999) en relación con las entrevistas policiales a sospechosos, que la “cultura de la confesión” está todavía presente. Cada sospechoso que confiesa supone el esclarecimiento de un caso, contribuyéndose a mejorar las estadísticas de la policía y a demostrar su rapidez de acción y eficiencia. Partir de la premisa de que la mayoría de las confesiones son verdaderas es una creencia generalizada que sirve de anclaje.

Estos y otros estudios, junto con las declaraciones de jefes de Policía de Inglaterra, Gales y Estados Unidos, muestran la necesidad de realizar un estudio sistemático sobre

las entrevistas policiales en estos y en otros países y un nuevo planteamiento del entrenamiento a estos profesionales que relacionen sus conocimientos y habilidades con los que les pueda aportar la Psicología para conseguir un desarrollo mejor de las técnicas de entrevista a sospechosos, testigos y víctimas (Memon y Bull, 1999).

1.3.1. Problemas de la Entrevista Estándar.

La finalidad de la entrevista estándar es la consecución de una declaración lo más completa posible sobre los hechos que se investigan. Lo importante es la obtención de información relevante para la investigación policial, pruebas o evidencias que sirvan para inculpar a alguien por lo sucedido. Por su parte, en la entrevista forense el objetivo que se persigue es diferente dado que lo que se pretende es la obtención de información relevante de validez psicológica, tomando como base la reconstrucción completa de los hechos incorporando todos los detalles por muy triviales o irrelevantes que puedan parecer para la investigación. Así, para la consecución de este objetivo se requiere de otro tipo de estrategias diferentes a las empleadas en la entrevista policial. Dichas técnicas para ser aplicadas requieren de entrenamiento previo, por lo que sólo pueden ser aplicadas por un entrevistador experimentado en su empleo. Además, el entrevistador ha de ser aséptico, neutral y objetivo, sin partir de suposiciones previas de ningún tipo. Como vemos existen diferencias claras entre ambos tipos de entrevistas en sus objetivos, sus condiciones de aplicación o características del entrevistador. Esto no implica que no debamos mejorar en la medida de lo posible el interrogatorio policial, ya que tal como ahora está concebido supone los siguientes problemas:

- Ausencia de un criterio común entre los entrevistadores a la hora de realizar el procedimiento y, por lo tanto, variabilidad en el modo de entrevistar de una comisaría a otra.
- El estilo de preguntas inductivas en un interrogatorio de tipo cerrado, puede generar sugestionabilidad en el testigo que parte del hecho de que el suceso que observó es un delito con unos determinados actores implicados.
- La información obtenida se consigue a través de un interrogatorio realizado por un entrevistador que parte de una serie de premisas o hipótesis sobre lo acontecido,

por lo que podemos encontrarnos con información sesgada por el efecto del entrevistador no ingenuo.

- Las carencias de entrenamiento y de conocimientos psicológicos dificultan sustancialmente la consecución de información válida desde el punto de vista psicológico, pero también se produce un deterioro en la consecución de información útil de cara a la investigación policial (Sporer, 1997).

Por otro lado, Fisher, Geiselman y Raymond (1987) tras analizar el contenido de entrevistas estándar, encontraron tres grandes problemas que suponen un deterioro en la recuperación de información: frecuentes interrupciones en las descripciones de los testigos; formulación de excesivas preguntas de respuesta corta; y una secuencia inapropiada de las preguntas. Las interrupciones provocan, como consecuencia negativa, una disminución en la habilidad del testigo para concentrarse en el proceso de recuperación de la información con lo que realizará aproximaciones superficiales, resultando la información más vaga o más imprecisa. Con relación al empleo de preguntas de respuesta corta, los autores informan de dos problemas: por un lado, este tipo de preguntas generan menor concentración en el entrevistado que las preguntas abiertas; y, por el otro, que tan sólo se obtiene la información que es solicitada en el interrogatorio, perdiéndose aquella que pueda estar disponible pero que no es requerida. Finalmente, las secuencias de preguntas suelen resultar inconvenientes para el entrevistado dado que son incompatibles con la imagen mental que el sujeto ha activado del delito. Existen tres secuencias prototípicas en los interrogatorios policiales: orden predeterminado, “de vuelta atrás” o arbitrario. El orden predeterminado presenta la desventaja de carecer de la flexibilidad precisa para ajustar las preguntas con el discurrir y la representación mental que tiene el testigo del suceso. Las preguntas de “vuelta atrás” generan interrupciones en el flujo comunicativo lo que resulta muy negativo para el recuerdo. No obstante, de aplicar estas cuestiones siempre han de plantearse inmediatamente después de que el testigo haya afirmado algo en su respuesta, y una vez el sujeto haya finalizado, por sí mismo, la descripción del suceso. Finalmente, con referencia al orden arbitrario señalar que genera disminución o pérdida de concentración en el testigo, lo que acarrea consecuencias en el testimonio.

Fisher y Geiselman (1992), ante la demanda de mejorar la entrevista policial por parte de los profesionales de la justicia, desarrollaron la “*Cognitive Interview*” (Entrevista Cognitiva), que se fundamenta en aquellas técnicas que facilitan la recuperación de la información de la memoria y que se presentará en profundidad en el siguiente punto. Los propios autores encontraron que con este procedimiento se consigue entre un 25 y un 35% más de información que con la entrevista estándar, convirtiéndose en una herramienta muy eficaz para la obtención de información y facilitando así la labor policial. En esta línea, Koehnken, Milne, Memon y Bull (1999) realizaron un meta-análisis que evidenció la eficacia de esta técnica, el cual incluía los resultados de 55 estudios comparativos que sumaban en torno a 2500 entrevistas. Se observó que la Entrevista Cognitiva generaba un fuerte incremento de la información correcta, mientras que el aumento de la información incorrecta era bajo, de tal modo que la tasa de exactitud (proporción de elementos correctos recordados en relación con el número total de elementos recordados) era similar entre la entrevista cognitiva (85%) y la estándar (82%).

1.4. La Entrevista Cognitiva (Fisher y Geiselman, 1992).

Son dos los principios teóricos que subyacen a los diferentes procedimientos que conforman la entrevista cognitiva (EC)¹:

- Existen varios canales de recuperación de memoria para un mismo hecho, por lo que la información no accesible mediante un canal puede serlo mediante otro (Tulving, 1983).
- Una huella de memoria comporta varias características, y una ayuda de recuerdo es efectiva en la medida en que hay una superposición entre la huella de memoria y la ayuda de recuerdo (Tulving y Thomson, 1973).

Geiselman y Fisher, dos psicólogos norteamericanos, desarrollaron la EC en la década de los ochenta, ante la necesidad derivada de las deficiencias que acarreaban los procedimientos existentes. La EC fue el resultado de una serie de técnicas de entrevista

¹ En adelante la Entrevista cognitiva (Fisher y otros 1989) será denominada “EC”

que pretenden conseguir un incremento en la calidad y cantidad de información. El instrumento elaborado finalmente por Fisher, Geiselman y Amador en 1989, comprende cuatro instrucciones o técnicas generales de recuperación de memoria que deben ser consideradas tanto por el entrevistador como por el entrevistado con el objetivo de obtener la mayor información posible:

a) Recuerdo de todas las cosas

La primera instrucción consiste en pedirle al entrevistado que relate todo aquello que recuerda, sin necesidad de que su narración sea coordinada. Después debe comentar si existen detalles que carecen de importancia o si es incapaz de recordar algunos aspectos del suceso.

Sucedo, en muchas ocasiones, que los entrevistados consideran que el policía posee mucha información acerca de lo sucedido, lo que les lleva a no dar determinados detalles que bajo su juicio carecen de importancia, dando por hecho que son conocidos por el entrevistador y de los cuales, en realidad, carece. Puede suceder, asimismo, que entiendan que ellos conocen cuál es la información relevante para la investigación y, por lo tanto, limiten su discurso únicamente a ella. Ambos elementos convierten a esta instrucción en sumamente trascendente ya que, de no producirse, podemos encontrar problemas en cuanto a la exactitud y totalidad de emisión del relato.

El recuerdo del discurso está representado en la mente en diferentes niveles, desde el más general al más específico, tendiendo a producirse un relato genérico de lo ocurrido, sino le explicitamos la necesidad de reproducir cada detalle que le venga a la mente. Algunos entrevistados creen que su confianza en lo que dicen es un buen indicador de la exactitud y veracidad de su declaración, lo que les lleva a relatar sólo aquello de lo que están plenamente seguros y en el caso de que existan partes de información que no recuerdan omiten toda la información. Por consiguiente, el entrevistador debe animar a que se relate todo aquello que se recuerda, aunque sólo sea de modo parcial; posteriormente ya especificará si no está seguro de parte de esa información.

b) Reinstauración mental de contexto

Esta técnica consiste en reconstruir mentalmente tanto el contexto físico (el ambiente) como el psicológico (lo que se sentía en el momento del suceso). Toda aquella información ambiental recordada puede funcionar como indicio contextual importante. Debe solicitar al sujeto que, primeramente dibuje en su mente una imagen o fotografía del suceso, esto es, que se sitúe mentalmente en el lugar del suceso teniendo en cuenta: elementos emocionales (p.e., “trata de recordar cómo te sentías”), elementos secuenciales (v.gr., “piensa qué estabas haciendo en ese momento”) y características perceptuales (p.e. “qué olores podías percibir, qué cosas podías oír”). A continuación, las preguntas que formulemos no deben ser sugestivas ni inductivas, sino que deben plantearse de modo prudente y despacio.

Esta técnica se fundamenta en el principio de codificación específica de Tulving, según el cual la información contextual de un suceso se codifica junto con el evento y se conecta de una manera asociativa (Tulving y Thompson, 1973). Además, la recuperación verbal del suceso depende del grado en que los índices ambientales de la situación en la que se lleva a cabo el recuerdo se solapan con las propiedades previamente codificadas (Tulving, 1983). Como podemos comprobar esta técnica es similar a la empleada por los jueces y la policía, denominada reconstrucción de los hechos, aunque en la entrevista cognitiva se realiza de forma mental.

Diferentes investigaciones (v.gr., Dando, Wilcock y Milne, 2009; Davis, McMahon y Greenwood, 2005; Emmett, Clifford y Gwyer, 2003; Milne y Bull, 2002) han evidenciado que la activación de la información contextual que se procesa conjuntamente con el evento objeto de recuerdo, incrementa la cantidad de información correcta que se elicitaba sobre el mismo sin que, paralelamente, se produzca un aumento en el número de errores. Recientemente, Dando y otros (2009) ante los estudios que mostraban que, regularmente, esta técnica no era utilizada por los agentes policiales encargados de llevar a cabo las entrevistas a los testigos (Clarke y Milne, 2001), o que era empleada de modo inapropiado (v. gr., Clarke y Milne, 2001; Dando, Wilcock y Milne, 2008), desarrollaron una variante denominada “*sketch plan mental reinstatement of context (sketch MRC)*”. Entre sus objetivos principales se persigue que resulte de aplicación más sencilla, y que requiera menos tiempo que la reinstauración de contextos; a su vez, se pretende evitar que el entrevistador introduzca elementos que puedan contaminar la

recuperación de la información. Se observó que la cantidad y la exactitud del recuerdo obtenido con este procedimiento eran equivalentes a las conseguidas a través de la reinstauración mental de contextos original pero, además, se reducía el tiempo de la aplicación. Aunque todavía se encuentra en fase experimental, atendiendo a los resultados encontrados, podría resultar una técnica interesante para incorporar en investigaciones futuras, así como en la práctica forense.

c) Recuerdo de los sucesos en una variedad de órdenes temporales distintos.

Una vez el entrevistado haya hecho un relato libre de su recuerdo y haya reconstruido mentalmente el contexto del suceso, el entrevistador solicita del sujeto que recuerde el hecho empleando diferentes tipos de orden. Se trata de que el entrevistado narre los hechos siguiendo un orden diferente a cómo se desarrollaron (por ejemplo, desde el final al principio, desde el medio hacia atrás) con la finalidad de recuperar pequeños detalles que pueden haberse perdido cuando el relato se lleva a cabo manteniéndose el orden temporal original. Esta técnica trata de reducir el efecto que los conocimientos previos, las expectativas y los esquemas o guiones producen en el recuerdo, y además puede ser efectiva para obtener detalles adicionales (Memon, Cronin, Eaves y Bull, 1993). En el recuerdo libre, relatan el suceso en el orden natural de ocurrencia lo que podría llevarles a ayudarse de esquemas o guiones para completar este recuerdo de lo sucedido. Así, Geiselman (1987) indicó que aquella información del suceso inconsistente o contradictoria con el esquema del sujeto puede no ser recordada por él. Además, de acuerdo con Bower y Morrow (1990) tendemos a recordar el esquema o modelo mental que nos formamos de un evento más que el evento mismo.

En esta línea, Geiselman y Callot (1990) observan que los sujetos que relataban el suceso en orden natural (del inicio al final) y en orden inverso (del final al inicio), recordaban más información correcta que aquellos que relataban el suceso dos veces en orden natural. Esa información adicional es relativa a “información de acción”, que sirve para diferenciar el suceso que realmente ocurrió de otros semejantes.

Por otro lado, un valor adicional de esta técnica es que puede resultar útil para el estudio de la credibilidad del testimonio. Así, Vrij, Mann, Fisher, Leal, Milne y Bull

(2008) hallaron que las declaraciones falsas realizadas en orden inverso contienen más indicios de engaño que las reales, lo que incrementaba la habilidad de los examinadores para detectar los testimonios falsos. De acuerdo con los autores, este efecto se debe al incremento de la carga cognitiva que implica esta técnica, que sumada a la mayor demanda cognitiva que requiere la tarea de mentir, originan la aparición de un número de indicios propios del engaño superior a cuando el testimonio es prestado en orden cronológico.

d) Cambio de perspectiva.

La técnica del cambio de perspectiva consiste en solicitar al entrevistado que trate de relatar el suceso desde otras perspectivas diferentes a la suya, es decir, en el caso de que sea un testigo se le anima a que se ponga en el lugar de la víctima, o de otro testigo, o incluso del sospechoso y que relate lo que hubiera visto desde esa perspectiva, si ocupase el lugar de esa persona. Esta técnica se apoya en los estudios de Bower (1967), quien indicó que los sujetos al imaginarse los personajes de una historia, recordaban más detalles propios de la perspectiva del personaje con quien se han identificado, que de otros personajes.

En esta línea, Milne y Bull (1999) tomaron un estudio realizado en la década de los setenta (Anderson y Pichert, 1978), en el que se concluye que los sujetos recordaban mucha más información y mayor cantidad de detalles si, además de recordar el hecho desde su perspectiva, lo relataban adoptando la perspectiva de otro testigo. Asimismo, los sujetos manifestaban que recordaban más detalles al asumir otras perspectivas distintas, ya que esta nueva visión les estimulaba la memoria o les daba un pequeño impulso que facilitaba el recuerdo.

Los autores de la EC señalan que es necesario tomar precauciones al aplicar esta técnica ya que el entrevistado podría malinterpretar la instrucción de “tomar otro enfoque distinto”, y entender que debe realizar conjeturas o adivinaciones sobre lo que podría observar desde esa visión del suceso, es decir, inventarse lo que estaría sintiendo o viendo. De suceder esto, el testimonio se vería tergiversado; por ello, es necesario dejar muy claro al entrevistado, cuando le demos la instrucción, que no hay que conjeturar ni adivinar.

La EC, al margen de estas cuatro técnicas, incluye otra que puede ser de gran ayuda de cara a facilitar el recuerdo de un determinado hecho, los denominados *memory jogs* o impulsos a la memoria que sirven para recordar un mayor número de detalles referidos a personas (nombres, caras, voces, apariencia, etc.) y objetos (vehículos, matrículas, armas, etc.)

Fisher, Geiselman y Raymond (1987) encontraron que la mayoría de las informaciones recordadas por un testigo de un atraco se focalizan en detalles acerca de las acciones que tuvieron lugar, frente a una menor parte de informaciones referidas a las personas implicadas en el suceso. Ede y Shepherd (1997) sostienen que una causa de la dificultad de los testigos para recordar información referente a personas puede deberse a la tendencia a generar una impresión general sobre el acontecimiento, en lugar de imágenes mentales específicas de las personas que allí vieron. Además, la transformación de una imagen mental en palabras resulta complejo, siendo precisa la ayuda del entrevistador para aumentar la concentración del testigo en el proceso. De este modo, el entrevistador puede ayudar la estimulación del recuerdo del testigo sobre las personas a través de la técnica “*memory jogs*”, formulando preguntas del tipo:

- ¿Te recuerda a alguien que conoces? ¿Por qué? ¿Tenía alguna característica especial?
- ¿Su modo de vestir recuerda a alguien? ¿Por qué? ¿Qué impresión te generó?
- ¿Su voz te recordaba a alguien? ¿Por qué? Concéntrate en tus reacciones a las conversaciones que escuchabas.

Milne y Bull (1999) ponen de manifiesto la importancia de preguntar siempre por qué al testigo después de estas cuestiones, dado que el entrevistado, mediante este proceder, aclara las razones que permitirán conducir más correctamente su testimonio.

1.4.1. La Entrevista Cognitiva Mejorada (Fisher y Geiselman, 1992).

En 1992, Fisher y Geiselman, realizan una mejora de la entrevista cognitiva, añadiendo a las cuatro técnicas existentes algunas más, surgidas a partir de sus investigaciones y entrenamientos en laboratorios de Alemania e Inglaterra. La *Enhanced Cognitive Interview* (Entrevista Cognitiva Mejora)² se compone de siete fases claramente diferenciadas. La EC anterior tenía como problema el no especificar el orden de las preguntas lo que llevaba a la policía a hacerlas de forma aleatoria, disminuyéndose su eficacia. La ECI presenta un orden específico de sus fases lo que facilita el éxito de la misma:

a) Saludo, recibimiento y personalización de la entrevista por el establecimiento de una buena relación o entendimiento.

b) Explicar los objetivos de la entrevista:

- Recuperación del enfoque (diversos puntos de vista)
- Relato de todas las cosas (todo detalle que recuerde es importante).
- Transferencia de control (del entrevistador hacia el entrevistado).
- No crear ni conjeturar (no fabricar información que no está en la memoria).
- Fuerte concentración (para mejorar el rendimiento en el recuerdo).

c) Iniciación del recuerdo libre:

- Reinstauración del contexto (para mejorar el recuerdo).
- Preguntas abiertas (no inductivas ni sugestivas).
- Pausas (para evitar la interrupción al entrevistado).
- Conducta no verbal (cuidado con los gestos y actitudes del entrevistador).

d) Interrogatorio:

- Relato de todas las cosas.

² En adelante la “Entrevista Cognitiva Mejorada” se denominará mediante las siglas ECM.

- Interrogatorio compatible al entrevistado (adecuado a su nivel de desarrollo).
 - No crear ni conjeturar nueva información.
 - El entrevistado puede responder "no lo sé" y el entrevistador ha de mostrarse de acuerdo.
 - Concentración.
 - Activar y comprobar una imagen mental.
 - Preguntas abiertas y cerradas.
- e) Recuperación variada y extensa:
- Cambio del orden temporal.
 - Cambio de perspectivas.
 - Enfoque sobre todos los sentidos.
- f) Resumen, conclusión.
- g) Cierre.

En 1995, Köhnken, defiende que la ECM ha de llevarse a cabo en once etapas, que presentamos a continuación:

a) Saludo y personalización de la entrevista:

Antes de comenzar la entrevista es conveniente que el entrevistador y el entrevistado se presenten para poder llamarse por sus respectivos nombres durante el transcurso de la entrevista.

b) Compenetración y entendimiento:

El entrevistador debe procurar la creación de una atmósfera agradable y relajada para el desarrollo de la entrevista. Para ello, pueden formularse preguntas sobre las preferencias, gustos o aficiones del entrevistado, buscándose una interacción lo más natural posible. En caso de que se perciba dificultad en el entrevistado para comenzar a hablar, el entrevistador puede empezar a hablar de sí mismo.

c) Explicación de los objetivos de la entrevista:

Puede suceder que el entrevistado desconozca el motivo de la entrevista, por ello el entrevistador debe explicar en qué consiste. Se solicita al sujeto que focalice su atención en el suceso y no debe explicitarse la necesidad de que proporcione información muy detallada. Se anima al entrevistado a que relate la secuencia del hecho como recuerda que ocurrió, incluyendo detalles que puedan parecerle triviales o repetitivos. Además, se le indica que debe evitar conjeturas o suposiciones, así como narrar situaciones, acciones o elementos que no haya observado realmente.

d) Reinstauración del contexto:

Tal como se había indicado para la EC, la reinstauración mental del contexto puede favorecer un incremento del recuerdo del suceso ocurrido. Por ello, es importante dar tiempo al entrevistado para reconstruir la situación y formular las preguntas lentamente y con pausas.

e) Inicio del recuerdo libre:

Una vez que el entrevistado ha recreado el contexto mental del suceso, se le indica que describa en estilo narrativo sus memorias del suceso. Durante ese relato deben evitarse interrupciones y preguntas específicas. El interrogatorio posterior será creado a partir de esta narración. El entrevistado debe contar con tiempo suficiente al terminar su relato para añadir algo más en caso de que lo desee.

f) Interrogatorio:

En este momento se procede a formular cuestiones al entrevistado sobre aquellas informaciones que ha ido transmitiendo a lo largo de su relato inicial, con la finalidad de profundizar más en ellas.

g) Preguntas compatibles con el entrevistado:

El interrogatorio tiene que ajustarse a la secuencia de memoria que el entrevistado tiene del evento. Así, las preguntas tienen que irse planteando sobre la imagen mental que activa en cada momento el sujeto. Sólo cuando termina con una de ellas se pasa con la siguiente. El interrogatorio en la ECM se basa en dos pasos: activación de la imagen y comprobación de la misma. El primer paso consiste en la reconstrucción psicológica y ambiental del contexto, tomando como referencia la descripción realizada en la fase de recuerdo libre. El segundo paso tiene lugar una

vez es activada la imagen mental y se procede a realizar cuestiones sobre la misma. La primera pregunta debe ser abierta para luego ir formulando cuestiones más específicas.

h) Recuerdo desde diferentes perspectivas:

En esta fase se anima al entrevistado a tomar la perspectiva de otras personas que estaban presentes en la escena del delito para relatar, desde esa otra visión, qué es lo que observa. Es importante que se deje claro que el cambio de perspectiva no implica inferir o suponer lo que esos otros espectadores podían estar observando, con el objetivo de evitar conjeturas o hipótesis que alterasen el testimonio.

i) Recuerdo en orden inverso:

El entrevistado puede recibir la instrucción de narrar lo sucedido desde el final al principio, ya que esto implica una “gimnasia mental” (Köhnken, 1995) que facilita la recuperación de mayor cantidad de información y detalles acerca del suceso observado.

j) Resumen:

Cuando nos encontramos ante una entrevista larga, puede ser interesante que el entrevistador haga un resumen de lo narrado por el sujeto utilizando, para ello, sus mismas expresiones. Con ello conseguimos evitar malas interpretaciones del relato del sujeto e, incluso, podría ser útil para rescatar algún detalle obviado en las fases previas de la entrevista.

k) Cierre:

Para finalizar es importante reducir la tensión o el estrés que la entrevista haya generado en el sujeto, tratando de crear una última impresión positiva del proceso. Para conseguir este fin puede ser de ayuda recurrir a temas neutrales, tales como los usados en la fase de compenetración, y hablar sobre ellos hasta que observemos una reducción de la tensión.

Como se había mencionado, la EC recoge una serie de técnicas de probada efectividad para evocar el recuerdo de un hecho en los adultos. No obstante, son varios los estudios que demuestran que la EC adaptada a menores, con sus particulares características de desarrollo evolutivo, aumenta el porcentaje de información correcta

recordada por los entrevistados sin que se incremente la información incorrecta narrada por los mismos.

La EC no tiene limitada su aplicación a la reproducción de un suceso de episodio único, siendo posible su empleo para recordar hechos que ocurren frecuentemente de una manera similar (Mantwill, Köhnken y Ascherman, 1995).

El gran obstáculo de la EC es la complejidad que tiene a la hora de ser aplicada. Se precisa de entrevistadores expertos y bien entrenados, y llegar a ser un experto en esta técnica supone horas de intenso entrenamiento antes de lograr dominarla (Alonso-Quecuty, 1993a). Fisher y otros (1987) elaboraron un procedimiento de entrenamiento de entrevistadores que esencialmente consistía en el orden de secuencia de la entrevista (dividían ésta en 5 partes: introducción, recuerdo libre, cuestionario, repaso e informe), técnicas generales de entrevista (p.e., cómo plantear cuestiones) y ayudas de recuperación de memoria. Los puntos que presentamos a continuación relacionan los criterios que definen las habilidades demandadas al entrevistador y muestran la secuencia de entrenamiento en la EC:

- a) Criterios concernientes a las técnicas de comunicación y secuencia de la entrevista.
 - Cubrir los 5 pasos en la secuencia de la entrevista.
 - En primer lugar formular preguntas generales y abiertas antes de proceder con preguntas específicas.
 - No interrumpir al entrevistado mientras esté informando.
 - Evitar preguntas sugestivas.
 - Realizar pausas después de las respuestas del entrevistado.
 - Escucha activa y omisión de refuerzos no verbales.
- b) Criterios concernientes a la ayuda de recuperación de memoria de la entrevista cognitiva.
 - Conducir la reintegración del contexto desde el principio al final de la entrevista.

- Seleccionar preguntas compatibles con la imagen mental que el entrevistado tiene del suceso y concernientes a un segmento entero de suceso.
- Si el entrevistado no recuerda un detalle se debe iniciar otro proceso con una ayuda de recuperación de memoria (por ejemplo, recuerdo en diferentes órdenes, cambio de perspectiva).

Conjuntamente con la elevada complejidad de su aplicación, otro de los inconvenientes que, habitualmente, se achaca a la entrevista cognitiva es su duración. Con el afán de reducir ambos elementos se han desarrollado investigaciones que pretenden introducir modificaciones en la estructura de la EC. Anteriormente, se expuso el trabajo desarrollado por Dando y otros (2009) que modifica la fase de reinterauración de contextos. Por su parte, Davis y otros (2005) eliminaron las fases de recuerdo en orden inverso y de cambio de perspectiva, introduciendo, nuevamente, otra fase de recuerdo libre y trataron de motivar altamente a los entrevistados para que presentasen un testimonio muy exhaustivo. Los resultados extraídos de su estudio, confirmando investigaciones previas (p.e. Boon y Noon, 1994; Mello y Fisher, 1996; Memon, Wark, Bull y Koehnken, 1997), ponen de manifiesto que esta variante resulta una estrategia de entrevista efectiva, además de posibilitar una reducción en el tiempo de aplicación en relación con la EC original.

Finalmente, Fisher y otros (1987) introdujeron una estrategia adicional para mejorar el recuerdo: la motivación del testigo para que se concentre en la tarea de recuperación de la información, dado que niveles bajos de concentración conducen a un recuerdo vago. Las recomendaciones serían:

- a) Conseguir que el testigo se sienta cómodo y relajado.
- b) Evitar la presencia de distracciones.
- c) Alentar al testigo para que focalice su atención en imágenes mentales internas.
- d) No forzar a los testigos para que recuperen información

En relación con la importancia del entrenamiento del entrevistador, Bembibre e Higuera (2009a) observaron que la eficacia de la EC se veía afectada por el tipo de profesional que la aplicaba. Concretamente, observaron que, si la entrevista era realizada

por psicólogos en comparación con agentes policiales, se obtenían mayores tasas de información, sin un incremento en el número de errores. Estos datos evidencian la importancia de la formación y entrenamiento en esta técnica, con el fin de obtener resultados fiables y productivos.

Otro procedimiento dirigido a la obtención del testimonio es la Entrevista Estructurada (Yuille y otros, 1993; Farr y Yuille, 1988). Este término se ha aplicado a una amplia variedad de formatos de entrevista, con el objetivo común de estructurar la declaración de los testigos usando una buena técnica de interrogatorio para maximizar el recuerdo y minimizar la contaminación del mismo. Generalmente, su formato es similar al de la EC, pero sin recurrir a las técnicas dirigidas a facilitar el recuerdo. En concreto, la técnica desarrollada por Yuille y su equipo se inicia con una tarea de recuerdo libre equivalente a la de la EC. A continuación, se lleva a cabo un interrogatorio que evoluciona de preguntas abiertas a más cerradas para obtener una declaración más exhaustiva y clarificar partes de la misma. Estas cuestiones deben usar los detalles y la terminología empleada por el entrevistado, para evitar introducir nuevo material que contamine el testimonio. La última fase, consiste en solicitar al entrevistado que relate de nuevo el evento en formato de discurso libre.

Cowell y otros (2002) compararon la utilidad de este procedimiento con la EC y con otra técnica de entrevista desarrollada por ellos denominada Entrevista Inferencial (*Inferential Interview*) y, posteriormente, Entrevista de Realidad (*Reality Interview*) (Colwell, Hiscock-Anisman, Memon, Taylor y Prewett, 2007) a la hora de discriminar declaraciones verdaderas de falas. Para tal fin, acompañaban estas técnicas con un estudio de la credibilidad. Se observó que la entrevista estructurada era menos efectiva, aunque las diferencias a nivel estadístico no eran significativas. No obstante, de cara a la aplicación práctica sí debe tenerse presente este resultado. En línea con estos resultados, Köhnken, Schimossek, Aschermann y Hofer (1995) observaron que la EC en comparación con la estructurada, ambas acompañadas por un estudio de la credibilidad del testimonio obtenido, era más efectiva a la hora de determinar la credibilidad de la declaración.

Por su parte, Wright y Holliday (2007) estudiaron la calidad y la cantidad de información reportada por tres grupos de edad diferentes (17-31 años; 60-74 años; y 75-95 años) en función del procedimiento de entrevista empleado (EC, Entrevista estructurada y una variante de la EC en la que se eliminaba la fase de cambio de

perspectiva). De los tres procedimientos, la EC era la que ofrecía una mayor exactitud de la información recogida en ambos grupos de edad. Por otro lado, aunque la exactitud de la información decrecía conforme al incremento de edad de los participantes, la EC se reveló como un instrumento útil para recabar información en cualquiera de los grupos estudiados.

Se ha comparado, dentro de una muestra de castellano-hablantes, la utilidad de la EC y la entrevista estructurada en cuanto a la cantidad y la exactitud de la información producida por cada uno de ellos (Godoy-Cervera e Higuera, 2008). Los resultados mostraron que la entrevista cognitiva era más eficaz en cuanto que generaba un mayor número de detalles. Evidencias similares fueron encontrados en investigaciones previas (p.e., Davis y otros, 2005; Köhnken y otros, 1995). En relación con la tasa de exactitud, ésta fue muy similar entre ambos tipo de entrevista (90,87% para la EC y 89,16% para la entrevista estructurada). Cabe mencionar que esta superioridad de la EC tiene el valor adicional de que no se acompaña de un aumento en la tasa de errores, resultado que apunta en la dirección de la literatura existente (Davis y otros, 2005; Higuera 2003). En esta línea, Bembibre e Higuera (2009b), nuevamente, hallan una mayor eficacia global de la EC, al producir una mayor cantidad de detalles sin aumentar el número de errores y fabulaciones, en relación con la entrevista estructurada.

1.5. La Entrevista Clínico-Forense.

Los instrumentos de medida que se emplean en el contexto clínico se asientan sobre la idea de que nos encontramos ante un paciente. Por ello, el estudio de la simulación carece de interés, ya que el terapeuta confía en los síntomas que relata su paciente, tal como se había mencionado al establecer las principales diferencias entre la entrevista forense y no forense. Por lo tanto, las entrevistas estructuradas o semiestructuradas, los checklist e instrumentos de medida psicométricos no pretenden el control de la simulación, ya que facilitan información acerca del trastorno mental. Las preguntas que componen estos instrumentos ofrecen al evaluado indicios para la selección de los síntomas asociados a un determinado trastorno. Para conseguir la simulación bastaría con que el sujeto tuviese la habilidad suficiente para discriminar entre los ítems pertenecientes a una patología u otra. La literatura existente indica que no existen

referencias basadas en la instrumentación clínica que lleguen al diagnóstico de simulación, a la vez que los sujetos son capaces de simular efectivamente una enfermedad y discriminarla de otras (Rogers, 1997). Si bien es cierto que algunos instrumentos psicométricos tienen escalas del control de validez de los datos del registro, no son prueba suficiente para establecer fehacientemente simulación, esencialmente, por tres razones:

- El diagnóstico de simulación es compatible con la formulación de otras hipótesis alternativas (Graham, 1992; Roig Fusté, 1993).
- No clasifica correctamente a todos los simuladores (Bagby, Buis y Nicholson, 1995).
- No proporciona diagnósticos, sino impresiones diagnósticas (Arce y Fariña, 2006a).

Existen tres tipos de errores que pueden cometerse si nos basamos exclusivamente en este instrumento: falsos positivos, es decir, considerar simuladores a enfermos reales; errores de omisión, que consistiría en la no detección de sujetos que realmente están simulando, y validar como diagnóstico una impresión diagnóstica. Con el fin de minimizar estas fuentes de error se ha propuesto una estrategia de evaluación multimétodo (Rogers, 1997), donde tiene cabida una entrevista de orden clínico que permita un diagnóstico y sirva de contraste para otros métodos. Así, Arce y Fariña (2003) han concretado lo que denominan como “*entrevista de orden clínico en formato de discurso libre*”. El proceder consiste en solicitar al sujeto que relate los síntomas, conductas y pensamientos que tiene en el momento presente (esto es, EEAG en el eje V del DSM-IV-TR). En caso de que el sujeto no responda por iniciativa propia se solicita ese relato mediante la formulación de preguntas abiertas, tomando el esquema del eje V del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*). Por lo tanto, deberán informar sobre: sus relaciones familiares (EEGAR), relaciones sociales (EEASL) y relaciones laborales (EEASL). Adoptando este procedimiento, requerimos al evaluado que realice una tarea de conocimiento de síntomas, mientras que en las entrevistas estructuradas, semi-estructuradas, checklist e instrumentos psicométricos el sujeto lleva a cabo una tarea de reconocimiento de síntomas. Es por ello que la entrevista no es en formato de interrogatorio cerrado, sino que es no directiva y

orientada a la reinstauración de contextos. Esto es, llevamos a cabo un procedimiento de entrevista abierta y en formato de discurso libre, continuada de una reinstauración de contextos. Este procedimiento se mostró fiable, válido y productivo en la detección de simulación de un trastorno de estrés postraumático asociado a una falsa agresión sexual o intimidación (Arce, Fariña y Freire, 2002; y Freire, 2000) y en simulación de un trastorno mental no imputable (Arce, Pampillón y Fariña, 2002).

La información clínica obtenida debe de ser grabada y, después, se procede al análisis de contenido de la misma. Las categorías de análisis consisten en los síntomas descritos en el DSM-IV-TR. Así, se elabora un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistemas de categorías metódicas. Concretadas unas hojas de registro, se señalan los síntomas detectados en el análisis de contenido de la grabación. Si bien la mayor parte de los síntomas, incluso los más adversos, pueden ser directamente explicitados por los evaluados (Lewis y Saarni, 1993), algunos sólo pueden observarse. Por consiguiente, la detección de las categorías consiste en dos métodos complementarios, no excluyentes: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras el análisis de los protocolos. Por ejemplo, un deterioro de la concentración puede ser manifestado por el sujeto directamente o ser inferido por el evaluador tras el análisis de contenido de la entrevista.

1.6. Algunas consideraciones sobre estos formatos de entrevista.

El primer inconveniente de estos procedimientos de obtención de la información es que no pueden ser empleados a menos que exista colaboración por parte del entrevistado. A priori, podría creerse que los simuladores o mentirosos se negasen a colaborar, pero todo indica que suelen adoptar la estrategia de ganarse influencia a través del testimonio (Arce y otros, 2002; Rogers, 1997). En segundo lugar, podría suceder que la declaración no sea lo suficientemente amplia como para ser objeto de análisis. Una tercera limitación es el tiempo que se requiere para realizar exitosamente estos procedimientos. Finalmente, no podemos olvidar que la eficacia de la misma recae en las destrezas del evaluador; es decir, si el entrevistador no procede de un modo adecuado, difícilmente se obtendrá un testimonio aséptico y fructífero.

Con anterioridad, habíamos referenciado que la EC produce una mayor cantidad de información que la entrevista estándar. No obstante, existe evidencia de que el empleo de la entrevista cognitiva, bajo determinadas circunstancias, presenta una tendencia de incremento del número de detalles incorrectos, detalles fabulados o ambos, frente a la entrevista estándar. En esta línea, autores como Mantwill y otros (1995) y Köhnken y otros (1999) encontraron diferencias significativas entre la entrevista cognitiva y la estándar en el número de detalles incorrectos y fabulados. Köhnken y otros (1999) en relación con esta evidencia indican que la entrevista cognitiva: a) incrementa significativamente la cantidad de detalles recordados, b) aumenta significativamente, aunque en menor grado, el relato de detalles incorrectos y c) produce tasas de exactitud que son, cuando menos, idénticas a las generadas por la entrevista estándar. Por ello, ante la disyuntiva de si el riesgo a incrementar los errores es un coste aceptable para conseguir más detalles correctos, considera que la decisión está en función del propósito de la entrevista. Así, en los primeros momentos de una investigación policial, el obtener mayor número de detalles correctos puede tener más valor que el riesgo de cometer un mayor número de errores. Si fuesen otras las circunstancias, por ejemplo, cuando la declaración es tomada como prueba, el riesgo puede ser inaceptable. En cualquiera caso, debemos tener presente que este riesgo no es exclusivo de la entrevista cognitiva, ya que la evidencia dada por un testigo presencial jamás se puede esperar que sea plenamente correcta.

Otra ventaja de la EC que convendría reseñar es que su empleo no afecta significativamente al uso del CBCA (Análisis de Contenido basado en Criterios); esto es, no afecta a los resultados obtenidos con el análisis de contenido de cara a diferenciar declaraciones verdaderas de falsas, en comparación con la entrevista tradicional, como señalan Köhnken y otros (1995). En una investigación reciente, Godoy-Cevera e Higuera (2008) hallaron resultados en esta línea, al detectar que analizados de forma global los criterios del CBCA no se observaba interacción con la EC, esto es, la EC no influía de forma negativa en la eficacia del CBCA. Aunque se observó que, aisladamente, alguno de los criterios que conforman el CBCA sí presentaba interacción, los efectos negativos de la EC no eran tan relevantes como para desaconsejar su empleo conjuntamente con los criterios del CBCA. Por otro lado, siendo necesaria más investigación al respecto, podría ser que la EC facilitase la distinción entre relatos verdaderos y falsos (Hernández-Fernaud y Alonso-Quecuty, 1997). Así, Colwell y otros

(2002) en un estudio en el que comparaban la eficacia de tres formatos de entrevista diferentes, entre los que se incluía la CI, acompañados de un estudio de la credibilidad del testimonio, observaron que la combinación de ambos elementos presentaba una elevada sensibilidad y especificidad a la hora de clasificar las declaraciones como verdaderas o falsas. En concreto, el 92,9% de las declaraciones fueron correctamente clasificadas.

En definitiva, tanto la entrevista cognitiva como la entrevista forense se muestran como una alternativa válida y como procedimientos robustos para la obtención de la declaración en los testigos.

2. DIFERENTES APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO.

2.1. Introducción.

A partir del momento en el que un testigo presta testimonio o realiza una elección en una rueda de identificación, es preciso que se tome una decisión por parte del sistema policial-judicial, que supone una actuación conforme a lo extraído en la declaración o identificación: detener y procesar al sospechoso o dejarlo en libertad. Aquí nos encontramos ante una nueva problemática: ¿qué factores determinan que una declaración sea aceptada o rechazada por aquellos que han de tomar las decisiones?, ¿podría suceder que se creyese una declaración que es falsa, o por el contrario, que se tomase como falsa siendo verdadera? De acuerdo con Alonso-Quecuty (1993b) el testigo aún pretendiendo ser honesto puede cometer errores. Por lo tanto, podría otorgarse una gran credibilidad a la declaración del testigo y, sin embargo, poseer esta poca exactitud.

Así, Mira (1989) acude a la calidad de los testimonios, para referirse a un tiempo a la exactitud y a la credibilidad. La exactitud haría referencia a si lo relatado por el testigo ha sucedido exactamente como él dice, y la credibilidad se refiere a si cualquier observador considera que ese testigo o parte de su testimonio le produce confianza y le induce a creer que los hechos sucedieron tal como él declara. De acuerdo con esto, la credibilidad consistiría en la evaluación social de la exactitud. Por lo tanto, podemos entender el estudio de la credibilidad desde dos perspectivas complementarias. Por una parte, la credibilidad dada a un testigo o evaluación social de la exactitud y, por la otra, la evaluación empírica de la exactitud.

Otra cuestión de interés vinculada con este planteamiento hace referencia a la confianza del testigo en su testimonio y si esta guarda relación con la exactitud del mismo. Los profesionales del ámbito judicial (jueces, jurados, abogados, policías y fiscales) tienden a creer en la existencia de una relación entre ambas. Sin embargo, mayoritariamente, los expertos de la Psicología del Testimonio refieren que los

resultados de la investigación científica sobre esta problemática evidencian que la relación es muy pequeña o incluso nula, aunque algunos resultados sí parecen indicar cierta relación entre la confianza y las respuestas correctas (Luna, 2008).

La investigación psicológica sobre el testimonio tiene sus orígenes en las primeras décadas del siglo XX en Europa Central, expandiéndose rápidamente alrededor del mundo (Sporer, 2008) y ha tomado diferentes enfoques, que la literatura, en función del valor y de la relevancia judicial, ha concretado en cuatro aproximaciones: correlatos del comunicador, indicios no verbales, indicios fisiológicos y análisis de la declaración (p. e., Sporer, 1997; Vrij, 2000).

2.2. Correlatos de personalidad del comunicador.

Una breve revisión histórica da cuenta de que en la Edad Media las mujeres gallegas no podía testificar ya que se encontraban bajo sospecha de engaño, el cual se justificaba en el pecado de Eva. Tan sólo se les permitía testificar en “hechos femeninos” de escasa trascendencia (p.e., sucesos ocurridos en el río, fuente o molino) (Pallares, 1993). Si bien esta situación ha cambiado a lo largo del tiempo, en la actualidad nos encontramos, asimismo, con situaciones paradójicas. Por ejemplo, en los diferentes estatutos legales se establece la posibilidad de que el acusado mienta en su propio interés. Este hecho lo convierte en menos creíble a los ojos de la ley. Asimismo, los niños tienen poco crédito (Heydon, 1984) debido a la imaginabilidad y sugestión que se cree les acompaña (Bull, 1997). También se asocian a la mentira ciertas características de personalidad como el maquiavelismo (Manstead, Wagner y MacDonald, 1986), la introversión/extroversión (Eysenck, 1984), diversos tipos de patología tales como la psicopatía (Hare, Forth y Hart, 1989), el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad (Böhm y Steller, 2008) o la deficiencia mental ligera (Ford, King y Hollander, 1988).

2.3. Indicios no verbales y extralingüísticos asociados al engaño.

Las expresiones faciales no parecen buenos indicadores debido al grado de consciencia y control que el ser humano tiene sobre ellas. Otros indicios no verbales como el tono de la voz, las dudas o el movimiento corporal son más efectivos para detectar la mentira que las expresiones faciales (Manstead y otros., 1986). Tras una revisión de la literatura (Vrij, 2000; Zuckerman, DePaulo y Rosenthal, 1981) comprobaron que la habilidad en la detección de la mentira oscilaba entre un 45% y un 64% con una mayor efectividad en la detección de la verdad. Incluso, la mentira se detectaba más como verdad que como propia mentira; por lo tanto, en el mejor de los casos, discriminamos ligeramente mejor que el azar (50%). En la tabla 1, que se ofrece a continuación, se presentan las variables no verbales que con mayor frecuencia se asocian al engaño. No obstante, su interpretación es diferente en función de si lo hacemos desde una perspectiva empírica o social (véase Vrij, 2000 para una interpretación social).

Tabla 1. Indicios no verbales asociados al engaño. Tomado de Vrij (2000)

Características vocales	Interpretación
- Interrupciones del habla: interjecciones (expresiones como “ah”, “um”)	>1
- Errores del habla: repetición de palabras u oraciones, cambio de sentencias, oraciones incompletas, lapsus linguae, etc.	>1
- Tono de voz: cambios en el tono de voz, tales como subidas o bajadas	>
- Tasa del habla: número de palabras habladas en un cierto período de tiempo	>1
- Latencia de la respuesta: tiempo de silencio entre la pregunta y la respuesta	--
- Frecuencia de las pausas: frecuencia de períodos de silencio durante el habla	--
- Duración de las pausas: longitud de los períodos de silencio durante el habla	>
Características faciales	
- Mirada: mirar a la cara del interlocutor	--
- Sonrisa: sonrisas y risas	--
- Parpadeo: parpadeo de los ojos	--

Movimientos

- Auto-manipulaciones: rascarse la cabeza, muñeca, etc.	--
- Movimientos ilustradores: movimientos funcionales de brazos y manos dirigidos a modificar o suplementar lo que se está diciendo verbalmente	<
- Movimientos de manos y dedos: movimientos no-funcionales de manos y dedos sin movimientos de brazos	<
- Movimientos de piernas y pies	<
- Movimientos de la cabeza: asentimiento y disentimiento con la cabeza.	--
- Movimientos del tronco: movimientos del tronco (generalmente acompañados con movimientos de la cabeza)	--
- Cambios de posición: cambios en la postura corporal (generalmente acompañado de movimientos del tronco y piernas/pies)	--

Nota. Tendencia de interpretación empírica: > incremento con la mentira; < decrece con la mentira; -- no relacionada con la mentira; 1 cuando contar una mentira implica un gran esfuerzo de pensamiento.

Tres perspectivas resultan relevantes a la hora de explicar la conducta no verbal de engaño: la emocional, la carga cognitiva y el intento de control de la conducta (DePaulo, Stone y Lassiter, 1985). De acuerdo con Vrij, Akehurst, Soukara y Bull (2004) es posible que estos tres procesos ocurran conjuntamente, es decir, es probable que los mentirosos estén más nerviosos, que tengan más dificultades de pensamiento, debido a la elevada carga cognitiva que entraña la mentira y que, a su vez, traten de ejercer un mayor control de su comportamiento con el objetivo de aparentar honestos. Estos procesos serían los responsables de los indicios no verbales asociados al engaño. Asimismo, reseñar que sus consecuencias parecen estar moduladas por la edad. Por ejemplo, DePaulo y Jordan (1982) argumentaron que los menores presentarán menos nerviosismo debido a que su sentimiento de culpa y su miedo a ser descubiertos en la mentira son inferiores a los del adulto. No obstante, presentan una dificultad mayor para controlar su comportamiento, ya que la habilidad para el control muscular incrementa con la edad (Ekman, Roper y Hager, 1980; Feldman y Phillipot, 1993). Asimismo, los efectos de la carga cognitiva guardan una relación inversa con la edad. Por consiguiente, es probable que cuanto menor sea la edad del mentiroso mayor será el número de movimientos de las extremidades (Eaton, McKeen y Campbell, 2001), menor será el nivel de nerviosismo manifestado, y mayor el número de errores del habla, las pausas, los tiempos de latencia, etc. Vrij y otros (2004)

compararon la presencia de indicios no verbales de engaño en varios grupos de edad, detectando que a menor edad mayor era la latencia en las respuestas y menor era el ritmo del habla; en los sujetos adultos los movimientos de las extremidades disminuían, mientras que, contrariamente a lo esperable, presentaban mayor número de interrupciones del habla (p.e., “mm” o “er”). Por otro lado, también encontraron un efecto significativo a la hora de discriminar entre relatos verdaderos y falsos, para el indicio no verbal relativo a los movimientos de extremidades, evidenciando que los sujetos que mentían presentaban menos movimientos ilustradores, de dedos y de manos.

Posteriormente, Vrij, Mann y Fisher (2006) pusieron a prueba la hipótesis propuesta por Inbau, Reid, Buckley y Jayne (2001) que refería que los mentirosos se mostrarán menos colaboradores que los individuos que relatan la verdad y exhibirán un comportamiento más nervioso y, a su vez, emplearon una técnica de entrevista desarrollada por ellos, que pretende evocar respuestas verbales y no verbales diferentes en función de si relata la verdad o la mentira, denominada *Behaviour Analysis Interview* (BAI). Detectaron que los resultados iban en la dirección opuesta a la establecida por la hipótesis de Inbau y otros (2001), es decir, los datos hallados se correspondían con la literatura científica existente (v.gr., DePaulo y otros, 2003). De este modo, los mentirosos se mostraron más colaboradores y presentaron un comportamiento menos nervioso (p.e., menos cambios posturales, menos cruces de piernas). Es posible que la tendencia de los mentirosos a disminuir sus movimientos se deba en este experimento a dos factores. Por un lado, a la mayor carga cognitiva que demanda la mentira y, por el otro, a que están más pendientes de la impresión que están causando en el evaluador, ejerciendo control sobre sus posturas o movimientos, a diferencia de quien relata la verdad, que da su credibilidad por asentada y no repara en reducir o controlar sus movimientos (DePaulo y otros, 2003; Kassin y Norwich, 2004; Vrij, 2000).

En un meta-análisis sobre los indicadores no verbales de engaño desarrollado por Sporer y Schwandt (2006) se observó que el tono, la latencia de respuesta y los errores del habla estaban positivamente relacionados con la mentira, mientras que la duración del mensaje presentaba una relación negativa. No obstante, de estos cuatro sólo serían dos (el tono y la latencia de respuesta) si se considera el efecto del tamaño de la muestra de los estudios analizados. Asimismo, también detectaron que la relación de los diferentes indicadores con el engaño estaba mediada por factores como el

contenido, la motivación, el nivel de preparación, la presencia de sanciones, el diseño experimental y la operativización. Sus observaciones les llevaron a plantear que estos indicadores han de tomarse con cautela para la práctica forense. En un meta-análisis posterior (Sporer y Schwandt, 2007), además de corroborar que la relación de los indicadores no verbales de engaño con la conducta mentirosa estaba mediada por los factores anteriores, determinaron que sólo tres conductas observables de la cabeza y el cuerpo estaban negativamente asociadas con el engaño. De once indicadores no verbales de engaño, que comúnmente se creen asociados a la mentira (parpadeo, contacto visual, apartar la mirada, movimientos de cabeza, asentir, sonreír, movimientos adaptativos, de manos, ilustradores, de pies y piernas, y cambios posturales), solamente el asentir, los movimientos de pies y piernas, y de manos presentan, de manera fiable, una relación negativa con la mentira. Por lo tanto, contradiciendo la creencia general de que las conductas no verbales se incrementan durante la mentira, los resultados evidencian que estos movimientos decrecen, mientras que en otros no existen cambios.

Finalmente, señalar que los procedimientos que se fundamentan en la observación de la comunicación no verbal están sujetos a dos grandes fuentes de error: el error de Otelo y el error de idiosincrasia (Ekman y O'Sullivan, 1994). No obstante, de acuerdo con Vrij, Edgard, Roberts y Bull (1999) estos métodos pueden ser efectivos y susceptibles de entrenamiento. Aún así, Arce, Fariña y Freire (2002) en una comparación de los métodos de análisis de contenido con los procedimientos de análisis no verbales y extralingüísticos, observaron un valor discriminativo más alto para los primeros. Por otro lado, no se debe descartar la posibilidad de combinar estos procedimientos con otras técnicas centradas en el análisis del contenido de la declaración (p.e., CBCA o RM, presentados posteriormente). En esta línea, Vrij y otros (2004) determinaron que la combinación de ambas técnicas incrementaba la exactitud de la clasificación entre relatos verdaderos y falsos. Concretamente, se alcanzó un 88% de exactitud en la clasificación.

2.4. Indicios fisiológicos y actividad cerebral.

2.4.1. El Polígrafo.

El polígrafo se ha tomado como detector de la mentira. Presenta un funcionamiento consistente en el registro de los cambios producidos a nivel psicofisiológico en diversas variables: tasa cardíaca, conductancia electrodérmica, presión sanguínea, temperatura corporal y respiración (Sierra, Jiménez y Bunce, 2006). Sin embargo, no existe un patrón único de respuesta fisiológica asociado a la mentira (Lykken, 1981). Por consiguiente, lo único que sí se puede obtener es que el sujeto presente una mayor actividad fisiológica ante unas cuestiones que otras. A priori, se podría asociar esa activación a la respuesta mentirosa, pero nada impide vincularla con otro tipo de factores tales como el miedo (Arce y Fariña, 2006a).

Son dos los procedimientos básicos que podemos seguir a la hora de formular las preguntas: el test de preguntas control (TPC) y el test del conocimiento culpable (TCC). El primero consiste en torno a diez cuestiones subdivididas en dos para el estudio del caso: preguntas relevantes o críticas para la determinación de la inocencia (¿transportó usted el coche en el que estaban colocados los explosivos?) y las preguntas control, referidas a la conducta pretérita del sujeto y que podrían vincularse con el caso (¿Había usted manipulado previamente algún tipo de explosivo?). Previamente a la prueba es necesario la familiarización del técnico con el sumario, los antecedentes médicos y psiquiátricos del sujeto, asimismo se informa al evaluado de sus derechos y de que la sesión va ser grabada, si es el caso. Después se le explica el funcionamiento del polígrafo y se realiza una demostración. Realizados estos pasos, se procede con el test en el que se alternan las preguntas críticas con las de control y neutras, que no tienen valor para el caso y sobre las que se establece la línea base (Arce y Fariña, 2006a).

En un primer momento se procedía a una evaluación global de los trazos de las respuestas a las preguntas formuladas. Adoptando esta aproximación, se entendía que el sujeto había mentido si los trazos de las respuestas a las preguntas relevantes eran más largos que a las preguntas control. Por el contrario, se consideraba que el sujeto había sido sincero si los trazos ante las preguntas relevantes y de control eran similares o más grandes ante estas últimas. Frecuentemente, esta información era completada con la que

el examinador tenía del caso, con las repuestas y comportamiento del sujeto así como con la información idiosincrásica que obtenía el examinador. Por lo tanto, el procedimiento no claramente definido se complementaba con la subjetividad del examinador. En la actualidad, normalmente, se acude a un método numérico, denominado Zona de Comparación (ZOC). En éste, la evaluación se lleva a cabo en una escala de +1 a +3 (diferencia ligera, media y extrema) cuando el trazo es más largo ante las preguntas control, y de -1 a -3 cuando es más fuerte ante las relevantes. En caso de no existir diferencias en ambos tipos de trazos se da una puntuación de 0. Si la puntuación total obtenida es $\geq +6$ el testimonio se considera verdadero, y si es ≤ -6 se considera falso; mientras que los resultados intermedios tendrían valor inconcluyente, aunque estos se estiman en torno al 10% (Arce y Fariña, 2006a).

Este protocolo es el preferido por los profesionales que emplean el polígrafo, tanto en Norteamérica como en otros países, debido a que es fácil de componer y aplicar en diferentes situaciones, y porque tiende a suscitar confesiones (Rosenfeld, 2009). No obstante, es ampliamente rechazado por la comunidad científica dedicada a la investigación sobre la detección psicofisiológica del engaño ya que entienden que carece de rigor científico (Ben-Shakhar, 2002; National Research Council, 2003).

Por otro lado, se cuenta, también, con el test del conocimiento culpable (TCC) que consistiría en formular preguntas cuyo conocimiento sólo poseería el culpable, en formato de respuesta múltiple (Lykken, 1959). Las alternativas, se presentan espaciadas cada 15 segundos. Imaginemos que tenemos un caso de robo de una casa. Las preguntas podrían ser:

e) Cuando llagasteis a la casa, ¿por dónde entrasteis en ella?

- Por la puerta principal.
- Por la puerta trasera.

Por el balcón.

- Por el garaje.

f) Dentro de la casa, ¿dónde se encontraba la caja fuerte?

- En el salón detrás de un cuadro.
- En la habitación del dueño.

- . En la biblioteca de la casa.
- En el comedor de la casa.

El sujeto que posee conocimiento culpable presentará unos trazos más largos ante las respuestas verdaderas, frente a un patrón de respuesta azarosa del sujeto inocente. El punto de corte sobre la culpabilidad o inocencia se establece otorgando un valor de 2 puntos si la reacción es más fuerte ante la alternativa correcta y 1 punto si es la segunda mayor. Una vez obtenida la suma total la dividimos por la máxima puntuación posible, si es superior a 0,50 se considera culpabilidad; de ser inferior a 0,05 se entiende que el evaluado es inocente.

De acuerdo con Sierra y otros (2006) el polígrafo presenta dos importantes limitaciones. En primer lugar, las artimañas de tipo físico o mental realizadas por el sujeto en el momento de responder a las cuestiones planteadas (p.e., movimientos físicos, ejercicios cerebrales, etc); y segundo, algunos factores de personalidad y el estado mental pueden provocar que un sujeto no sea apto para llevar a cabo un examen poligráfico. Por ejemplo, los individuos psicóticos o psicópatas darían valores nulos o no fiables en los registros poligráficos al no poseer la capacidad cognitiva necesaria para conocer la naturaleza del acto que estaban haciendo o, aún siendo conscientes, desconocen la ilegalidad del mismo.

Existe, además, una fuerte controversia en relación con la utilidad de polígrafo de cara a la práctica real como medio de prueba. Por un lado, sus acérrimos partidarios nos hablan de una tasa de éxitos superior al 90%, por el otro, investigadores más objetivos señalan una tasa entre el 64 y el 65% (Swenson, 1997). En cualquier caso, si el método se toma en términos categóricos excluyentes, culpable o inocente, el margen de error es mayor. A continuación, se expone un ejemplo en términos probabilísticos, tomado de Iacono y Patrick (1999). Asumiendo que el polígrafo tiene un 75% de éxito en la clasificación correcta de la inocencia y de un 85% de la culpabilidad. Si tenemos una población de 1000 sospechosos de los que 250 fueron culpables reales, el sistema clasificaría correctamente como sospechosos a 212 (el 85%) de los 250. En el caso de los inocentes, nos encontraríamos que 188, esto es el 25% de los 750 inocentes sería etiquetados como culpables. En total tendríamos 400 casos de culpabilidad, de los cuales 188, el 47%, serían verdaderamente inocentes, lo que nos llevaría a cometer un

grave error, a pesar de que la técnica es fiable como promedio en el 80% de los casos. Por lo tanto, ante los términos maximalistas de la técnica, el gran margen de error y la baja eficacia en diferenciar entre verdaderos culpables y falsos acusados han llevado a que esta prueba usualmente sea inadmisibile (Morris, 1994).

En nuestro ordenamiento jurídico sería una prueba indiciaria ya que no está recogida como medio de prueba en la LECrim. No obstante, puede resultar de utilidad en la investigación policial. En esta línea, la prueba de conocimiento culpable puede ser interesante en casos en los que existan varios sospechosos con la finalidad de reducir la lista de los mismos, sobre la base de que los elegidos poseen conocimiento culpable, aunque esto no implicaría su culpabilidad (Lykken 1981; Saks y Hastie, 1986).

2.4.2. Potenciales Evocados Relativos a Eventos (PRE) y Tiempos de Reacción (TR).

Como alternativa al polígrafo se han propuesto otro tipo de medidas de la actividad fisiológica, como el registro de la actividad cortical a través de los potenciales evocados relativos a eventos (PRE). Esta técnica es a menudo utilizada siguiendo el enfoque del TCC, de modo que se mediría el recuerdo de elementos destacados de una determinada situación que sólo podrían ser conocidos por el culpable, los investigadores o los testigos. Se han encontrado múltiples componentes de los PRE que resultan sensibles al recuerdo de experiencias pasadas, entre ellos la onda P3. Esta onda aparece relativamente rápido tras la presentación de estímulos que han sido especialmente interesantes y puede aparecer incluso ante la ausencia de una respuesta manifiesta del sujeto, siempre y cuando el estímulo sea atendido.

En el paradigma de la detección del engaño basado en PRE, usualmente, al evaluado se le presentan tres tipos de ítems (de prueba, relevantes y distractores) de manera intercalada. Los estímulos de prueba y relevantes se presentan infrecuentemente (10-15% de las veces), mientras que los estímulos distractores aparecen de modo frecuente (70-80%). Los estímulos de prueba se refieren a elementos relevantes del crimen que sólo son conocidos por el culpable, los testigos o los investigadores, y deberían provocar una onda P3 más larga debido a que serían reconocidos por los evaluados como raros, distintos y relevantes. Los estímulos relevantes se refieren a

cuestiones que son conocidas por todos y deberían provocar una onda P3 más larga por el mismo motivo que los ítems prueba. El uso de ítems relevantes permite, por un lado, controlar que los sujetos están atendiendo a la presentación de los estímulos y, por el otro, posibilitará comparar las ondas P3 que, a la postre, será lo que permita establecer conclusiones en torno a la veracidad. Los ítems distractores no presentan relación relevante con la prueba y se espera que no generen ondas P3 o, en el caso de hacerlo, que éstas sean muy pequeñas. Además, posibilitarán establecer un patrón de PRE de respuestas a estímulos no familiares. Finalmente, la comparación de las PRE ante las tres modalidades de estímulos permitirá determinar si el evaluado posee o no conocimiento culpable. De esta forma, se espera que los sujetos inocentes presenten una actividad similar ante los ítems prueba y distractores debido a que ambos son desconocidos para el evaluado. Por el contrario, en los sujetos con conocimiento culpable las ondas P3, ante los estímulos prueba, se entiende que serán similares a las registradas ante los ítems relevantes, ya que, a diferencia del caso anterior, ambos tipos de ítems son familiares para el sujeto.

Algunos autores señalan que este enfoque puede alcanzar niveles de exactitud del 100% (i. e., Farwell y Smith, 2001; Feder, 2001). No obstante, las limitaciones de esta técnica son referidas por un importante número de investigadores (p.e., Meijer, Smulders, MerckelBach y Wolf, 2007; Mertens y Allen, 2008; Rosenfeld, 2005; Rosenfeld, Soskins, Bosh y Ryan, 2004; Zirinsky, 2002). Así, de igual modo que acontecía con el polígrafo (Sierra y otros, 2006), los registros se pueden ver afectados por artimañas de tipo físico o mental que lleve a cabo el sujeto. Rosenfeld y otros (2004) evidenciaron que enseñando a los evaluados a incrementar la importancia de los estímulos distractores mediante artimañas de tipo conductual o psíquico, las diferencias en la amplitud de la onda P3 se veían claramente reducidas, dificultando la determinación del conocimiento culpable del evaluado. Resultados similares fueron encontrados por Mertens y Allen (2008). Además, señalan, de cara a la práctica, que el veredicto de inocente a través de este procedimiento no aporta nada (en su trabajo el número de culpables clasificados correctamente era siempre inferior al 50%, empleasen o no artimañas) se da tanto entre inocentes como culpables. Sin embargo, el veredicto culpable sí resulta más informativo, debido a que se produce casi exclusivamente entre culpables, es decir, el número de falsos positivos es muy reducido. Con el objetivo de reducir el efecto de estas artimañas, Rosenfeld y otros (2008) desarrollaron un

protocolo “Complex Trial Protocol” que pretende ser un método exacto para detectar información oculta a través de la P3, sobre el que continúan investigando e introduciendo mejoras. Continuando con las limitaciones de esta técnica se ha evidenciado, asimismo, que el mero reconocimiento de un ítem relevante, no es condición suficiente para generar una amplitud mayor de la onda P3 (Kubo y Nittono, 2009; Meijer y otros, 2007); que la amplitud de la P3 ante determinados estímulos no sólo depende de las categorías definidas por el evaluador, sino que la percepción del sujeto determina la relevancia del estímulo y, por lo tanto, puede considerar relevantes estímulos que el examinador había definido como irrelevantes (Meijer, Smulders y Wolf, 2009; Rosenfeld, Biroshak, Kleschen y Smith, 2005); o que el tamaño de la amplitud de la P3 puede deberse a otros procesos diferentes del engaño o del mero reconocimiento (Kubo y Nittono, 2009).

Otra propuesta existente para analizar si un individuo posee o no conocimiento culpable o información que trata de ocultar, es el estudio de los tiempos de reacción (TR). De modo resumido, el *Concealed Information Test* (Test de Información Oculta) consiste en registrar los TR ante estímulos de prueba (ítems que incorporan conocimiento culpable o información que es conocida por la persona) y estímulos distractores (información no relevante), descartando aquellas respuestas que se demoren demasiado para controlar que los sujetos no manipulen los resultados. Después, se comparan los registros ante ambos tipos de estímulos para comprobar si existen diferencias. Entre los beneficios que se esgrimen para apoyar su uso en detrimento de otras medidas fisiológicas, está su bajo coste, su sencillez y rapidez.

Algunas investigaciones de PRE en las que también se estudiaban los tiempos de reacción detectaron que estos identificaban la información de conocimiento culpable (p.e., Meijer y otros, 2007; Rosenfeld y otros, 2006; Rosenfeld y otros, 2008). Asimismo, se ha encontrado que el análisis a través de los TR, de manera aislada, puede ser altamente válido (Seymour y Kerlin, 2008; Seymour y otros, 2000) y que su poder discriminativo es similar al del polígrafo (Verschuere, Crombez, Degrootte y Rosseel, en prensa). Uno de los principales problemas de esta técnica es que existe una importante disparidad entre los resultados de las investigaciones, resultando complejo la réplica de los mismos (v. gr., Gronau, Ben-Shakhar y Cohen, 2005; Verschuere, Crombez, De Clercq y Koster, 2004).

2.4.3. La Imagen por Resonancia Magnética Funcional (IRMf).

Al margen de las propuestas presentadas anteriormente, en los últimos años, se han desarrollado un importante número de investigaciones dirigidas al estudio de la actividad cerebral asociada al engaño, mediante la técnica de imagen por resonancia magnética funcional (IRMf) (p.e., Abe, Suzuki, Mori, Itoh y Fujii, 2007; Kozel y otros, 2004; Lee y otros, 2009; Mohamed y otros, 2006; Spence, Kaylor-Hughes, Farrow y Wilkinson, 2008). No obstante, estos conocimientos y procedimientos, a diferencia del polígrafo que dentro del ámbito anglosajón se emplea en una amplia gama de servicios (Sierra y otros, 2006), todavía están lejos de ser utilizados como sistemas auxiliares en la investigación policial o judicial. A pesar de ello, señalar que, en general, los resultados obtenidos en estas investigaciones muestran patrones de actividad cerebral diferente en función de si la persona es sincera o no en sus respuestas.

A continuación, se presentan algunos de los hallazgos obtenidos en este campo de investigación. Así, Spence y otros (2001) hallaron que la mentira estaba asociada con tiempos de respuesta más largos y una mayor actividad en el córtex prefrontal ventrolateral. Otra investigación basándose en el Test de Conocimiento Culpable detectó que las respuestas falsas estaban asociadas con un incremento en la actividad frontal, en el cíngulo anterior y en las regiones parietales (Langleben y otros, 2002). Por su parte, Ganis, Kosslyn, Stose, Thompsom y Yurgelun-Todd (2003) observaron, además de diferentes patrones de actividad neuronal en función de si la mentira era espontánea o previamente preparada, que el mentir en relación con narrar la verdad, correlacionaba con una mayor activación en la corteza prefrontal anterior, en el giro parahipocampal, precuneus derecho y el cerebelo izquierdo. Posteriormente, Kozel y otros (2004) revelaron que el córtex orbitofrontal y el cíngulo anterior presentaban una activación significativa durante el engaño. Davatzikos y otros (2005) usaron un método de clasificación de patrones de actividad cerebral asociados con la verdad y la mentira. En la investigación participaron 22 sujetos, el 99% de las respuestas verdaderas y falsas fueron clasificadas correctamente. Estos resultados llevaron a los autores a plantear que

la IRMf puede tener un importante papel en el estudio del engaño. Otro estudio, mediante la tomografía por emisión de positrones, evidenció que la corteza prefrontal medial y lateral presenta una actividad general en el engaño, mientras que el córtex cingulado anterior presentaría una actividad más específica (Abe y otros, 2006). Por su parte, Mohamed y otros (2006) estudiaron la actividad neuronal que correlacionaba con la mentira y la verdad a través de la IRMf, a la vez que llevaban a cabo una evaluación con el polígrafo. Observaron que la mentira generaba activación en el lóbulo frontal inferior y medial izquierdo, en el hipocampo derecho, en el giro temporal medio derecho, en el giro lingual izquierdo, en el cíngulo anterior, en el giro fusiforme derecho y en la ínsula sublobar derecha. Por otro lado, la verdad mostraba correlatos de actividad en el giro subcallosal izquierdo, en el núcleo lentiforme y en el giro temporal inferior izquierdo. Además, el polígrafo presentó una exactitud del 92% a la hora de detectar los participantes mentirosos y del 70% para los sujetos que relataban la verdad. Más recientemente, Abe y otros (2008) detectaron diferencias en la actividad cerebral entre la mentira intencionada y las falsas memorias. En la misma línea, Lee y otros (2009) encontraron que la actividad neural era distinta para los errores intencionados de memoria (p.e., intento de fingir un daño) y para los errores involuntarios. En las respuestas falseadas intencionadamente se detectó una activación significativa en el córtex prefrontal ventrolateral, en la región cingulada posterior y en la zona medial de la corteza parietal superior; mientras que los errores involuntarios no generaron una activación significativa. De acuerdo con los autores, fingir daños en la memoria presenta, además de una mayor demanda cognitiva, procesos cognitivos diferentes. De acuerdo con la mayoría de los resultados encontrados mediante estudios con IRMf, se puede señalar que el engaño está asociado con actividad en las regiones prefrontales (Lee y otros, 2009) y, más concretamente, con la función ejecutiva prefrontal (Spence y otros, 2008).

En suma, nos encontramos ante un campo de investigación todavía muy reciente, pero que puede ofrecer resultados interesantes de cara al futuro. No obstante, las mismas limitaciones atribuidas anteriormente al polígrafo, pueden ser aplicadas a este tipo de procedimientos (Sierra y otros, 2006), además de ser una técnica costosa, incómoda y que suscita una fuerte controversia (Vul, Harris, Winkielman y Plasher, 2009) lo que hace improbable su aplicación en un corto período de tiempo (Rosenfeld, 2009).

2.5. Análisis de contenido de la declaración.

Esta aproximación mantiene que el contenido de un mensaje en sí mismo presenta indicios que nos ayudan a desvelar su veracidad o falsedad. Por consiguiente, su relevancia en el ámbito forense es de suma trascendencia, dado que nos posibilitaría elaborar un instrumento de medida con capacidad para evaluar empírica y objetivamente la validez de una declaración sin entrar a evaluar la persona que declara, pudiendo efectuarse el análisis sin la presencia física del testigo. Aunque tal objetivo está aún lejos de conseguirse, contamos con instrumentos lo suficientemente refinados como para ser utilizados exitosamente en determinados casos. Así, tenemos como instrumentos más prometedores: el Análisis de Contenido Basado en Criterios (Criteria Based Content Analysis, CBCA, Steller y Köhnken, 1994), el Control de la Realidad (Reality Monitoring, RM, Johnson y Raye, 1981), el S.R.A. (Undeutsch, 1967) y el SVA (utilizado por diversos autores y que puede verse en Steller, 1989; Steller y Boychuck, 1992). En un último apartado, también, se introducirán otros procedimientos, basados en indicios verbales para la distinción de verdad y mentira.

2.5.1. Control de la realidad (*Reality Monitoring*, RM).

Johnson y Raye (1981) establecieron un marco de referencia para entender cómo pueden discriminarse los sucesos percibidos o externos de los imaginados o internos. Consideran que las memorias varían en una serie de rasgos, aquellas que tienen un origen externo, es decir, que se fundamentan en la observación de un suceso, poseen más información sensorial, mayor número de detalles contextuales y menos referencias a procesos cognitivos que aquellas otras que son de origen interno, esto es, imaginadas. El proceso de discriminación entre recuerdos de origen externo y recuerdos de origen interno recibió el nombre de control de la realidad (*Reality Monitoring*). A

continuación, se presenta la estructura que resume el modelo de Control de la Realidad propuesto por Johnson y Raye (1981):

g) Tipos de atributos que pueden formar parte de los recuerdos

- Contextuales
- Sensoriales
- Operaciones cognitivas

h) Dimensiones que generalmente diferencian los recuerdos según su origen

- Origen externo: más atributos contextuales (espacio-temporales) y sensoriales (sonidos, olores, etc.)
- Origen interno: más información sobre operaciones cognitivas, esto es, información idiosincrásica (por ejemplo, yo pensé, recuerdo ver, me sentía nervioso, etc.)

Alonso-Quecuty (1995), pionera en la aplicación de este modelo al estudio de la veracidad/falsedad de las declaraciones, llevó a cabo varias investigaciones en el campo de la mentira con los criterios del modelo. Estudió los efectos del tiempo, contexto experimental, tipo de crimen, grado de involucración, edad y tipo de declaración, sobre las predicciones del modelo, demostrando la efectividad de los modelos. Sin embargo, encontró que si los sujetos tenían tiempo para desarrollar la declaración falsa, tan sólo se cumplía el criterio de que la información idiosincrásica es mayor que en las declaraciones verdaderas; a la vez, se producía una inversión de los otros criterios, esto es, nos encontraríamos con testimonios falsos que tienen, también, mayor información sensorial y contextual. Por consiguiente, la declaración debe de ser obtenida lo más contigua posible a la ocurrencia de los hechos. Por otro lado, no conviene olvidar que la secuencia de las declaraciones “contamina” los trazos de memoria percibidos con elementos imaginados por el sujeto, es decir, de origen interno (Manzanero y Diges, 1994). Si normalmente el procedimiento habitual de validación del origen de los atributos de memoria consiste en el contraste de los resultados de la declaración con los criterios del modelo, también podría realizarse a través de un proceso de razonamiento que implica el análisis de las características cualitativas del trazo, las características de los trazos relacionados, y las suposiciones mnésicas. Que se proceda con un mecanismo

u otro, va a depender de factores tales como el tiempo, los diferentes tipos de información disponible, los cotos de los posibles errores, etc. Resulta necesario, asimismo, ejercer control sobre las fuentes de error, es decir, si el trazo no es típico de su clase, las características de trazos incorrectos semejantes y los fallos en el proceso de razonamiento. Por su parte, Sporer (1997) incrementó la lista de criterios a ocho:

- a) Claridad (viveza en vez de vaguedad).
- b) Información perceptual (información sensorial tal como sonidos, gustos o detalles visuales).
- c) Información espacial (lugares, ubicaciones).
- d) Información temporal (ubicación del evento en el tiempo, descripción de secuencias de eventos).
- e) Afecto (expresión de emociones y sentimientos durante el evento).
- f) Reconstrucción de la historia (plausibilidad de reconstrucción del evento tras la información dada).
- g) Realismo (plausibilidad, realismo y sentido de la historia).
- h) Operaciones cognitivas (descripción de inferencias hechas por otros durante el evento).

Los siete primeros criterios se considera que caracterizarían a las declaraciones verdaderas, mientras que el octavo estaría vinculado con declaraciones falsas. Esta nueva categorización resulta más efectiva que las anteriores (Arce y Fariña, 2006a).

2.5.2. Análisis de la Realidad de las Declaraciones (*Statement Reality Analysis, SRA*).

Durante la década de los treinta en Alemania, la literatura jurídica y psicológica mencionó una serie de características vinculadas con el contenido de las declaraciones que funcionaban como indicadores de veracidad o falsedad (Köhnken, 1999). Sin embargo, las primeras formulaciones que ofrecieron unos sistemas de análisis de la declaración precisos y semi-objetivos, bajo el etiquetamiento genérico de “criterios de

realidad”, no aparecieron hasta la década de los sesenta y setenta (p.e., Arntzen, 1970; Undeutsch, 1967, 1988).

Undeutsch fue el iniciador de la investigación en este campo, así en 1967 estableció el primer compendio homogéneo y amplio de los criterios de realidad aplicables a declaraciones de menores víctimas de abusos sexuales, el Análisis de Realidad de las declaraciones (Statement Reality Analysis; SRA). El supuesto teórico subyacente al análisis de declaraciones basado en criterios de realidad, la hipótesis Undeutsch, establece que las declaraciones que tienen su fundamento en la observación de hechos reales se diferencian cualitativamente de las declaraciones que no se basan en la experiencia directa y cuyo génesis es la fantasía o inventiva del sujeto. Por lo tanto, los criterios de realidad reflejarían las características específicas que diferenciarían los testimonios verdaderos de los inventados. Sin embargo, no explicó el motivo de la inclusión de estos criterios ni presentó apoyo empírico alguno. De hecho, su validez y fiabilidad no han sido estudiadas experimentalmente; el autor estima que está avalado por cuarenta años de uso en la práctica forense (Bembibre e Higuera, 2010).

El SRA tiene como punto de partida el estudio del sumario al completo, lo que supone el conocimiento completo de las declaraciones del menor (a la policía, al juez, etc.), de otros testigos y del agresor. A continuación se realiza una entrevista en formato de recuerdo libre conjuntamente con preguntas, en un clima óptimo que favorezca una declaración completa que ha de ser grabada. Una vez hayamos obtenido la declaración, procedemos a su análisis de la realidad empleando los criterios que aparecen a continuación:

Criterios derivados de la declaración.

- a) Criterios generales, fundamentales.
 - Anclaje, fijación espacio-temporal (concreción de la acción en un espacio y tiempo).
 - Concreción (claridad, viveza).
 - Riqueza de detalles (gran cantidad de detalles en la narración).
 - Originalidad de las narraciones (frente a estereotipos o clichés).
 - Consistencia interna (coherencia lógica y psicológica).
 - Mención de detalles específicos de un tipo concreto de agresión sexual.

- b) Manifestaciones especiales de los criterios anteriores.
 - Referencia a detalles que exceden la capacidad del testigo (que van más allá de su imaginación o capacidad de comprensión).
 - Referencia a experiencias subjetivas: sentimientos, emociones, pensamientos, miedos, etc.
 - Mención a imprevistos o complicaciones inesperadas.
 - Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones durante la declaración.
 - Auto desaprobación (declaración en contra de su interés).

- c) Criterios negativos o de control:
 - Carencia de consistencia interna (contradicciones).
 - Carencia de consistencia con las leyes de la naturaleza o científicas.
 - Carencia de consistencia externa (discrepancia con otros hechos incontrovertibles).

Criterios derivados de las secuencias de declaraciones.

- a) Carencia de persistencia (estabilidad en el tiempo y contextos).
- b) Declaración inconsistente con la anterior.

Como se puede apreciar, las tres primeras agrupaciones de criterios se aplicarían sobre una única declaración, mientras que el último criterio se vincularía con más de una declaración. Por lo tanto, no se analizan las declaraciones de manera independiente, sino que a la vez se estudia la relación entre ellas, a través de este último bloque de criterios. Los dos primeros factores se vinculan positivamente con la veracidad, o lo que es lo mismo, su presencia indica que la declaración es verdadera, aunque su ausencia no supone la falsedad de la misma. Por otro lado, la presencia de los criterios de control y de consistencia restaría valor de verdad a la declaración. En cualquier caso,

debemos considerar que cada criterio tiene un peso limitado en la determinación categórica (sí versus no) o del grado en que una declaración representa algo vivido por el sujeto.

Además, establece el seguimiento de cuatro máximas en la determinación de si la narración describe un evento real o imaginado. En primer lugar, la intensidad o grado de las manifestaciones en los distintos criterios. Segunda, el número de detalles de la narración que se relacionan con uno o más criterios. Tercera, las capacidades del testigo para informar (edad, inteligencia, sugestión, etc.). Por último, las características del evento narrativo (complejidad, relevancia, etc.) (Arce y Fariña, 2006a).

2.5.3. Análisis de Contenido Basado en Criterios (*Criteria Based Content Analysis, CBCA*).

En 1994, Steller y Köhnken, establecieron a partir de las aportaciones precedentes, un sistema integrado de categorías cuya finalidad es la evaluación de las declaraciones de menores víctimas de abusos sexuales, el Análisis de Contenido Basado en Criterios (*Criteria Based Content Analysis, CBCA*). Representa el elemento central del SVA, que se presentará en el siguiente apartado, y sobre el cual han recaído la mayoría de las investigaciones. Aunque, ha sido desarrollado con objeto de analizar la declaración de niños víctimas de abusos sexuales, se ha comprobado que puede detectar el engaño en testimonios de adultos (Kohnken y otros, 1995; Landry y Brigham, 1992; Sporer, 1997) y en casos diferentes al abuso sexual (Steller, 1989; Tye, Amato, Honts, Devitt y Peters, 1999; Yuille, 1988).

El CBCA se compone de 19 criterios de credibilidad, divididos en cinco categorías genéricas. Éstos pueden analizarse como presentes o ausentes o, también, en cuanto a la fuerza o grado en que aparecen en el testimonio. Su presencia se interpretará en el sentido de veracidad de la declaración, aunque su ausencia no implica la falsedad de la misma. Los criterios son los siguientes:

- a) Características generales
 - Estructura lógica.
 - Elaboración inestructurada.

- Cantidad de detalles.
- b) Contenidos específicos
 - Engranaje contextual.
 - Descripción de interacciones.
 - Reproducción de conversación.
 - Complicaciones inesperadas durante el incidente.
- c) Peculiaridades del contenido
 - Detalles inusuales.
 - Detalles superfluos.
 - Incomprensión de detalles relatados con precisión.
 - Asociaciones externas relacionadas.
 - Relatos del estado mental subjetivo.
 - Atribución del estado mental del autor del delito.
- d) Contenidos referentes a la motivación
 - Correcciones espontáneas.
 - Admisión de falta de memoria.
 - Plantear dudas sobre el propio testimonio.
 - Auto-desaprobación.
 - Perdón al autor del delito.
- e) Elementos específicos de la agresión
 - Detalles característicos de la ofensa.

Diferentes investigaciones han puesto a prueba el sistema, mostrando resultados en la línea de que las declaraciones reales tienen más criterios del CBCA que los relatos falsos (p.e., Landry y Brigham, 1992; Steller, 1989; Vrij, 2005), además, generalmente, se comporta como un discriminador efectivo entre declaraciones verdaderas y falsas

(p.e., Köhnken y otros, 1995) y resulta más efectivo en la detección del testimonios verdaderos que falsos (v. gr., Vrij, 2000).

2.5.4. Análisis de la Validez de las Declaraciones (Statement Validity Analysis, SVA).

El Análisis de la Validez de las Declaraciones (*Statement Validity Analysis*; SVA). (p.e. Steller, 1989; Steller y Boychuck, 1992) se ha propuesto como una técnica que amplía el estudio de la credibilidad a través del CBCA. Así, considera otras fuentes de información complementarias al análisis del contenido de la declaración.

Igual que el SRA, tiene como punto de partida el estudio del sumario completo, lo que supone el conocimiento de las declaraciones prestadas con anterioridad por el menor, por otros testigos y por el agresor. Realizado esto, se procede con la obtención de una declaración fiable y válida mediante una entrevista de investigación que presenta una serie de directrices que han de seguirse (por ejemplo, un clima agradable, no interrumpir al menor, no darle refuerzos), así como unas fases concretas (informe en formato de recuerdo libre, seguido de interrogatorio con preguntas de más abiertas a más cerradas y específicas). A continuación, se realiza el análisis de contenido de la declaración a través del CBCA. Finalmente, se aplica este listado de validez que se presenta a continuación, en el que se recogen las categorías a evaluar en casos específicos (p.e. Steller, 1989; Steller y Boychuk, 1992; Steller y otros, 1990):

- a) Características psicológicas
 - Adecuación del lenguaje y conocimientos.
 - Adecuación del afecto.
 - Susceptibilidad a la sugestión.
- b) Características de la entrevista
 - Preguntas coercitivas, sugestivas o dirigidas.
 - Adecuación global de la entrevista.
- c) Motivación
 - Motivos del informe.

- Contexto del informe o declaración original.
- Presiones para presentar un informe falso.

d) Cuestiones de la investigación

- Consistencia con las leyes de la naturaleza.
- Consistencia con otras declaraciones.
- Consistencia con otras pruebas.

La conclusión extraída tras el análisis ha de ajustarse a las siguientes categorías “creíble” “probablemente creíble”, “indeterminado”, “probablemente increíble” o “increíble”.

Sporer (1997) ha llevado a cabo la primera investigación en la que se compara la validez discriminativa de los dos procedimientos presentados (CBCA y RM), y si el uso conjunto de los mismos puede favorecer una clasificación más correcta de los testimonios como falsos o verdaderos. Mediante la aplicación del análisis factorial, halló la existencia de dimensiones comunes a ambas aproximaciones que podrían llevar a la creación de una teoría integradora cognitivo-social de la detección del engaño. En ambos métodos, la consistencia lógica, el realismo y la posibilidad de reconstrucción del hilo de la historia parecen ser características globales esenciales. Asimismo, se presentan como dimensiones relevantes el engranaje contextual y la riqueza de detalles. Estos resultados sugieren que la integración de las dos aproximaciones es, a priori, no sólo posible, sino también deseable (Sporer, 1997) y, como veremos, posteriormente, no es la única aportación en esta dirección (v. gr., Vrij y otros, 2004).

Para finalizar con el SVA, señalar que en la actualidad, probablemente, representa la técnica más comúnmente utilizada para analizar la credibilidad de las declaraciones (Bensi, Gambetti, Nori y Giusberti, 2009). De hecho, las evaluaciones a través del SVA son aceptadas como prueba en algunas cortes americanas (Ruby y Brigham, 1997) y en algunos países del norte de Europa como Suecia, Alemania y Holanda (Lamers-Winkelman y Buffing, 1996).

2.5.5. Otros métodos basados en el análisis de contenido para la identificación de la verdad.

Al margen de estos métodos con resultados tan fructíferos, han surgido otros entre los que cabe destacar el Análisis de Contenido Científico (SCAN) (Sapir, 1987). Partiendo de su experiencia personal en el interrogatorio de sospechosos propuso como características de la mentira la presencia de introducciones más largas, de más conjunciones innecesarias (p.e., y, entonces, después) y desviaciones significativas en el uso de los pronombres (v.gr., “tu podrías ver” en lugar de “yo podría ver”). Otro de los métodos propuestos proviene de la lingüística, la diversidad léxica, que postula una menor presencia de diversidad léxica en el discurso falso debido a la gran motivación existente por aparentar honesto (Hollien, 1990), conduciendo todo ello al empleo de un lenguaje más estereotipado. Se computa una razón, la TTR, que se obtiene dividiendo el número de palabras distintas empleadas por el número total de palabras de la declaración o segmentos de declaración.

Además, se han propuesto escalas carentes de fiabilidad y validez, como la SAL (Sexual Abuse Legitimacy Scale) (Gardner, 1987), basada en la experiencia clínica del autor, que fácilmente conduce a errores, al mezclar criterios que sí pueden ser efectivos, correlatos ausentes de valor predictivo e indicios sujetos al “error de idiosincrasia” (indicios de engaño que también se pueden dar en testimonios veraces). Además, los ítems se caracterizan por ser poco precisos en su definición (Arce y Fariña, 2006a).

Recientemente, también, se ha propuesto un sistema que integra algunos de los elementos de los procedimientos expuestos en líneas previas, el Análisis de Criterios Indicativos de Engaño (*Assesment Criteria Indicative of Deception*; ACID) desarrollado por Colwell y otros (2007). Este sistema incorpora conocimientos derivados de la investigación sobre los indicios no verbales de engaño, el CBCA, el RM y la entrevista de realidad.

2.5.6. Algunas consideraciones sobre los diferentes métodos de detección de la mentira centrados en el estudio del contenido.

Statement Validity Analysis/ Criteria Based Content Analysis (SVA/ CBCA).

En relación con la investigación sobre el CBCA, Yuille (1988), en un primer estudio, con dos evaluadores entrenados en el procedimiento, adoptando el protocolo del SVA, obtuvo unos resultados en los que se observaba una clasificación correcta del 90,9% de las historias verdaderas y un 74% de las falsas, con un acuerdo inter-evaluador del 96%. Resultados semejantes han sido encontrados en otros estudios, tanto con niños (Joffe, 1992) como con adultos (Landry y Brigham, 1992). Por su parte, Gödert, Gamer, Rill y Vossel (2005) con respecto a la fiabilidad inter-codificadores también hallaron que era satisfactoria; determinando, asimismo, que el CBCA diferenciaba significativamente entre declaraciones reales y fabricadas sobre un robo simulado. No obstante, la fiabilidad inter-evaluadores, en aquellos estudios en los que recurre a una escala tipo likert para codificar los criterios, presenta resultados más moderados o bajos (Sporer, 1997; Vrij, 2005).

Otras investigaciones ofrecen resultados menos prometedores. Así, Porter y Yuille (1996) detectaron que sólo tres de las categorías del SVA/CBCA distinguían entre verdad y mentira. Además, también se ha observado que algunas variables median los resultados obtenidos en el CBCA. De este modo, la familiaridad del evento parece tener un papel más significativo en las puntuaciones obtenidas en el CBCA, que la veracidad del evento (Blandón-Gitlin, Pezdek, Rogers y Brodie, 2005; Pezdek y otros, 2004). En esta línea, Vrij, Akehurst, Soukara y Bull (2002) han puesto de manifiesto que niños entrenados en los criterios del CBCA incrementaban sus puntuaciones, lo que reducía el poder discriminativo total de la técnica. Además, encontraron una correlación entre las puntuaciones y las habilidades sociales. Se ha mostrado, asimismo, que la edad es un factor que influye en los resultados del CBCA, alcanzando los sujetos adultos mayores puntuaciones que los niños (Vrij y otros, 2004). En esta dirección, se ha comprobado que la presencia de determinados patrones de personalidad, como la psicopatía (Lee, Klaver y Hart, 2008), o trastornos de personalidad normalmente del grupo B, como el trastorno límite de la personalidad o el trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional (Böhm, 2005; Böhm y Steller, 2008), pueden afectar al análisis de la credibilidad a través del CBCA. Recientemente, Godoy-Cervera y Sánchez (2009) hallaron un resultado paradójico, topando una mayor presencia de criterios del CBCA en testimonios falsos que en verdaderos, en una muestra de menores mexicanos internos en un centro de aplicación de medidas para adolescentes. Los autores atribuyen

estos resultados a factores motivacionales, a la escolaridad, al desarrollo evolutivo y, a características individuales de personalidad y memoria, señalando que pueden ser factores que intervienen en las puntuaciones obtenidas en el CBCA.

Al margen de esta serie de factores mediadores que parecen afectar a la eficacia del CBCA, Vrij y Akehurst (1998) en una revisión de la literatura experimental, hallaron un valor predictivo del SVA/CBCA que oscilaba entre el 65 y el 85%, además de una efectividad mayor en la detección de declaraciones verdaderas que falsas. Sin embargo, en los estudios de campo alcanza un valor de clasificación correcta del 100%. Por lo tanto, parece que en las actuaciones reales el valor discriminativo es mayor que en las simulaciones. De acuerdo con Fariña, Arce y Real (1994) esa capacidad predictiva diferencial podría deberse a la distinta ansiedad situacional entre ambos contextos, a la falta de empatía, a los intentos de respuestas a las demandas del experimentador y a la falta de implicación en los sujetos que responden en una tarea de laboratorio. Con el objetivo de poder generalizar al contexto real los datos experimentales, Raskin y Esplin (1991) recomiendan llevar a cabo estudios con el SVA en los que exista un alto grado de implicación, un elemento de pérdida de control, y que presenten connotaciones negativas para el participante. Teniendo en cuenta que estas premisas no se cumplen en los estudios experimentales, el contexto en el que se obtienen los datos podría ser el responsable de las discrepancias existentes en la literatura. En cualquier caso, lo que parece evidenciarse es la superioridad del sistema en el contexto real. En esta línea, destacan los datos hallados en un estudio de Esplin, Boychuk y Raskin (1988), en el cual se puso a prueba el valor discriminativo de los distintos criterios del CBCA, a través de un análisis de contenido de 20 agresiones sexuales confirmadas (confesión del acusado o evidencia de la agresión) y no confirmadas (falsas). Hasta siete categorías aparecían en el 100% de los casos confirmados: estructura lógica, cantidad de detalles, engranaje contextual, descripción de interacciones, detalles superfluos, correcciones espontáneas y detalles característicos de la ofensa. De los resultados, podemos inferir el peso de cada categoría y de la importancia de no basarnos en categorías aisladas, sino que se trata de una impresión global en la que, al menos, deben presentarse unas siete categorías de contenido diferentes para estimar la veracidad. Aunque, no debemos olvidar que la ausencia de los criterios no supone ausencia de veracidad.

Una revisión ulterior (Vrij, 2000) informó de tasas de exactitud del 68% y del 76% en la clasificación de testimonios falsos y reales, respectivamente. Estudios posteriores

a esta revisión ofrecen tasas de exactitud incluso superiores (p.e., Parker y Brown, 2000; Tye y otros, 1999). Más recientemente, de acuerdo con Vrij (2008), la investigación sobre el CBCA refiere tasas de exactitud del 70,81% y del 70,47% para las declaraciones verdaderas y falsas, respectivamente. Por su parte, Bensi y otros (2009) señalan como posible explicación, de parte de las discrepancias encontradas entre los diferentes estudios, el procedimiento metodológico empleado en los mismos. Generalmente, las investigaciones recurren a diseños inter-sujeto comparando un grupo que relata la verdad con otro que presta un testimonio falso. Los resultados extraídos pueden verse afectados por las diferencias individuales relativas a la conducta de engaño, ya que no son controladas por estos diseños. Una estrategia posible para controlar estos factores podría ser la utilización de diseños intra-sujeto, en los cuales se compara el rendimiento del participante en una tarea de mentira y otra de verdad. Los resultados de su investigación reforzaron este planteamiento, observándose más cambios en el comportamiento verbal entre relatos verdaderos y falsos cuando se recurría a diseños intra-sujeto (Bensi y otros, 2009).

A pesar de las limitaciones que pueda presentar el CBCA, son muchos los estudios que evidencian la presencia de más criterios en las declaraciones de eventos verdaderos que falsos. En una amplia revisión de 37 estudios sobre el CBCA (Vrij, 2005) se evidenció que el 92% de los trabajos verificaban esta hipótesis. Asimismo, estudios posteriores van en esta misma dirección (i. e., Bensi y otros, 2009; Godoy-Cervera e Higuera, 2008; Lee y otros, 2008).

Por otro lado, tanto la revisión de Vrij (2005) como estos estudios (Bensi y otros, 2009; Godoy-Cervera e Higuera, 2008; Lee y otros, 2008) lo que sí señalan es que no todos los criterios son igual de efectivos, a la hora de discriminar entre declaraciones verdaderas y falsas. Así, Vrij (2005) refiere que el criterio 3 (cantidad de detalle) es confirmado como el más efectivo, en el 80 % de los estudios las declaraciones reales presentaban más detalles que las falsas. De modo similar, el 69% de las investigaciones coincidían en presentar como criterios efectivos la elaboración inestructurada (criterio 2), el engranaje contextual (criterio 4) y la reproducción de conversaciones (criterio 6). En esta línea, Lee y otros (2008), en una investigación con reclusos y en sintonía con el trabajo de Vrij (2005), detectaron que los indicadores cognitivos del CBCA parecen discriminar mejor que los motivacionales entre declaraciones reales y falsas; en concreto, los criterios de engranaje contextual, reproducción de conversaciones,

complicaciones inesperadas y atribución del estado mental del autor del delito presentaban una mayor frecuencia dentro de las declaraciones reales. En otro estudio reactual (Bensi y otros, 2009) se ha establecido, en base a sus resultados, un perfil de testigo verdadero, que se caracterizaría por descripciones del evento claras y detalladas, con especial atención a las personas y objetos presentes en el contexto; presencia de detalles superfluos en el relato; y admisiones de falta de memoria. En el contexto del Estado Español, un estudio reciente de Godoy-Cervera e Higuera (2008) con adultos puso de manifiesto que los criterios que discriminaban significativamente entre ambos tipos de declaraciones fueron: elaboración inestructurada, cantidad de detalles, reproducción de conversaciones, complicaciones inesperadas durante el incidente, detalles inusuales y detalles superfluos.

Otra cuestión de relevancia, en relación con el CBCA, la plantean Blandón-Gitlin, Pezdek, Lindsay y Hagen (2009), quienes sugieren que la capacidad del CBCA para discriminar entre testimonios de eventos reales y eventos falsos que el declarante cree reales puede presentar problemas en la práctica forense. Existe evidencia que apoya la efectividad de los criterios del CBCA para discriminar entre ambos testimonios (p.e., Erdmann, Volbert y Bohm, 2004; Porter, Yuille y Lehman, 1999). Sin embargo, el proceso constructivo de las falsas memorias (Pezdek, Finger y Hodge, 1997) puede llevar a que estas sean especialmente ricas, completas y aparentemente reales. Blandón-Gitlin y otros (2009) observaron que el poder discriminativo del CBCA era bajo para los eventos falsos que el declarante asimilaba como reales y sobre los cuales había formado una memoria completa del evento, aunque sí discriminaba en aquellos casos en los que la memoria del evento era parcial. De acuerdo con Blandon-Gitlin y otros (2009):

[...], los individuos que creen haber experimentado un evento sugestivo, es más probable que sus declaraciones aparentes reales y que, por ello, sean clasificadas como reales por el CBCA. Aunque esto no es un fracaso del CBCA en sí mismo, ya que su principal objetivo es discriminar entre quién dice la verdad y quién miente". (p. 916).

Por otro lado, detectaron diferencias en las puntuaciones del CBCA entre declaraciones reales y declaraciones falseadas deliberadamente, resultando la categoría características generales la de mayor sensibilidad a la hora de discriminar entre ambas.

A modo de resumen, para terminar con este apartado dedicado al CBCA, señalar que, a pesar de las limitaciones que presenta el procedimiento tales como las variables que median en sus resultados, un importante número de estudios sugieren un nada desdeñable potencial para discriminar entre declaraciones reales y fabricadas. Asimismo, es aconsejable seguir investigando sobre el mismo, con el objetivo de continuar esclareciendo, por ejemplo, en qué contextos o bajo qué circunstancias su valor discriminativo es mayor, o cuáles de sus criterios discriminan significativamente entre testimonios verdaderos y falsos.

Reality Monitoring (RM)

Schooler, Gerhard y Loftus (1986) realizaron un estudio en el que pusieron a prueba el RM, encontrando que en las historias reales, con relación a las falsas, había menos referencias a procesos cognitivos, autorreferencias y palabras, y más referencias a los atributos del estímulo (espacio, tiempo, sonidos, etc.). Sin embargo, tal y como se había mencionado con anterioridad, los resultados parecen cambiar de dirección si los sujetos cuentan con tiempo para preparar la mentira. En esta línea, Alonso-Quecuty (1995) halló resultados similares, pero pasada una semana del suceso, aparecía en las declaraciones verdaderas mayor cantidad de información idiosincrásica, y en las falsas más del tipo contextual y sensorial. Por otro lado, los estudios de contraste de la capacidad predictiva del RM, evidencian un valor predictivo ligeramente menor que el CBCA (Vrij, 2000). Asimismo, Arce, Fariña y Freire (2002) encontraron que los criterios del RM resultaban más robustos a la introducción de información extralegal en casos de no agresiones sexuales que los del CBCA, o lo que es lo mismo, son más fiables en contextos diferentes al de la agresión sexual.

De modo similar al CBCA, los resultados del RM se ven afectados por la edad de los evaluados, conforme se avanza en años, hasta llegar a la adultez, el número de criterios se incrementa (Roberts y Lamb, 2009; Vrij y otros, 2004).

Masip, Sporer, Garrido y Herrero (2005) tras una revisión de las investigaciones llevadas a cabo con el RM en varios países, informaron que eran pocos los criterios que discriminaban significativamente entre los diferentes estudios. Sin embargo, sugieren que estos datos contradictorios pueden deberse a los diferentes procedimientos de investigación empleados en cada uno de los trabajos. De hecho, los estudios más

recientes ofrecen resultados prometedores, alcanzándose una capacidad de discriminación superior al nivel de azar y unas tasas de exactitud similares a las conseguidas con el CBCA.

En una revisión posterior de 29 estudios (Vrij, 2008) se observó que, de acuerdo a los principios teóricos que subyacen al RM, los testimonios verdaderos contienen más información sensorial y contextual que los falsos. No obstante, se obtuvieron resultados inconclusos en relación con la información afectiva y las operaciones cognitivas. Además, se examinaron 10 estudios de cara a comprobar la capacidad de clasificación del RM, detectándose una clasificación correcta del 71,70% de los sujetos con testimonio verdadero y del 66,10% para los relatos falsos. En esta dirección, los resultados de Blandón-Gitlin y otros (2009) constataron que las declaraciones de eventos reales presentaban más criterios del RM, de acuerdo a los introducidos por Sporer (1997), que las declaraciones de eventos falsos. En concreto, las declaraciones reales se caracterizaban por mayor claridad, más cantidad de información afectiva, perceptiva y espacial, y eran más fácilmente reconstruibles que las falsas. De modo similar, Gnisci, Caso y Vrij (en prensa) verificaron que se puede discriminar entre testimonios verdaderos y falsos a través del RM. Así, los testimonios reales incluyen más información visual, auditiva y detalles espaciales que los falsos, a la vez que presentan menor número de operaciones cognitivas.

Por otro lado, algunas investigaciones atribuyen un mayor poder de discriminación al RM en relación con el CBCA (p. e., Granhag, Strömwall y Landström, 2006; Strömwall, Granhag y Hartwing, 2004; Strömwall, Bengtsson, Leander y Granhag, 2004; Vrij y otros, 2004; Vrij, Mann y Kristen, 2007). Sin embargo, otros estudios ofrecen resultados en la dirección opuesta (v. gr., Santtila, Roppola y Nieme, 1999; Vrij, 2000; Vrij, Edward, Roberts y Bull, 2000). Aún es más, se aconseja el empleo de criterios de esta técnica conjuntamente con el CBCA. Así, Vrij y otros (2004) observaron que realizar el análisis de la declaración a través del CBCA, incorporando el criterio “operaciones cognitivas” del RM, incrementaba las tasas de exactitud. Éste es un criterio de mentira que, a diferencia de los CBCA, que son todos de verdad, se espera esté presente en mayor medida en las declaraciones falsas.

En resumen, a pesar de las discrepancias existentes en los estudios, de igual modo que acontecía con el CBCA, una gran cantidad de trabajos confirma que existen diferencias entre las declaraciones reales y las falsas en los criterios del RM. Por lo

tanto, la propia investigación será la que haya de continuar arrojando luz sobre en qué contextos y bajo qué circunstancias de la práctica real forense se maximiza la efectividad de estos sistemas de análisis.

Otros métodos basados en el análisis de contenido.

Colwell y otros (2007) encontraron evidencia científica que muestra un buen funcionamiento del ACID. En su trabajo, observaron que el procedimiento clasificaba correctamente 33 de 38 casos analizados (86,84%). Sin embargo, todavía se requiere desarrollar más investigación sobre el mismo para determinar su utilidad en la práctica forense. Por otro lado, en relación con el análisis de contenido científico (SCAN), que aunque se denomine científico, se fundamente exclusivamente en la intuición del evaluador (Sapir, 1987), se evidenció que la aproximación de la diversidad léxica no diferenciaba entre la verdad y la mentira (Porter y Yuille, 1996).

2.5.7. Una aproximación integradora: el Sistema de Evaluación Global (SEG).

Arce y Fariña (2009) han desarrollado y validado un protocolo psicológico forense, el *Sistema de Evaluación Global* (SEG), que tiene como propósito evaluar la credibilidad del testimonio y la huella psíquica controlando, asimismo, una potencial simulación. El SEG se estructura en torno a diez fases que se enumeran y describen a continuación: obtención de la declaración, repetición de la declaración, estudio de la motivación, análisis de la validez de las declaraciones, análisis de la realidad de las declaraciones, medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático, análisis de la fiabilidad de las medidas, evaluación de la declaración de los actores implicados, análisis de las características psicológicas de los actores implicados y, finalmente, implicaciones para la presentación del informe (Arce y Fariña, 2009).

Por otro lado, señalar que, aunque puede ser aplicado en una amplia gama de tipos delictivos, la versión que se presentará a continuación, está diseñada de manera concreta para ser aplicada en casos de violencia de género.

- a. *Obtención de la declaración.* La declaración de las partes implicadas constituyen el primer material de trabajo. Para ello, se aplica el procedimiento de obtención de la información que mejor se ajuste al evaluado, ya sea la entrevista cognitiva o aquellos formatos existentes para casos especiales (menores o discapacitados).
- b. *Repetición de la obtención de la declaración.* De limitarse a una única declaración no se podrá llevar a cabo un análisis de la consistencia de la misma en el tiempo. Además, obtener nuevamente la declaración no tiene por qué contaminar los datos procedentes de una entrevista no viciada externamente (v. gr., Campos y Alonso-Quecuty, 1999), si el protocolo de obtención es el adecuado. Así, en la primera entrevista se procede solamente con la reinstauración de contextos, el recuerdo libre, el cambio de perspectiva y el recuerdo en orden inverso, dejando el interrogatorio para la segunda medida, con el objetivo de no contaminar el recuerdo del suceso. De la segunda declaración se obtiene un análisis de la consistencia que, siguiendo la hipótesis Undetsch (1967), debe entenderse en función de la centralidad-periferia del material que entra en contradicción. Por lo tanto, la contradicción sería relevante en la medida en que afecta a detalles centrales para la acción de juicio. En el caso de que existiese inconsistencia en información periférica u omisión de cierta información, sólo tendría importancia si fuese trascendente para la construcción de un evento verdadero. Con el objetivo de dar entrada a las interferencias (teoría de la interferencia del olvido), a la aparición de nueva información (hipótesis constructiva del olvido) y a la curva del olvido, el tiempo entre ambas entrevistas ha de ser superior a la semana, pero no mucho más allá. En este punto se plantean tres hipótesis básicas. En primer lugar, al tratarse de un evento vital estresante el efecto del desuso será menor (en cuanto al testimonio de víctima y agresor, y contiguo a los hechos). En segundo lugar, se plantea una teoría de racionalidad por parte del mentiroso que se materializa en que la mentira es planificada, aprendida y, por consiguiente, consistente en el tiempo, no viéndose afectada por interferencias e información post-suceso (hipótesis constructiva). Para tal fin, es necesario que la declaración sea obtenida en formato de recuerdo libre, ya que el empleo del interrogatorio podría dar lugar a la entrada de información post-suceso que se acomodaría a la nueva reconstrucción. En tercer lugar, una persona que dice la verdad relata imágenes provocando que la narración de los hechos, aún

siendo muy semejante, presente una construcción diferente, al no responder a esquemas episódicos. Por lo tanto, en formato de recuerdo libre, la declaración verdadera se caracterizará por ser menos consistente y la narración será significativamente distinta tanto en su recuperación como en su contenido aunque el evento siga siendo el mismo (p.e. omisiones, inconsistencia en información periférica, recuperación de nueva información de escasa relevancia para los hechos, aparición de sucesos diferentes a los hechos pero que guardan relación con los mismos). Frente a esto, el sujeto que miente relata una historia aprendida, sirviéndose de un esquema, lo que lo llevará a repetir básicamente lo mismo en las dos declaraciones.

c. *Estudio de la motivación.* Consiste en la realización de tres pasos: contraste de las declaraciones hechas a lo largo del sumario; análisis del contexto en el que se presenta la denuncia, y estudio de los motivos/intereses para denunciar falsamente. De este modo, es necesario recabar todas las declaraciones que se han realizado a lo largo del proceso judicial. Sin embargo, es necesario tener presente que su valor es relativo. Muchas de ellas no reflejan con exactitud el testimonio de los implicados, ya que son transcripciones de lo que han manifestado. Asimismo, el tipo de interrogatorio puede haber afectado la respuesta. Así, no es difícil que en los interrogatorios a menores aparezcan expresiones y conceptos que preguntando al menor no sabe qué son. Por consiguiente, la falta de consistencia entre las declaraciones recabadas a lo largo del sumario, con las obtenidas por los peritos tiene un valor muy relativo. De ser así, debe explicitarse que esta inconsistencia no es trascendente para el análisis de la plausibilidad de la declaración. Además, debe tenerse presente que, como señalan Arce y Fariña (2009) en base a su experiencia, las denunciantes no refieren todos los hechos objeto de la denuncia.

En relación con el estudio del contexto, en el que se produce la denuncia, señalar que puede aportar conocimientos relevantes acerca de la motivación que subyace a la denuncia. Por ejemplo, aquellas situaciones de separación/divorcio, en las que está en juego la custodia de los hijos, son propicias para denuncias falsas o infundadas (Mikkelsen, Guthel y Emens, 1992). Asimismo, el perito ha de considerar cualquiera presión o interés para presentar una denuncia falsa.

Por último, conviene señalar que la motivación no es criterio para la refutación de la prueba, sino para la justificación de posibles inconsistencias y para que el perito adquiriera conocimientos para la defensa de la pericial (Arce y Fariña, 2009).

d. Análisis de validez de las declaraciones. Antes de proceder con el estudio de la credibilidad de la declaración, se ha de determinar si es prueba suficiente. Para ello, el forense ha de plantearse dos cuestiones: ¿la declaración supera la capacidad de memoria del testigo? y ¿Contiene toda la información necesaria de los hechos? De este modo, la declaración ha de superar la capacidad de memoria del testigo para garantizar que éste no la ha aprendido de memoria y contener un evento narrativo completo de los hechos.

Por otro lado, la declaración ha de ser prueba válida, ya que de lo contrario no podría ser sometida a un análisis de contenido. Para evaluar la validez de una declaración se ha de estudiar la consistencia interna, la consistencia externa, la consistencia entre declaraciones, la persistencia de las declaraciones y la consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza.

e. Análisis de la realidad de las declaraciones. Arce y Fariña (2009) proponen, para analizar la credibilidad de la declaración, un sistema combinado de las categorías de realidad pertenecientes a las técnicas de análisis de contenido presentadas previamente (CBCA, RM, SRA). Así, el resultado de esta combinación se compone de 23 categorías, prestadas a continuación:

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Los criterios aquí englobados se refieren a la declaración tomada en su totalidad.

- 1.- Estructura lógica.
- 2.- Elaboración inestructurada.
- 3.- Cantidad de detalles.
- 4.- Concreción (SRA).

CONTENIDOS ESPECÍFICOS. Se avalúan partes específicas del testimonio referidas a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones.

- 5.- Engranaje contextual.
- 6.- Descripción de interacciones.
- 7.- Reproducción de conversación.
- 8.- Complicaciones inesperadas durante el incidente.

- 9.- Información perceptual (RM).
- 10.- Operaciones cognitivas (RM, codificación inversa)

PECULIARIDADES DEL CONTENIDO. Se incluyen aquí aquellas características de una declaración que aumentan su concreción o viveza.

- 11.- Detalles inusuales.
- 12.- Detalles superfluos.
- 13.- Incomprensión de detalles relatados con precisión.
- 14.- Originalidad de las expresiones.
- 15.- Asociaciones externas relacionadas.
- 16.- Relatos del estado mental subjetivo.
- 17.- Atribución del estado mental del autor del delito.

CONTENIDOS REFERENTES A LA MOTIVACIÓN. Estos criterios desvelan la motivación del testigo para hacer la declaración.

- 18.- Correcciones espontáneas.
- 19.- Admisión de falta de memoria.
- 20.- Plantear dudas sobre el propio testimonio.
- 21.- Auto-desaprobación.
- 22.- Perdón al autor del delito.

ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA AGRESIÓN. Elementos del testimonio que no se relacionan con la viveza general de la declaración, sino con el crimen.

- 23.- Detalles característicos de la agresión.

En relación con los criterios propios de violencia de género señalan los siguientes (Arce y Fariña, 2009):

- 1.- Síntomas clínicos no accesibles a la simulación
- 2.- Justificación de la agresión.
- 3.- Intento de ocultar hechos que agravan la agresión.
- 4.- Comportamiento protector del agresor.
- 5.- Exculpación del agresor.
- 6.- Medida educativa o represora del agresor.
- 7.- Echar de menos la agresión.

8.- *Vuelta atrás* en la acusación.

Este sistema categorial fue sometido a prueba (Arce, Fariña y Vivero, 2007) y se observó que las categorías estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, complicaciones inesperadas, originalidad de las expresiones, correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria, planteamiento de dudas sobre el propio testimonio, autodesaprobación y sintomatología clínica no accesible, discriminaban significativamente entre declaraciones verdaderas e imaginadas. Además, el resto de criterios específicos de violencia de género, sólo se registraron en la condición de realidad. Señalar, por último, que la presencia de los criterios se interpretará en línea con la realidad de la declaración, mientras que su ausencia no implica la falsedad de la misma.

f. *Medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático.* La consecuencia psicológica que padece buena parte de las víctimas de los delitos es el trastorno de estrés postraumático, sobre todo en los casos de agresiones sexuales, de delitos contra la vida y de allanamiento de morada (Arce y Fariña, 1995). La aparición de la sintomatología de este trastorno en la víctima es un indicador positivo de victimación. No obstante, es preciso establecer la relación causal entre el delito y el trastorno, descartando como causas del trastorno etiologías diferentes al delito denunciado. Además, para asegurar la presencia del trastorno es necesario obtener una medida clínica aséptica, que podría complementarse con otras psicométricas (p. e., el MMPI-2 aporta dos medidas psicométricas del trastorno de estrés postraumático), con el objetivo de establecer la validez convergente. Las medidas psicométricas dan “impresiones diagnósticas”, no diagnostican, no siendo válidas por sí mismas; además, al consistir en tareas de reconocimiento de síntomas, facilitan la simulación por parte del sujeto (Arce, Fariña y Freire, 2002; Arce, Pampillón y Fariña, 2002; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006). Por su parte, la entrevista clínica en formato de discurso libre implica una tarea de conocimiento. Recordemos que, en más de 1000 pruebas que han llevado cabo hasta la fecha, incluidas simulaciones de malos tratos, en ningún caso más del 5% de los sujetos en condiciones de simulación fueron capaces de simular un TEPT (Arce y Fariña, 2006). Por consiguiente, si a esto se le suma el análisis de la validez convergente con las pruebas psicométricas, la potencia de los resultados se vería incrementada. Sin

embargo, es necesario tener presente que no toda agresión produce el trastorno de estrés postraumático, y que la no presencia del mismo no implica que la agresión no haya tenido lugar. El estudio de los protocolos de las entrevistas clínicas requiere de la elaboración de una hoja de registro con los criterios del trastorno de estrés postraumático del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), comprobar la consistencia de las medidas con dos observadores independientes y constatar si se cumplen los criterios suficientes para un diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Finalmente, para concluir sobre la existencia de una huella psicológica se ha de constatar ésta intermedidas y no hallar más de dos criterios positivos de simulación.

g. Análisis de fiabilidad de las medidas. Para tal fin, se ha de proceder de forma que obtengamos una consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos (Weick, 1985). La fiabilidad inter-contextos puede conseguirse a través de un evaluador entrenado que haya demostrado su efectividad y consistencia en otros contextos previos, esto es, en pericias anteriores. Empleando dos evaluadores, siendo al menos uno entrenado y fiable en evaluaciones previas, que ejecuten el análisis por separado, permite obtener una aproximación a la consistencia inter-evaluadores e inter-contextos. Para el análisis de la consistencia inter-evaluadores se propone como herramienta estadística el índice de concordancia [$IC = \frac{\text{Acuerdos}}{(\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})}$], considerando el punto de corte 0,80 (Tversky, 1977). Esto supone que sólo se consideran resultados fiables aquellos en los que los evaluadores por separado se superponen en más del 80% de las categorías de evaluación. La consistencia inter- e intra-medidas se consigue mediante la consistencia interna de las medidas (p. e. las escalas de validez del MMPI, de las declaraciones en el tiempo o el estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica), de la consistencia entre diferentes medidas (p. e. concordancia entre MMPI y la entrevista clínica) así como de la consistencia, esto es, complementación o no (v. gr., una presenta indicios de falsedad y otra de veracidad) de las evaluaciones obtenidas del presunto agresor y la presunta víctima.

h. Evaluación de la declaración de los actores implicados. A pesar de que, la técnica fue ideada para la evaluación del testimonio de la supuesta víctima, el mismo análisis de contenido de las declaraciones puede ser aplicado al supuesto

agresor, lo que posibilitaría un análisis de las dos versiones. Con ello, se conseguirá una estimación de la validación convergente de los datos.

i. Análisis de las características psicológicas de los actores implicados. El estudio de las características psicológicas del supuesto agresor es muy relevante, debido a que puede aportar información sobre los motivos explicativos de la agresión o cualquier enfermedad mental con implicaciones jurídicas relevantes. Cuando se estudia la salud mental del acusado, la hipótesis objeto de sospecha es la simulación de enajenación mental. Arce, Pampillón y Fariña (2002) han creado un protocolo de evaluación forense para estos casos. Sus objetivos son informar acerca de la presencia o ausencia de problemas psicológicos que afecten a la credibilidad. Asimismo, se evalúan las capacidades cognitivas para conocer la capacidad de testimoniar y ser objeto de una evaluación forense. Además, se evaluará cualquiera otra área psicológica que pueda ser de interés para el caso.

j. Implicaciones para la presentación del informe. La estimación de la credibilidad en cinco categorías de respuesta, tal y como se establece en el SVA, no se ajusta a los requisitos que presenta nuestro sistema de justicia, ya que el TS exige la seguridad plena y no la alta probabilidad. Sin embargo, cualquier medida y, especialmente, la psicológica está sujeta a error, lo que obliga a reconocerlo, pero sin llegar a establecer grados de certeza que, siguiendo las consideraciones del TS sólo generan mayor confusión. Por consiguiente, las categorías más ajustadas serían *declaración (muy) probablemente cierta/real/creíble; declaración carente de criterios de realidad; declaración o prueba inválida y, en su caso, indeterminado*

Por último, señalar que no se debe olvidar que el sistema es más robusto en la detección de la verdad que de la mentira. Asimismo, no sería recomendable hacer una descripción de los hechos basada en frases, sino en acciones de conjunto, ya que el procedimiento valida hechos y no frases aisladas (Arce y Fariña, 2009).

2.5.8. Recomendaciones para la puesta en práctica de estos procedimientos.

La fiabilidad de todo el procedimiento descansa, en última instancia, en la habilidad del evaluador. Por lo tanto, ha de ser llevado a cabo por profesionales con elevada formación y experiencia, y con una alta capacidad de objetividad (Alonso-Quecuty,

1993a). Por ello, la necesidad de un entrenamiento exhaustivo se hace patente, y debería incluir: a) entrenamiento en la diferentes modalidades de obtención de la información, b) entrenamiento en el análisis de las declaraciones (los programas estructurados de formación, asumiendo una base de altos conocimientos psicológicos, se organizan en torno a siete pasos que se desarrollan a lo largo de un mes (Köhnken, 1999), c) entrenamiento en evaluación de la personalidad con fines forenses (véase Arce, Fariña y Freire, 2002; Rogers, 1997), d) entrenamiento en la detección de la simulación y e) realización de las primeras evaluaciones forenses bajo la supervisión de un perito experto (véase Arce, Pampillón y Fariña, 2002; Rogers, 1997). Para finalizar, queremos resaltar la conveniencia de demandar al sistema judicial que posibilite la intervención del perito de la forma más contigua posible a los hechos, y que controle la entrada de información post-suceso, derivada de interrogatorios policiales, sobre todo en la casuística de la violencia doméstica y del abuso sexual (Arce y Fariña, 2003).

3. APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

3.1. La víctima.

3.1.1. Definiciones y tipologías

Usualmente, la Criminología ha enfatizado la figura del criminal, mostrando una tendencia a explicar el delito atendiendo a sus características. De igual manera, el Sistema Jurídico Penal se centra más en el acusado que en la víctima. No obstante, a lo largo de las últimas décadas, las víctimas y, sobre todo, las de delitos violentos, han comenzado a recibir más atención; y con este reciente enfoque centrado en la figura de la víctima nace una nueva disciplina, la Victimología, que en el 11 Simposio Internacional de Victimología, celebrado en Jerusalén en noviembre de 1973, se define como "el estudio de la víctima en general".

En las definiciones del concepto de víctima algunos criminólogos abarcan en el marco de un concepto amplio de víctima, los órdenes jurídico y valorativo relativos a las posibles víctimas (Dünkel,1989). Otras definiciones incluyen las víctimas de cualquier acción humana o natural (Soria, 1993) excluyendo lo que se conoce en Criminología como los delitos sin víctima.

Mendelsohn (1976), quién acuñó el término Victimología, sostiene que el concepto de víctima se refiere a la persona del individuo o colectivo de personas, en tanto que es afectada por las consecuencias sociales de su sufrimiento determinado por la acción humana, en general, así como por las calamidades naturales. Por su parte, la O.N.U. (1986) define a la víctima como aquella persona que ha sufrido un perjuicio (lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante de sus derechos), como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o del derecho internacional, o bien suponga un abuso de los poderes públicos. Todo ello puede aplicarse, no sólo, a la propia persona victimada, sino en caso de ser una colectividad, a entidades o asociaciones, así como, a los familiares de la víctima y aquellas personas que intentaron ayudarla durante el suceso delictivo. Dünkel (1989) defiende que la palabra víctima hace referencia a la persona, grupo u organización que sufre daños realizables (pero no necesariamente producidos de hecho) causados por la acción punible de uno o más autores.

Si bien, como hemos señalado, en un comienzo, la Criminología etiológica subordinaba enteramente el interés por la víctima a la explicación del comportamiento del autor, la víctima ha dejado de ser entendida como un sujeto pasivo; sus elementos personales y sus cualidades o las relaciones inmediatas entre autor y víctima han de ser tenidas en cuenta. Esta mudanza de perspectiva ha generado tantas clasificaciones sobre tipos de víctimas como autores se han ocupado del tema y su validez depende de los fines perseguidos (Arce y Fariña, 1995). Algunas de estas clasificaciones se basan en la intuición, otras en la experiencia de casos clínicos o en investigaciones analíticas de factores empíricos, en donde las categorías básicas tienen fundamentalmente un origen jurídico, psicológico o sociológico. Además, otros enfoques toman en cuenta la situación pre-criminal de gestación de la víctima, o relaciones contiguas entre autor y víctima (Dünkel, 1989).

Con la finalidad de simplificar nuestra exposición de las diversas enumeraciones efectuadas y tomando las tipologías de Mendelsohn (1956), Fattah (1967) y Peris (1988) podemos diferenciar:

a) En función de la relación víctima-delincuente:

a.1. Víctima infungible: cuando se da "una precisa relación" entre ésta y el delincuente, (p.e., muy a menudo, en la mayoría de los homicidios existe una relación y, en muchos casos, estrecha e íntima entre la víctima y el agresor).

a.2. Víctima fungible: hablamos de una relación irrelevante entre delincuente y víctima.

a.2.1. Víctima accidental: el encuentro con el autor que ha dado lugar al acto delictivo ha sido casual (p.e., el conductor ebrio que se salta el semáforo en rojo y atropella a un peatón).

a.2.2. Víctima indiscriminada: en este caso hacemos referencia a una relación intrascendente entre el delincuente y la víctima (p.e., la víctima del acto terrorista).

b) En función de la participación de la víctima en el hecho:

b.1. Víctima no participante: persona anónima y ajena a la actividad criminal en la que se ve envuelta, (p.e., la persona privada de conocimiento que es robada).

b.2. Víctima participante: el comportamiento de la víctima guarda relación con la conducta del delincuente, aunque sea de un modo involuntario.

b.2.1. Por imprudencia: se lleva a cabo un acto que favorece la ejecución del delito (p.e., dejar un bolso a la vista dentro de un coche).

b.2.2. Alternativas: las víctimas se colocan en posición de serlo dependiendo sólo del azar resulta ser el autor o sujeto pasivo, (p.e., el duelo).

b.2.3. Provocadoras: de modo directo o indirecto la víctima incita la comisión del delito, (p.e., el individuo que sale del banco mostrando una determinada cantidad de dinero).

b.2.4. Voluntarias: la víctima adquiere esta condición tras aceptar y consentir un hecho que normalmente es instigado por la misma persona que resultará ser sujeto pasivo, (p.e., la eutanasia, suicidio).

c) En función de la creencia de víctima:

c.1. Falsas víctimas: nos referimos a la persona que manifiesta haber sufrido agresiones o comportamientos criminales por parte de otros sin que ello sea cierto.

c.1.1. Imaginarias: se da en el plano consciente una total "buena fe" porque la falsa víctima "cree" haber sido agredida, (p.e., las problemáticas derivadas del estado mental: psicopatías, psicosis, etc.).

c.1.2. Simuladoras: se produce una acusación por venganza u otras motivaciones siendo consciente de que, ordinariamente, su acusación constituye un delito de calumnia, (p.e., la mujer que quiere vengarse de un hombre y le acusa de un delito de abusos sexuales).

Además y, al margen de tipologías específicas, existe una clase de víctimas que poseen la peculiaridad de permanecer ocultas, ya sea a causa de falta de información, errores en el recuerdo, habituación, miedo a una victimación judicial o por debilidad social. De hecho, es tal la importancia de este tipo de victimación, que entre las conclusiones y recomendaciones adoptadas en el 11 Simposio Internacional sobre la

Victimología, celebrado en Jerusalén en 1973, se destacó concretamente la necesidad del estudio e investigación sobre la victimación oculta.

3.1.2. Procesos de victimación.

Adoptando una perspectiva dinámica, se pueden diferenciar tres niveles de victimación (Arce y Fariña, 1995):

- a) **Victimación primaria.** Ésta hace referencia al hecho de convertirse en víctima por causa de un acto punible de uno o más autores, en donde determinadas situaciones y disposiciones de la víctima (poco control social, inseguridad, miedo, modo de vida dinámico) pueden presentar un rol activo a igual que las relaciones especiales autor-víctima. La víctima padece, habitualmente, un impacto psicológico que aumenta el daño material o físico del delito (Landrove, 1989). Además, la respuesta que la sociedad ofrece al sufrimiento de la víctima no es siempre solidaria; como mucho de compasión, lo que a su vez contribuye a la victimación.

La prevención del delito a través de una primera línea de actuación sobre la comunidad, con intervenciones globales sobre un territorio concreto y asesoramiento de los profesionales en contacto con la problemática delictiva; y una segunda línea de intervención específica sobre los grupos sociales de riesgo (personas de tercera edad, colectivos humanos marginales, estilo de vida peligrosa, mujeres, menores de edad) (Soria, Maeso y Ramos, 1993), hacen posible evitar este tipo de victimación. Además, se requieren modelos de actuación de asistencia adecuados a los patrones que presente cada víctima, ya que ésta no constituye un grupo homogéneo.

- b) **Victimación secundaria.** Una vez que la víctima denuncia el delito, se encuentra con respuestas inapropiadas ante las cuales se siente revictimada (Lösel, Bender y Bliessner, 1992), sus expectativas se ven frustradas ante la falta de reacción por parte del medio social próximo y de las instituciones (policía y tribunales). En algunas ocasiones, llega a tratarse a la víctima, en cierto modo, como acusados y a sufrir la falta de tacto y la incredulidad de algunos profesionales, algo que está

siempre presente en los procesos de victimación (Urta y Vázquez, 1993). Por su parte, Soria y otros (1993) señala, en un segundo plano, que la asistencia sanitaria también puede producir repercusiones psicosociales cuando un acto delictivo ha causado lesiones físicas a la víctima; caracterizadas por el contacto frío y rutinario de los profesionales con la víctima, la atención inadecuada de sus necesidades básicas y la burocratización del funcionamiento interno de los centros sanitarios públicos.

La prevención de la victimación secundaria es entendida como el principal objetivo de la asistencia a las víctimas. Esto sólo es posible si el problema es diagnosticado correctamente y se tiene un adecuado conocimiento sobre su origen y causa. La ignorancia, los descuidos, la rutina de la conducta, los malos modos, una falta de consideración y empatía, son vistas como una de las mayores causas de las inadecuadas respuestas a las víctimas. Por ello, con la finalidad de prevenir estas deficiencias, sería conveniente recurrir a la formación de los mediadores sociales (policía, abogados, jueces, etc.) que están en contacto con las víctimas, la información a éstas sobre la organización de la administración de justicia, su papel e incluso la propia ley, y un asesoramiento psicológico óptimo, con posterioridad al hecho.

- c) Victimación terciaria. Es consecuencia de las vivencias y de los procesos de adscripción y etiquetamiento resultado de las victimaciones primarias y/o secundarias precedentes, y destaca que la autodefinición como víctima se convierte en un elemento de su personalidad (Dünkel, 1989). Por consiguiente, puede llevar a la víctima a una situación límite de modo que experimente una desintegración social más o menos fuerte. No obstante, este desarrollo no es irreversible, puede truncarse con el correspondiente apoyo social, bien sea en acción comunitaria a través de las redes sociales, o con tratamiento clínico.

3.2. Las consecuencias del acto delictivo en las víctimas.

Aunque el delito revista poca gravedad, puede igualmente, afectar de manera bastante grave a la víctima, y a pesar de que los componentes exactos varían, la mayoría de las investigaciones demuestran que las reacciones de la víctima siguen una

secuencia predecible (Hanson, Greenber y Hymer, 1987) pasando por dos etapas distintas que abordamos a continuación.

3.2.1. Reacciones contiguas.

Habitualmente, se produce un shock que inhabilita a la víctima para actuar en esa situación. Maguire y Corbett (1987) entrevistaron a 242 víctimas de allanamiento de morada, robo y asalto; la gran mayoría se describe como muy afectada por el delito y un 40% refirió que su primera reacción fue de shock, pánico y confusión. Además de estas reacciones, numerosos estudios (Haward, 1981; Soria y otros, 1993) encuentran otras consecuencias inmediatas del delito como sentimientos de angustia, desconfianza, miedo, negación, vulnerabilidad e indefensión. En aquellos delitos donde existe una pérdida material, el impacto es mayor en personas de estatus económico débil, quienes son muy vulnerables, puesto que una pérdida limitada puede acarrear consecuencias importantes en la vida cotidiana (Peters, 1989).

Estas reacciones contiguas pueden reducirse con el transcurso del tiempo. No obstante, sin el apoyo necesario y sin una intervención adecuada tales respuestas pueden cronificarse.

3.2.2. Consecuencias psicológicas ulteriores.

En la actualidad, además de las pérdidas de dinero y/o tiempo y de las lesiones físicas, está ampliamente reconocido el impacto psicológico que puede provocar cualquier hecho delictivo sobre la persona. Este impacto que presenta una respuesta diferenciada en función de la víctima, ya que las consecuencias psicológicas de la victimación están en función de las diferencias interpersonales, contextuales y del delito en cuestión (Arce y Fariña, 1995). Por ejemplo, las víctimas de una violación sufren un impacto traumático y un deterioro en las relaciones personales que no aparecen en las víctimas de un robo.

Se ha identificado un conjunto de síntomas y fases parecidas al síndrome clínico conocido como Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (APA, 2002). Los síntomas

característicos suponen la reexperimentación del acontecimiento, la evitación de estímulos asociados con él, dificultades para conciliar o mantener el sueño, cambios conductuales y reactividad fisiológica ante aquellos estímulos que recuerdan el acontecimiento.

Los mayores temores expresados por las víctimas son: miedo a encontrarse solos, vuelta al acontecimiento, a la muerte; cólera y frustración, asumen la forma de censura a alguien o al destino de la victimación (Hanson y otros, 1987). Mawby y Walklate (1994) analizan las mediciones realizadas por el BCS (British Crime Survey) en 1988, diferenciando entre delitos personales y delitos en la vivienda subdividiendo estos a su vez en delitos serios (delitos sexuales, robo con intimidación y robo en el domicilio) y delitos menos serios (amenazas, asalto o tentativa de asalto (agresión/assault). Las reacciones experimentadas por las víctimas después del incidente fueron de ira (45%), shock (14%), miedo (9%), dificultades para dormir (7%) y llanto (5%). Además en los delitos personales estas reacciones eran mayores que en los delitos en la vivienda (Véase la Tabla 2)

Tabla 2. Reacciones experimentadas por las víctimas. Delitos personales/Delitos en la vivienda.

	<u>Delitos Personales</u>			<u>Delitos en la vivienda</u>			Global
	Serios	Menos serios	Total	Serios	Menos serios	Total	
Ira	55	43	46	49	42	45	45
Shock	55	25	27	11	6	8	14
Miedo	23	22	22	6	3	4	9
Dificultades para dormir	19	13	15	5	4	4	7
Llanto	17	11	13	3	2	3	5

Fuente: Mawby & Walklate (1994)

Si se pretende entender las reacciones de las víctimas es necesario poner de manifiesto que su sistema de creencias se ve fuertemente afectado, resultando necesaria una reestructuración del sistema cognitivo. Por ejemplo, muy pocas personas consideran ser potenciales víctimas de un delito, por ello cuando se produce, su

concepción del mundo, sus ideas personales son destruidas, dando lugar a sentimientos de ansiedad, desesperanza y temor. Autores como Hanson y otros (1987) explican estas reacciones sobre la base de la pérdida del sentido de invulnerabilidad, a la percepción de la pérdida de valía personal y a la definición del mundo como un lugar justo. Siguiendo a los autores se explicarán estos tres aspectos por separado. En primer lugar, la pérdida del sentido de invulnerabilidad provoca en el individuo el sentimiento de inseguridad; la ilusión de la invulnerabilidad nos protege del estrés y la ansiedad asociados a la amenaza de un delito. Aunque, a su vez, puede acarrear ciertas amenazas ya que puede llevar a la gente a subestimar la probabilidad de sufrir hechos delictivos (p.e., "descuidar" algunos aspectos a la hora de llevar a cabo ciertas actividades, como por ejemplo salir de un cajero o banco dejando ver el dinero retirado). El hecho de ser víctima destruye esa creencia y después es fácil imaginarse a uno mismo en el rol de víctima de nuevo.

En segundo lugar, la percepción de la pérdida de valía personal. Las víctimas se preguntan por qué fueron víctimas; el espectro de respuestas abarca desde decirse que ellas no obraron bien, a autoperibirse como diferentes de otras personas por "haber sido seleccionadas". Como resultado brota una autopercepción negativa de sí misma y una pérdida de autoestima.

Finalmente, la definición del mundo como un lugar justo (Lerner, 1970). Asumir la ilusión de invulnerabilidad nos lleva a pensar que la gente "tiene lo que se merece". Ante la experiencia de una victimación aparece la cuestión "¿por qué a mí?" y ante la ausencia de respuesta, la víctima se suele culpar a sí misma de sus experiencias.

La superación de la desestructuración que genera una experiencia de victimación va a depender de las competencias del sujeto para integrar el hecho en sus esquemas personales. Así, se verá obligado a reestablecer su sistema conceptual, usando para ello sus estrategias personales o demandando la ayuda necesaria, en caso de que se den factores que modifiquen la capacidad personal para poner en práctica dichas estrategias (Arce y Fariña, 1995).

3.3. Víctimas y violencia de género.

3.3.1. Introducción

En los puntos anteriores se ha abordado el concepto de víctima y las consecuencias del acto delictivo sobre la misma desde un punto de vista genérico. En este apartado, nos adentraremos en la tipología concreta de la violencia de género, con el objetivo de conocer más pormenorizadamente los rasgos que la caracterizan.

El maltrato a la mujer, por parte de su pareja, representa una de las formas de violencia contra las mujeres más frecuente en las sociedades occidentales, convirtiéndose en un grave problema de derechos humanos y de salud pública, debido al contundente impacto que ocasiona sobre el bienestar de la mujer (Matud, Bermúdez y Padilla, 2009).

Aunque, en la actualidad, el término violencia de género resulta familiar debido a su popularización a escala social e institucional, lo cierto es que las referencias al mismo en los textos internacionales son casi nulas hasta la década de los noventa. A partir de este momento, empieza a consolidarse su uso por mor de iniciativas relevantes como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena y la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer del año 2003, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de 1994, o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing de 1995 (Maqueda, 2006).

A continuación, haremos una revisión sobre el concepto de violencia de género, la evolución y desarrollo legal, así como las consecuencias que esta manifestación específica de la violencia provoca sobre las víctimas.

3.3.2. La violencia contra la mujer: una cuestión de género.

El 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer expuso que: “por

violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o que pueda tener como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Adicionalmente, recoge que “constituye un manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre”

Por su parte, Walker (1994) define a la mujer maltratada como aquella que padece maltrato físico, psicológico o sexual provocado por alguien con quien mantiene una relación íntima. Además, refiere que se trata de un patrón de conducta obsesiva y no de una expresión repentina de falta de control.

A escala del Estado Español, en la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género recoge en el art. 1.3 que la violencia de género es “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad”, incluso leve, y el art. 1.1 establece que este tipo de violencia se ejerce “sobre las mujeres, por parte de quienes sean sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”. Asimismo, identifica este tipo de violencia como “una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”.

De las anteriores aproximaciones, se extrae que nos encontramos ante un tipo de violencia que sufre la mujer por el mero hecho de su pertenencia al sexo femenino. Koss y otros (1995) manifiestan que, a escala social es una manifestación de la desigualdad de género y un mecanismo de subordinación de las mujeres, y para ser entendida, se requiere analizar las desigualdades de poder entre hombres y mujeres que impregnan la construcción social del género y la sexualidad, determinando las relaciones íntimas entre ambos sexos. Por consiguiente, para comprender adecuadamente este tipo de

violencia es necesario conocer qué es el género y su impacto en la persona y en la sociedad (Matud y otros, 2009).

A pesar de la existencia de ciertas discrepancias en el empleo de los términos sexo y género, habitualmente se asocia género con lo cultural y sexo con lo biológico. En sintonía con esta consideración, el género fue definido por Unger (1979) como los componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como adecuados para hombres y mujeres. De este modo, el uso del término género, en detrimento de sexo, reside en que la violencia de género no es una cuestión biológica, esto es, nos encontramos ante un tipo de violencia que no es ejercida por quien ostenta una posición de superioridad física (hombre) sobre el sexo más débil (mujer), sino que resulta de una situación de discriminación intemporal con origen en una estructura social de naturaleza patriarcal (Maqueda, 2006). En este sentido, el patriarcado se entiende como un sistema de organización social en el cual los puestos de poder están, mayoritariamente, en manos de varones (Puleo, 2005). Hombres y mujeres son partícipes de este sistema interiorizando sus ideas, valores, actitudes y comportamientos (Osborne, 2009). Asimismo, la idea de género supone reconocer que hombre y mujer son construcciones culturales, ya que cada individuo se desarrolla dentro de una sociedad determinada, con una serie amplia de creencias y expectativas sobre estas categorías sociales (Ashmore, 1990). Desde el nacimiento e, incluso desde que se conoce el sexo de la persona, existe un trato diferente en función del mismo por parte de todo el entorno social del individuo. Este fenómeno se intensifica en la adolescencia y se expresa en la edad adulta a través de roles diferenciados. Sin embargo, no sólo nos encontramos ante diferencias, son también desigualdades, debido a que los roles masculinos tienen más privilegios y poder que los femeninos, los cuales se caracterizan por mayores demandas y obligaciones (Matud y otros, 2009).

La violencia contra la mujer, antes de alcanzar el reconocimiento oficial la terminología de violencia de género, ha recibido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo, a saber: crímenes pasionales, violencia familiar, violencia de pareja, violencia contra la mujer, violencia machista o violencia conyugal. En la actualidad, los conceptos se han delimitado, empleándose violencia de género para hacer mención a las agresiones vinculadas al ámbito de la pareja y violencia doméstica para incluir las agresiones dentro del ámbito familiar de manera genérica (Carballal, 2009). En el siguiente, apartado se abordará, someramente, la distinción entre ambos tipos de

maltrato, así como su evolución en el Código Penal hasta su distinción y el reconocimiento pleno de la violencia de género como una realidad independiente.

3.3.3. El reconocimiento legal de la violencia de género.

De acuerdo con la “Guía de Criterios de Actuación Judicial frente a la Violencia de Género” del Consejo General del Poder Judicial, aprobada el 19 de septiembre de 2008, violencia de doméstica y violencia de género no son conceptos equivalentes y no deben emplearse de manera indistinta.

Desde una perspectiva médico-forense, la violencia doméstica se define como los malos tratos que se ejercen sobre los miembros más vulnerables del entorno familiar (físicos, psicológicos, sexuales o de otra índole) que provocan la aparición de trastornos físicos y psíquicos de diferente naturaleza (Queipo, 2006). De acuerdo con esta definición, la violencia doméstica provoca secuelas de tipo físico y psíquico, y sus objetos serían la mujer, el anciano, el niño e incluso el hombre cuando se encuentra en una posición de vulnerabilidad con respecto a su agresor o agresora (García-López y Curiel, 2006). Por otro lado, desde una aproximación jurídica, este tipo de maltrato hasta el año 1989, no adquiere un tratamiento autónomo, disgregándose del régimen general. Además, en ese momento, no existían referencias explícitas a la violencia de género, siendo considerada desde el punto de vista penal un caso más de violencia doméstica (Ribas, 2008). De este modo, hubo de esperarse a la década de los noventa para que ambos conceptos fuesen adquiriendo connotaciones diferentes hasta alcanzar un estatus independiente (Maqueda, 2006), y que el término violencia de género referenciara, exclusivamente, la violencia ejercida sobre la mujer en el ámbito de la pareja consecuencia de la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder establecidas entre hombres y mujeres (Curiel, 2006). Hecho que alcanza su cenit, con el reconocimiento pleno de la violencia de género, en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Martín (2009) ha llevado a cabo una revisión en la que aborda la evolución de ambos conceptos en el Derecho español, desde la inserción de la violencia doméstica en el Código Penal hasta la implantación de la Ley Orgánica 1/2004. A continuación, siguiendo sus aportaciones, se señalan los aspectos centrales de este proceso:

- a) *Introducción del delito de violencia doméstica en el Código Penal de 1989.* Con el artículo 425 se concedía a la violencia doméstica habitual un trato diferenciado del delito de lesiones. En él se castigaba al que habitualmente ejerciera violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviera unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos, pupilos o incapaces sometidos a su patria potestad. Este artículo dejaba fuera a exparejas, hubieran convivido o no con los sujetos implicados, ya que del mismo se desprendía el requisito de convivencia.
- b) *El nuevo Código Penal de 1995.* Con la aprobación del nuevo código el maltrato familiar se incorpora en el artículo 153. Se amplían las personas protegidas y las penas, pero mantiene los requisitos de convivencia y habitualidad.
- c) *Reforma del Código Penal de 1999.* Las principales diferencias introducidas en relación con la legislación anterior son la eliminación del requisito de convivencia, la inclusión de la violencia psíquica plenamente equiparable a la física, la prohibición de residir o acudir a determinados lugares, o de aproximarse o de comunicarse con la víctima, y se incorporan matices en la apreciación de la habitualidad.
- d) *La Orden de Protección de 2003.* A través de la Ley 27/2003, de 31 de julio, se reguló la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica. El objetivo principal era que la víctima obtuviese de manera rápida y sencilla “un estatuto integral de protección, que concentre de forma coordinada una acción cautelar de naturaleza civil y penal”.
- e) *Reformas del Código Penal en el año 2003.*
- e.1 Reforma operada por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Con esta reforma se pasa a considerar como delito aquellas conductas tipificadas en el Código Penal como falta de lesiones cuando sean cometidas en el ámbito doméstico, lo que posibilita la imposición de pena de prisión y la privación del derecho a la tenencia y porte de armas. Por otro lado, la violencia de género se traslada al nuevo artículo 173.2, desubicándola de las lesiones para hacerlo entre las torturas y otros delitos contra la integridad moral.

e.2 Reforma operada por la Ley Orgánica 13/2003, de 24 de octubre y por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre. Entre las modificaciones más relevantes, en materia de violencia doméstica y de género, destaca el establecimiento de un régimen especial para la posibilidad de dictar prisión provisional cuando tan sólo existan motivos suficientes para creer que el imputado es responsable criminalmente del delito, sin la necesidad de atender al requisito general de que el delito tenga una pena igual o superior a dos años de prisión. Además, también se amplía la duración máxima de las penas de alejamiento y de no aproximación a la víctima.

f) *La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Con esta Ley se concede a la violencia de género, de manera oficial, un contenido diferenciado del de la violencia doméstica. Así, el artículo 1.3 establece que la violencia de género es “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad”, y de acuerdo con el artículo 1.1, este tipo de violencia se ejerce “sobre las mujeres, por parte de quienes sean sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”. Señalar que esta ley presenta un carácter integral atendiendo aspectos de tipo preventivo, educativo, social, asistencial y de atención posterior a la víctima. Además, crea órganos judiciales especializados, los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, y la figura del Fiscal contra la Violencia de la mujer.

De acuerdo con Castillejo (2009), la Ley 1/2004 diseña un amplio número de medidas encaminadas a la protección de la víctima, cuyos principios rectores son: sensibilizar a la ciudadanía dotando a los poderes públicos de instrumentos en el ámbito educativo, servicios sociales, sanitarios, publicitarios y mediáticos; permitir el acceso rápido, transparente y eficaz a los servicios ofrecidos por las Administraciones Públicas, con el reconocimiento a las víctimas de violencia de género de derechos exigibles ante aquéllas; mejorar la coordinación entre los servicios sociales locales y autonómicos disponibles; conciliar los derechos del ámbito laboral con las problemáticas propias de las trabajadoras que sufren

violencia de género; desarrollo de políticas públicas con objeto de ofrecer tutela a las víctimas, mediante un sistema de tutela institucional; asegurar la protección integral, penal y procesal, desde las instancias jurisdiccionales; mejorar la prevención y sanción a través de la coordinación de recursos e instrumentos de los poderes públicos; y garantizar el principio de transversalidad de las medidas adoptadas de manera que se tomen en consideración todas las demandas y necesidades específicas de todas las víctimas de violencia de género.

Atendiendo a estas consideraciones, se observa como, en un principio, el legislador abordó la violencia doméstica que tenía lugar entre miembros del núcleo familiar y de convivencia, siendo sujetos activos y pasivos, de manera indistinta, hombres y mujeres, hasta desembocar en la actual Ley 1/2004, que regula la violencia de género infringida por el hombre sobre la mujer como una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales (Martín, 2009). Además, se puede señalar que el reconocimiento de la violencia de género en el Estado Español establece diferencias importantes con otro tipo de violencias, a través de la dotación de derechos y de la posibilidad de adoptar medidas de las que no podrán beneficiarse las víctimas de otros tipos delictivos (Ribas, 2008). De hecho, han existido dudas sobre la constitucionalidad del artículo 153 del Código Penal tras la redacción derivada de la Ley 1/2004, debido al distinto trato dado por sus párrafos primero y segundo, en función de que el sujeto activo sea hombre o mujer. Estas dudas fueron resueltas por la Sentencia del Tribunal Constitucional 59/2008, avalando la constitucionalidad porque justifica el objetivo de combatir el origen de un abominable tipo de violencia que ocurre en un contexto de desigualdad, esto es, la pena mayor no se explica en el sexo sino en la grave desigualdad que se manifiesta en este tipo de violencia (Martín, 2009).

Por su parte, Castillejo (2009) señala como una de las principales limitaciones de la Ley Orgánica 1/2004 la restricción de la violencia de género objeto de regulación, a la ejercida en el ámbito de la pareja, excluyéndose otras formas de violencia contra la mujer, en la familia y en la sociedad. Asimismo, no prevé nada en relación con los menores de edad casados o en relación de pareja que ejerzan violencia de género, ni respecto a personas aforadas. Por otro lado, Martín (2009) recoge como principal limitación la escasez de medios materiales y personales en la puesta en práctica de la protección integral. Al margen de estas críticas, un abundante número de autores (p.e., Martínez, 2008; Mirat y Armendáriz, 2006; Ribas, 2008) consideran que la Ley 1/2004

está generando el caldo de cultivo necesario para el cambio social y facilita la visualización de esta lacra que durante mucho tiempo ha permanecido negada o minimizada.

Para finalizar con este apartado, señalar que, en Galicia, se aprobó la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. Incrementa el rango de la violencia de género al establecer que no se requiere una relación previa entre la víctima y el victimario. De este modo, el artículo 1 del Título Preliminar establece: “cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en un marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicopatológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada”.

3.3.4. Formas de la violencia de género.

Previamente a presentar las formas que puede adoptar la violencia de género, resulta de interés ofrecer una serie de elementos que caracterizan a la violencia género, con objeto de que faciliten la comprensión del fenómeno. Siguiendo a Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002), a diferencia de otras conductas violentas, ésta se caracteriza por:

- a. En pocas ocasiones es denunciada y, cuando se presenta la denuncia, habitualmente, la víctima perdona a su agresor.
- b. Consiste en un comportamiento sistemático en el tiempo, presentándose la denuncia, generalmente, en algún momento crítico para el sistema familiar.
- c. Es un comportamiento agresivo susceptible de ser aprendido de manera vicaria por los hijos.

Aunque existen diferentes tipologías en cuanto a las formas que puede adoptar la violencia de género en función del elemento clasificador que se adopte, tradicionalmente se han identificado tres grandes categorías atendiendo al tipo de

conductas emitidas por el agresor (Amor y otros, 2002; Echeburúa y Corral, 2003; Del Moral, 2004; Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velasco, 2004; Mirat y Armendariz, 2006; Novo y Seijo, 2009; Osuna, 2009):

a. La violencia física. Se refiere a todo comportamiento que implique el empleo intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de manera que implique riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, independientemente de los resultados efectivos del mismo (Labrador y otros, 2004). Representa la forma más evidente de violencia (Novo y Seijo, 2009) y, por ende, la más fácilmente identificable. Incluye un amplio abanico de conductas de acción (p.e., estrangulamientos, bofetadas, etc.) u omisión (p.e., no informar de algún riesgo físico), habitualmente precedidas por maltrato psicológico (O'Leary, 1999)

b. La violencia psicológica. Hace referencia a cualquier comportamiento, físico o verbal, activo o pasivo, que persigue provocar en la víctima intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Este maltrato puede consistir en abuso económico (p.e., controlar el dinero del otro, coger el sueldo del otro, etc.), aislamiento (v.gr., usar los celos para justificar las acciones, limitar los compromisos del otro fuera de la pareja o de casa, etc.), intimidación (destruir la propiedad del otro, mostrar armas, etc.), negación, minimización y culpabilización (i.e., negar la existencia del abuso o quitarle importancia, responsabilizar al otro de lo ocurrido, etc.), amenazas (p.e., amenazas de echar al otro de casa, de romper la relación de pareja, de suicidio, etc.); y uso de los niños (v.gr., amenazar con maltratar a los niños, usar a los niños de intermediarios para enviar mensajes, etc.) (Labrador y otros, 2004). Por su parte, la OMS (2005) recoge como actos específicos de maltrato psíquico: ser insultada o hacerla sentir mal sobre ella misma, ser humillada ante los demás, ser intimidada o asustada, o ser amenazada con daños físicos.

Este tipo de maltrato es más difícil de identificar que el físico (Labrador y otros, 2004; McAllister, 2000), pero algunas investigaciones evidencian que es más habitual (Fontanil y otros, 2005), y que sus consecuencias en la víctima revisten, cuando menos, una gravedad equivalente a la derivada del maltrato físico (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

c. La violencia sexual. De acuerdo con la OMS (2005) puede definirse como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones

sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluyendo el hogar y el lugar de trabajo”. Un importante número de mujeres víctimas de violencia física suelen padecer este tipo de maltrato, independientemente de su religión y país (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003). De hecho, en realidad, se trata de un maltrato de tipo físico, aunque suele considerarse como entidad independiente por presentar una serie de matices muy particulares. Por un lado, la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos y, por el otro, la asunción habitual de que es una obligación realizar este tipo de comportamientos con la pareja (Labrador y otros, 2004).

En definitiva, tres grandes categorías interrelacionadas de maltrato caracterizan la violencia de género. Raramente se presentan de modo aislado (Dutton, 1993), siendo frecuente que la violencia física se acompañe de maltrato psicológico, y, en una tercera parte, también se produce abuso sexual (Ellsberg, Pena, Herrera, Liljestrand y Winkiyist, 2000). Por consiguiente, lo más habitual son las agresiones mixtas donde se fusionan las tres modalidades de maltrato (Osuna, 2009). En esta línea, Matud (2004) en una investigación realizada con una muestra de mujeres españolas víctimas de violencia de género, encontró una mayor frecuencia para los abusos físicos y psicológicos (46%); seguida de físicos, psicológicos y sexuales (33%), sólo psicológicos (16%) o psicológicos y sexuales (5%). No obstante, independientemente de si se manifiestan de modo aislado o conjunto, a estas tres formas las subyace el objetivo común de controlar a la víctima.

3.3.5. Las consecuencias de la violencia de género sobre la víctima.

La violencia de género, habitualmente, desencadena diversos problemas sobre la salud de quien la padece. Así, se ha hallado que el haber sido víctima de maltrato físico y sexual provoca el padecimiento de problemas físicos y psicológicos (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008). Además, el maltrato psicológico también se ha relacionado con la aparición de consecuencias negativas en la víctima (Hirigoyen, 1998; Osuna, 2009). De hecho, los malos tratos representan, tras la diabetes y los problemas

de parto, la tercera causa que provoca más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas en las mujeres (Lorente, 2001).

Comúnmente, las consecuencias que la violencia de género provoca sobre la víctima se han etiquetado bajo la etiqueta de *Síndrome de la Mujer Maltratada*. Sin embargo, no existe una categoría diagnóstica, reconocida por la comunidad científica, que esté directamente relacionada con la violencia de género (Carrasco y Maza, 2005).

En este sentido, Krug y otros (2002) ofrecieron tres conclusiones derivadas del estudio de las consecuencias que la violencia de género acarrea sobre la mujer, a saber: a mayor severidad del maltrato, mayor impacto en la salud física y mental de las víctimas; las consecuencias pueden perdurar aún cuando el maltrato haya cesado; y el impacto en el tiempo de diferentes tipos de violencia y de repetidos episodios de la misma parecen ser acumulativos. En relación con la segunda de estas conclusiones, se ha observado que tras la remisión del maltrato puede producirse una mejoría en la salud de la víctima, pero, abundantes investigaciones detectan que los efectos físicos y psicológicos consecuencia de la violencia de género se prolongan en el tiempo aunque la mujer haya abandonado la relación de maltrato y rehecho su vida (i.e., Campbell, 2002; Ellsberg y otros, 2008, Loxton, Schofield y Hussain, 2006).

Para presentar las consecuencias de la violencia de género hemos optado por dividir las en dos categorías distintas en función de si el daño es físico o psicológico. No obstante, nuestro análisis profundizará fundamentalmente en las secuelas psicológicas.

En relación con las consecuencias sobre la salud física, señalar que, si bien es cierto que la lesión más observada es la contusión, los daños que puede presentar la víctima abarcan todas las posibilidades traumatológicas posibles, desde contusiones simples a heridas originadas por armas. Asimismo, las áreas anatómicas y las estructuras orgánicas afectadas también cubren todas las posibilidades (Osuna, 2009). En una investigación realizada con mujeres que acudieron a servicios de urgencia de varios hospitales, Muelleman, Lenaghan y Pakieser (1996) detectaron que la lesión más común en la mujer maltratada era la ruptura del tímpano, y una elevada probabilidad de presentar lesiones en la cabeza, el tronco y el cuello, mientras que las no maltratadas presentaban una mayor frecuencia de lesiones en la columna vertebral y las extremidades inferiores. Además, las víctimas de este tipo de violencia, generalmente, son sometidas a un mayor número de operaciones quirúrgicas, acuden más

frecuentemente al médico, presentan más ingresos hospitalarios, visitan más a menudo las farmacias y realizan más consultas de salud mental que aquellas que no han padecido violencia de género (Heise y García-Moreno, 2003). Además, se ha observado que aquellas mujeres que han sido maltratadas psicológica, física y sexualmente por sus parejas suelen padecer más sintomatología somática como dolores de cabeza, dolores de espalda, infecciones vaginales, dolores pélvicos, coitos dolorosos, infecciones del tracto urinario, pérdida del apetito, dolores del abdomen y problemas digestivos (Campbell, 2002; Schollenberger y otros, 2003; Woods y otros, 2005). Son comunes, también, problemas para caminar, dificultades en las tareas de la vida cotidiana, pérdidas de memoria, vértigo y dolores crónicos (Ellsberg y otros, 2008); problemas ginecológicos, del sistema nervioso central (Matud, 2004; Schollenberger y otros, 2003) y del sistema inmunitario (Wood y otros, 2005). Otras consecuencias son embarazos no deseados, abortos de repetición, partos con hijos de bajo peso, partos prematuros, problemas genito-uritarios, patologías crónicas como la diabetes y estilos de vida de riesgo (Carrasco y Maza, 2005; García, López y Curiel, 2006).

Las secuelas físicas de la violencia contra la mujer, como hemos podido observar, son amplias y variables tanto en lo referente a su tipología como a su gravedad. A escala psíquica, las consecuencias no son menores, más bien todo lo contrario, pueden adquirir una extrema gravedad, alterando la vida cotidiana de la víctima y resultando necesaria una terapia específica para superar el daño generado por las vivencias traumáticas. Las consecuencias sobre la salud mental más comúnmente asociadas con la violencia de género son:

- a. Trastornos de ansiedad. Un rasgo definitorio de la violencia de género es que se produce de modo repetido e intermitente, alternándose periodos de agresión y arrepentimiento, generándose en la víctima una ansiedad extrema, y una respuesta de alerta y sobresalto (Carballal, 2009). En esta línea, Gleason (1993) halló que la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés posttraumático presentaban una mayor prevalencia en las mujeres maltratadas. En esta línea, Loxon y otros (2006) observaron que aquellas mujeres de mediana edad que habían mantenido, en algún momento de sus vidas, una relación de pareja violenta habían sido diagnosticadas en alguna ocasión de un trastorno de ansiedad y padecían sintomatología ansiosa de manera frecuente. De entre estos trastornos de ansiedad que hemos señalado, destaca,

por su relevancia en el ámbito forense, el trastorno por estrés postraumático. Es el único diagnóstico que posibilita establecer una relación de causa-efecto entre los eventos traumáticos, en este caso la violencia de género, y el daño consecuencia de los mismos que aparece en la víctima. Dicha relación de causalidad representa un requisito imprescindible dentro del ámbito judicial a la hora de concluir que el daño detectado en la víctima es ocasionado por los hechos denunciados (Vilariño, Fariña y Arce, 2009). Abundantes investigaciones evidencian la relación entre el haber sido víctima de violencia de género y padecer Trastorno por estrés postraumático (Coker, Weston, Creson, Justice y Blakeney, 2005; Echeburúa y Corral, 1998; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010; O'Campo y otros, 2006; Vilariño, Arce y Carballal, 2009). Dada la relevancia que presenta este trastorno para la práctica forense, será objeto de una revisión en profundidad en el siguiente apartado.

b. Trastornos del estado de ánimo. Los estados depresivos presentan una elevada prevalencia, ya sea aisladamente o bien conformando un cuadro comórbido con otros trastornos. De las entidades nosológicas recogidas en los principales tratados de enfermedades mentales, la depresión constituía, hasta hace poco, el diagnóstico que se daba con mayor frecuencia a las víctimas del maltrato (Labrador y otros, 2004). Aunque en algunos estudios no queda del todo clara la relación causal entre violencia de género y depresión (O'Campo y otros, 2006), abundantes investigaciones evidencian que la sintomatología depresiva aparece en muchas de las víctimas del maltrato (Amor y otros, 2002; Golding, 1999; Labrador y otros, 2010; O'Leary, 1999; Riggs, Caufield y Street, 2000). De acuerdo con Osuna (2009) los síntomas más frecuentes son la inhibición psicomotriz y de pensamiento, apatía, sentimientos depresivos, autoestima pobre, autorreproches, tristeza, sentimientos de culpa, e ideación o consumación del suicidio.

c. Trastornos somatoformos. Los conflictos psicológicos pueden convertirse y expresarse en síntomas físicos, tales como la somatización, la conversión o la hipocondría (Carballal, 2009; Osuna, 2009).

d. Trastornos disociativos. La disociación supone la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, de la identidad, la memoria y la percepción del entorno (Vázquez, 1998). Representa un mecanismo de defensa para minimizar el daño o alejar la experiencia traumática, posibilitando dividir la experiencia física de la agresión de la experiencia cognitiva de estar siendo agredida. Los trastornos más

frecuentes dentro de esta categoría son la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo (Osuna, 2009).

e. Trastornos adaptativos. Ante la violencia de género la víctima puede responder emocional o comportamentalmente de forma adaptativa (Carballal, 2009). En estos casos predomina la sintomatología ansiosa y un estado de ánimo tendente al polo depresivo.

f. Trastornos sexuales. Destacan los trastornos por disfunción sexual, del tipo de deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, dispareunia o vaginismo (Osuna, 2009). Por su parte, Rojas (1995) observó que el 55% de las mujeres víctimas de agresión sexual fueron incapaces de retomar las relaciones sexuales con normalidad durante dos años y muchas continuaron sufriendo frigidez.

g. Trastornos alimenticios. Son habituales las alteraciones alimenticias, generalmente las de tipo bulímico (Osuna, 2009).

h. Trastornos del consumo de sustancias. No son infrecuentes las alteraciones debidas al consumo de sustancias que pueden llevar a situaciones clínicas de abuso, dependencia o intoxicación (Osuna, 2009). Las sustancias más empleadas son el alcohol, los analgésicos, los ansiolíticos y los hipnóticos. En un metaanálisis desarrollado por Golding (1999) se encontró que la prevalencia de abuso o dependencia del alcohol variaba entre los diferentes estudios objeto de revisión de un 6,6 a un 44%, con una media ponderada de 8,9%. En relación con el abuso o dependencia de otras drogas se observaron unas tasas de prevalencia que iban del 7 al 25% con una media ponderada de 8,9%.

i. Trastornos del sueño. Son habituales derivados de la situación de conflictiva (Osuna, 2009). El sueño inquieto e irregular y las pesadillas presentan una incidencia significativa entre las víctimas de violencia de género.

Al margen de estos trastornos, la literatura advierte que la violencia de género provoca otras consecuencias en la salud psíquica de las víctimas que no se corresponden con ninguna entidad nosológica. De este modo, se ha observado la existencia de esquemas cognitivos disfuncionales, de aislamiento social y familiar, indefensión aprendida, dependencia emocional, pérdida de empleo y absentismo laboral, disminución del nivel socioeconómico, autoculpabilización por la violencia,

negación o minimización de la situación de maltrato, baja autoestima, déficit en la solución de problemas, inadaptación en la vida cotidiana, y cogniciones postraumáticas (Bermúdez, Matud y Navarro, 2009; Calvete, Estévez y Corral, 2007; Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; García, López y Curiel, 2006; Labrador y otros, 2010; Labrador y otros, 2004; Mirat y Armendáriz, 2006; Vázquez, 2008).

Como hemos podido observar, las consecuencias que acarrea la violencia de género sobre la víctima son múltiples tanto a escala física como psicológica. En el siguiente punto, nos centraremos más pormenorizadamente en el trastorno por estrés postraumático, ya que, desde el ámbito psicológico-forense, éste ha sido tomado como la medida primaria en casos de violencia de género, esto es, representa la huella psíquica esperable en aquellas víctimas que hayan padecido este tipo delictivo (p. e., Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Taylor y Koch, 1995; US National Comorbidity Survey; Vallejo-Pareja, 1998).

3.4. La huella psíquica de la violencia de género: el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Acontecido el crimen se pone en marcha un proceso que, para ser superado, resulta necesario la superación efectiva de una secuencia de eslabones. Resulta imprescindible que el hecho se detecte o sea denunciado. De no ser así, el delito y la víctima pueden quedar ocultos. La carga de la prueba sobre los hechos y autoría recae en la acusación, mientras que la inocencia o no culpabilidad no necesita de demostración alguna. La complejidad que reviste la carga de la prueba es profusamente conocida y, en mayor medida, en aquellos delitos cometidos en la intimidad del hogar. En esta casuística, las pruebas recabadas suelen ceñirse a las testimoniales, específicamente de la propia víctima, y las documentales provenientes de las secuelas físicas (Arce y Fariña, 2006a). En esta línea, de acuerdo con Bonachera (2009):

Uno de los mayores problemas que presenta el proceso penal por hechos constitutivos de violencia de género es la insuficiencia probatoria, circunstancia esta que deriva del modo en que se cometen este tipo de delitos, que normalmente se realiza en la intimidad del hogar donde no existen testigos directos de las agresiones, o en presencia de menores de edad, y en los que en ocasiones incluso se carece de un parte

médico de lesiones. En este orden de consideraciones, la declaración de la víctima suele constituir la principal o única prueba de cargo, [...]. (p. 109).

En el contexto judicial es imprescindible comprobar que el daño psicológico encontrado en la víctima es consecuencia de los hechos denunciados. De entre los diferentes trastornos recogidos en los principales manuales de referencia de las enfermedades mentales, el único que se ajusta a este requisito es el Trastorno por Estrés Postraumático. Por consiguiente, la huella psíquica de la violencia de género se ha operativizado a través de este trastorno (Arce y Fariña, 2009).

3.4.1. El Trastorno por Estrés Postraumático.

Aunque las consecuencias psicológicas de la victimación están en función de las diferencias interpersonales, contextuales y del delito en cuestión (Arce y Fariña, 1995), las víctimas pueden desarrollar un conjunto amplio y persistente de problemas inducidos por el delito que vienen recogidos bajo el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM-IV.

La denominación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se recoge oficialmente, dentro de la terminología psiquiátrica, en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría publicado en 1980. En los años previos se había producido una importante presión social proveniente, esencialmente de dos grupos, los excombatientes de la Guerra del Vietnam y las feministas, que reclamaban el reconocimiento de la afectación psíquica consecuencia del conflicto bélico, para el primer caso, y de la violencia contra la mujer en el segundo. Adicionalmente, las formulaciones de los psiquiatras, los argumentos judiciales, la reivindicación moral y la presión política (González y Pérez, 2007), contribuyeron a que estas dolencias emocionales se introdujesen en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) con el título de Trastorno por Estrés Postraumático (Avia y Vázquez, 2006; Calcedo, 2003). Esta contingencia invitó a González y Pérez (2007) a señalar que la introducción del TEPT como categoría diagnóstica supuso, más que un reconocimiento clínico del trastorno, un reconocimiento oficial (público, moral y político) de los veteranos del Vietnam y de otros grupos de víctimas que permanecían ocultas.

A lo largo de estas tres décadas, hemos asistido a un creciente interés por el TEPT desde muy diferentes ámbitos, no sólo desde la investigación y la práctica clínica, también por parte de los medios de comunicación que trasladaron la atención sobre el mismo a la opinión pública en general, adquiriendo su máxima divulgación con los atentados terroristas de del 11 de septiembre en Estados Unidos (Carvajal, 2002) y, más concretamente a escala del Estado Español, con motivo de los atentados del 11 de marzo de 2003 y con el accidente aéreo de agosto de 2008 del vuelo de Spanair en la terminal 4 del aeropuerto de Barajas. Sin embargo, a pesar de que su inclusión oficial dentro del DSM- III es relativamente reciente, existen descripciones de sintomatología postraumática desde la antigüedad, proviniendo los primeros relatos de la Grecia clásica. De este modo, en el siguiente punto, abordaremos brevemente algunas de las descripciones que se han hecho de esta sintomatología y cómo ha sido conceptualizada y teorizada a lo largo de la historia, hasta su introducción en los principales manuales de referencia de las enfermedades mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud y el DSM de la APA.

3.4.1.1. La sintomatología postraumática a lo largo de la historia.

A lo largo de la historia, se ha concedido una especial atención al sufrimiento de los seres humanos ante situaciones de una adversidad extrema. Asimismo, se ha reconocido que los eventos traumáticos pueden ocasionar graves problemas a escala tanto fisiológica como psicológica (Ray, 2008). Por consiguiente, aunque la mayoría de las descripciones de cuadros clínicos que se corresponden con lo que actualmente denominamos TEPT se hayan realizado a lo largo del siglo XX, no resulta extraño encontrarnos con relatos en que se hace referencia a esta sintomatología en la Grecia Clásica. De hecho, los primeros relatos provienen de este periodo. Crocq y Crocq (2000) llevaron a cabo una sucinta, pero interesante, revisión de lo que ellos denominan historia de la psicotraumatología. En ella se recoge como Hipócrates menciona que los soldados sobrevivientes a ciertas batallas sufren pesadillas en las que se reexperimentan los combates y Heródoto, en su Tratado sobre la Historia, aborda los síntomas padecidos por los soldados intervinientes en la Batalla de Maratón (Crocq y Crocq, 2000). Asimismo, en las primeras obras literarias de la humanidad también emergen

ejemplos de esta problemática. En la Biblia, específicamente en el libro del Deuteronomio, se narra como muchos soldados tenían que ser retirados del campo de batalla por mor de una crisis nerviosa. Ray (2008) en una revisión de índole semejante introduce otro ejemplo extraído de la Iliada de Homero que contiene descripciones de las reacciones de los soldados a la guerra como la retirada, la tristeza o sentimientos de culpa por los compañeros caídos. Varios siglos más tarde, en la obra de Jean Froissart, el cronista más representativo de la Guerra de los Cien Años, se relata el caso de Pierre de Béarn quien no podía dormir cerca de su mujer e hijos debido a que se despertaba por las noches y tomaba una espada para combatir con enemigos producto de sus fantasías. Esta reexperimentación de batallas pasadas es común dentro de la literatura clásica, existiendo ejemplos en Romeo y Julieta. Al margen de los daños psicológicos ocasionados por los conflictos bélicos, Charles Dickens, describe la presentación de síntomas de ansiedad, problemas de memoria y de concentración, irritabilidad, hiperactivación, dificultades en el sueño, sobresaltos, pesadillas, disociaciones y somatizaciones tras sufrir un accidente de tren.

Durante la Revolución Francesa y las Guerras Napoleónicas en un intento por ofrecer una hipótesis sobre la etiología de la sintomatología observada en los soldados, los médicos militares establecieron el síndrome de “vent du boulet”, referente a que los sujetos eran atemorizados por el viento de las balas de los cañones.

Con la figura de P. Pinel se da inicio a la psiquiatría moderna, incorporándose esta especialidad al resto de la medicina (Carvajal, 2002). En su tratado “Nosographie Philosophique” narra el caso del filósofo Pascal quien después de estar a punto de perder la vida al caer su carruaje al río Sena padecía pesadillas con un precipicio al lado izquierdo lo que le llevaba a colocar una silla a ese lado de la cama para superar el temor a caerse. Por otro lado, Pinel nos ofreció, en base a sus experiencias con pacientes que habían sufrido shocks tras eventos traumáticos y con soldados de la Revolución Francesa, una descripción precisa de la neurosis de guerra que denominó neurosis cardiorespiratoria y de los estados postraumáticos estuporosos que llamó idiotismo.

La Revolución Industrial y el progreso tecnológico que la acompañó, concretamente el ferrocarril y los accidentes ocasionados por su uso, dieron lugar a los primeros casos de síntomas psicológicos compatibles con el actual TEPT en población civil ajena a los campos de batalla. Es en este momento, cuando surge una destacada controversia en torno a la etiología de la sintomatología registrada en víctimas de

eventos traumáticos. Frente a las teorías que abogaban por causas orgánicas se encontraban aquellas que postulaban un origen psicológico. Como ejemplo de las primeras, tenemos los postulados del médico inglés, Erichsen, que atribuía a lesiones microscópicas en la médula espinal o en el cerebro la causa de los síntomas postraumáticos, elaborando el concepto de “railroad spine syndrome”. En contraposición, tenemos las aportaciones de Page que entendían improbable que fuesen las lesiones en la médula espinal las responsables de la sintomatología, a la vez que otorgaba al miedo el papel preponderante en la etiología del trastorno. Esta concepción lo condujo a formular los conceptos de shock nervioso y trastorno funcional. No obstante, aunque señalaba que el shock nervioso era psicológico en su origen, también reconocía que éste terminaba por generar un mal funcionamiento fisiológico del sistema nervioso. Esta polémica entre la aproximación biológica y la psicológica no sería superada hasta después de la II Guerra Mundial, con el reconocimiento de la interacción entre elementos de carácter psicológico y neuropsicológico en la etiología de la sintomatología clínica postraumática (Ray, 2008).

A lo largo del siglo XIX, tuvieron lugar tres conflictos bélicos que ampliaron el conocimiento de los síntomas observados en los combatientes, estos son la Guerra de Crimea (1853-1856) que enfrentó a Rusia contra la alianza formada por Francia, el Reino Unido, el Imperio Otomano y el Reino de Piamonte y Cerdeña, la Guerra de Secesión Americana (1861-1865), y las dos Guerras de los Boer (1880-1881; 1899-1902) entre el Reino Unido y los colonos de origen neerlandés, llamados Bóer, en Sudáfrica. En su revisión Ray (2008) destaca las aportaciones de Myers (1870) y de Da Costa (1871). El primero acuña el término corazón de soldado (soldiers' hearth) referente a un trastorno observado en soldados en combate que incluía una serie de síntomas como la fatiga extrema, temblores, disnea, palpitaciones, sudoración, y en ocasiones un síncope completo. Por su parte, Da Costa, que ejerció como médico durante la Guerra Civil Americana, introdujo los conceptos de irritabilidad del corazón, síndrome del esfuerzo y el síndrome Da Costa, que habían sido observados entre soldados veteranos de la Guerra Civil y de la de Crimea. Posteriormente, en las Guerras de los Bóers también se documentaron afectaciones en la actividad del corazón y enfermedades valvulares del mismo.

Oppenheim en 1884, a partir de sus estudios con pacientes que habían sufrido accidentes de tren o laborales, menciona, por primera vez, el término neurosis

traumática. Este diagnóstico fue fuertemente criticado por Charcot, quien mantuvo que estos casos eran simples formas de histeria, neurastenia o histero-neurastenia. Charcot junto con Janet son las dos figuras más representativas de la escuela francesa de mediados del siglo XIX, en la que se enraíza una importante parte de la base teórica del TEPT (Carballal, 2009). Ambos autores señalaron la importancia de las experiencias traumáticas en el origen de la histeria y de los síntomas disociativos. A pesar de que la histeria se concebía como una afectación femenina, Charcot describió varios casos en hombres que pertenecían a la clase obrera después de haber sufrido accidentes laborales. Además, elaboró el concepto de *choc nerveaux* que se refería a que la experiencia de un trauma puede provocar en el paciente un estado similar al inducido por la hipnosis, condición fundamental que debía darse en el proceso que acuñó como autosugestión histerotraumática. Por su parte, Janet, continuando la línea establecida por Charcot, fue el primero que estudio sistemáticamente la disociación como un proceso crítico en las reacciones al estrés de carácter insoportable. Desarrolló la idea de fobia de memoria, relacionada con la disociación de los acontecimientos traumático, y observó la reexperimentación ante situaciones que provocaban el recuerdo del trauma (Van der Kolk y Van der Hart, 1989).

Freud, discípulo de Charcot, reinterpretó, posteriormente, desde la perspectiva psicoanalítica la sintomatología traumática. Originalmente atribuyó el origen de la neurosis a experiencias traumáticas del pasado (Carvajal, 2002), pero la revisión de su teoría lo llevó a minimizar la importancia de los eventos traumáticos externos, focalizando su atención sobre los problemas premórbidos, como los conflictos intrapsíquicos (Miller, 1997). De este modo, vinculó la neurosis traumática con la represión de pulsiones sexuales durante los conflictos de la fase edípica

Antes de adentrarnos en las aportaciones derivadas de la I Guerra Mundial, conviene señalar las figuras de Honigman, médico alemán, que en 1907 acuñó por vez primera el término *neurosis de guerra (Kriegsneurose)*, y la Edouard Stierlin. Este segundo, de un estudio llevado a cabo con sobrevivientes de un accidente minero y de un terremoto, detectó que el 25% de los evaluados presentaban disfunciones en el sueño y pesadillas. Los resultados señalan la existencia de cierta vulnerabilidad hacia el TEPT más que una predisposición hacia el mismo (Breslau, Chilcota, Kessler y Davis, 1999; Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1995; Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-

Brynes y Duvdevani, 1998), supuesto que se mantiene en la actualidad (Carballal, 2009).

La I Guerra Mundial produjo un importante avance en el conocimiento de la sintomatología postraumática dentro de la psiquiatría europea, comparable al papel que desempeñó la II Guerra Mundial y la Guerra del Vietnam para la americana (Crocq y Crocq, 2000). Al poco de iniciarse el conflicto, comenzaron a señalarse las causas psiquiátricas como responsables de la sintomatología traumática detectada en los combatientes. El simple hecho de ser testigo de eventos traumáticos podía ser suficiente para la aparición de sintomatología. Crocq y Crocq (2000) recogen como ejemplo la revisión de 88 casos de combatientes con trastorno mental realizada por psiquiatra francés Régis en 1915. Éste detectó que sólo el 20% de los mismos presentaban heridas físicas, pero en todos los casos el miedo, el shock emocional y la visión de compañeros mutilados había sido el factor principal.

Por otro lado, los psiquiatras militares británicos empiezan a realizar el diagnóstico de *shell shock* o shock de las bombas. Aunque se desconoce cuándo fue empleado por primera vez este término, aparece recogido en febrero de 1915, en el artículo *The Lancet* de Charles Myers. El diagnóstico aludía a las reacciones de los soldados en la batalla provocadas por las explosiones de las minas y las granadas, entre las que se encontraban estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, parálisis, pseudoconvulsiones y pérdidas de conciencia. En esta línea, Mott (1919) expone una serie de síntomas presentes en los soldados. Por un lado, estarían los de carácter histérico que incluirían parálisis, contracciones, trastornos en la marcha, temblores y convulsiones. Por el otro, refiere un conjunto de síntomas de tipo neurasténico, tales como lasitud, fatiga, desánimo, dolor de cabeza y pesadillas. Además, describe por primera vez en detalle el reflejo de sobresalto (Ray, 2008).

Los trabajos de Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (1941) y *War stress and Neurotic Illnes* (1947) pueden considerarse los trabajos psicológicos germinales en la evolución del TEPT. En ellos desarrolló el concepto de *phisioneurosis* que mostraba implicaciones fisiológicas. Además, destaca por haber llevado a cabo el seguimiento más amplio de pacientes de la I Guerra Mundial (Ray, 2008). Tomando como referencia conceptos psicoanalíticos expuso que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la que el trauma desencadenaba síntomas somáticos y psicológicos (Carvajal, 2002). Observó que alguno de los excombatientes permanecían anclados al

acontecimiento traumático y presentaban una serie de síntomas que los enmarcó en el síndrome *neurosis de guerra* (Carballal, 2009).

Para culminar con las aportaciones de la I Guerra Mundial, reseñar algunos de los tratamientos que se pusieron en práctica con objeto de mejorar la salud de los soldados. Crocq y Crocq (2000) presentan algunas de estas intervenciones. Por ejemplo, se observó que los pacientes que eran tratados en el propio frente de batalla presentaban un mejor pronóstico que los que eran retirados para proceder a su curación. Por ello, a finales de 1916 resultaba extraño que los combatientes fuesen evacuados, siendo tratados en centros cercanos a los frentes de batalla. Este tratamiento se convirtió en el estándar y añadió el seguimiento de los cinco principios aportados por el médico americano, Thomas W. Salmon, a saber: inmediatez, proximidad, expectación, simplicidad y centralidad. Otra intervención que se hizo muy popular en la época, denominada faradización, consistía en la aplicación de corrientes eléctricas a los combatientes. Wagner- Jauregg, psiquiatra austriaco, criticó fuertemente estos métodos por su crueldad durante la posguerra de Austria.

Coincidiendo con la etapa de la Post-guerra Civil y la II Guerra Mundial, aparecen los trabajos de los españoles López Ibor y Mirá i López. El primero publicó la obra *Neurosis de Guerra (1942)* donde desarrolló un análisis profundo de las posibles respuestas del sujeto ante el estrés bélico. Por su lado, Mira i López escribió *Psychiatry in war (1943)* en la que señaló que la neurosis traumática era el resultado del enfrentamiento entre el miedo padecido por el soldado y su sentido del deber, conflicto que queda relegado en el plano inconsciente. Además, Mira i López refirió, entre la sintomatología traumática, déficits de concentración, la amnesia traumática, las fugas y los estados fóbicos.

Al inicio de la II Guerra Mundial, los escépticos consideraban que la neurosis de guerra o el *shell shock* representaban un heterogéneo grupo en el que estaban implicados una multitud de factores, desde psicogénicos hasta la simulación (Turnbull, 1998). Brill (1943) recoge alguno de los términos empleados para referirse a la sintomatología detectada en los soldados, a saber: neurosis de agotamiento, shell shock, neurosis de miedo y astenia. Avanzada la guerra, estos conceptos sufrieron modificaciones y se emplearon abundantes conceptos analíticos para interpretar las neurosis relacionadas con la guerra. Estos cambios intentaban explicar los múltiples

síntomas que conformaban la neurosis de guerra en términos de un modelo intrapsíquico (Ray, 2008).

Por otro lado, Cracq y Cracq (2002) en su revisión exponen que, al inicio del conflicto, daba la impresión de que el ejército americano había olvidado las lecciones de la I Guerra Mundial y los enfermos por causas psiquiátricas eran alejados del frente para ser tratados, perdiéndose los beneficios de la intervención terapéutica en el propio campo de batalla. De hecho, los principios del *forward treatment* fueron redescubiertos durante la campaña de África del Norte en 1943 y puestos en práctica, lo que posibilitó que se pasase del 5% al 50-70% de soldados tratados por causas psiquiátricas que volvían a ejercer servicio en los combates.

Durante este periodo, destaca el papel desempeñado por la psiquiatría norteamericana, aprovechando la coyuntura bélica, ofreció aportaciones relevantes en el campo de la psiquiatría militar. Así, por ejemplo, se desarrollaron cuestionarios dirigidos a evaluar la presencia de psicopatías en los soldados antes de ser enviados a la batalla y se formaron especialistas en salud mental en el área de combate para poder intervenir de acuerdo a los principios del *forward treatment*, sin tener que desplazar a los combatientes a hospitales alejados (Carvajal, 2002).

En este contexto, *Men under Stress* (1945) de Grinker y Spiegel representa la obra que, posiblemente, mejor refleja el pensamiento psiquiátrico de la época. En ella, los autores relataron los síntomas psiquiátricos postraumáticos encontrados en el personal militar que había estado bajo el estrés de la guerra. Llevaron a cabo un estudio de 65 casos clínicos, destacando, entre los síntomas encontrados, los estados de dependencia pasiva, sentimientos de culpa y depresivos, reacciones hostiles y de agresividad, y estados que rozaban la psicosis. Además, describen varias terapias destinadas a tratar a los combatientes afectados de dolencias psicológicas postraumáticas.

En los años posteriores al término de la contienda bélica se llevó a cabo un número elevado de investigaciones con sobrevivientes, tanto de los combates como del holocausto; esto ha posibilitado estudiar el curso evolutivo del TEPT y avanzar en el reconocimiento de sus bases biológicas (Carvajal, 2002). Así, Selye y Foster (1950) elaboraron el *Síndrome de Adaptación General* compuesto de tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Como fruto de su trabajo el término de estrés forma parte hoy

día de nuestros usos lingüísticos. Krystal (1969) publicó la obra *Massive Psychic Trauma* en la que se desarrolla el *síndrome de los campos de concentración* encontrado entre los sobrevivientes de los campos de exterminio nazis. La obra *Psychological Aspects of Stress* de Harry S. Abram (1970), considerada una de las contribuciones principales en la evolución del TEPT, examina las respuestas humanas a los eventos estresantes, entre las que se incluyen las reacciones psicológicas ante situaciones de emergencia, campos de concentración, el combate, etc.

La Guerra del Vietnam y el trabajo de Horowitz (1976) ejercieron una influencia importante sobre los autores del DSM-III que recoge por primera vez de manera oficial el diagnóstico de TEPT (Ray, 2008). Se calcula que unos 700.000 veteranos del Vietnam, un cuarto de todos los soldados enviados a la guerra entre 1964 y 1973, precisaron de ayuda psicológica. A pesar de las medidas preventivas que se habían llevado a cabo en el área de la salud mental, el denominado síndrome post Vietnam se diagnosticó con una elevada frecuencia durante la década de los 70 (Carvajal, 2002). Además, los excombatientes, al margen de las consecuencias del drama bélico, tuvieron que afrontar otras dos situaciones extra. Por un lado, la ausencia de reconocimiento social motiva por el rechazo que había generado el conflicto; y, por el otro, la falta de reconocimiento e indemnización de sus dolencias emocionales (Arboleda-Flórez, 2003). Por su parte, Horowitz realizó una contribución de extraordinaria importancia, cuando postuló que los eventos traumáticos de carácter altamente estresante eran seguidos de una secuencia predecible y esperable de síntomas. Esta sintomatología se caracterizaba por efectos intrusivos, el trauma se reexperimentaba, y efectos de negación y evitación, es decir, esfuerzos para evitar recuerdos del trauma e intentos de olvidarlo.

Al margen de estos dos condicionantes importantes en el reconocimiento del TEPT, no se puede olvidar la importancia influencia que ejerció el feminismo para que el trastorno fuese reconocido por la comunidad científica. Durante esa misma época, la popularidad de este movimiento social ascendió hasta límites considerables convirtiéndose en un importante grupo de presión. Señalaban que las mujeres y los niños expuestos a eventos traumáticos de la vida civil, como las violaciones y agresiones sexuales, desarrollaban una sintomatología semejante a la de los excombatientes.

Estos dos grupos de presión, los excombatientes y las feministas, acompañadas de las formulaciones de los psiquiatras, los argumentos judiciales, la reivindicación

moral y la presión política (González y Pérez, 2007), llevó a que estos síndromes (v. gr., mujer violada, mujer maltratada, niño maltratado, veterano de guerra) se incluyeran en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) bajo la categoría del Trastorno de Estrés Postraumático (Avia y Vázquez, 2006; Calcedo, 2003), que viene a ser una nueva etiqueta para lo que en su momento Kardiner había denominado *neurosis de guerra* (Arboleda-Flórez, 2003).

En el siguiente punto abordaremos cómo ha ido evolucionando el tratamiento que los principales manuales de diagnóstico de las enfermedades mentales han dado a la sintomatología postraumática, prestando especial atención al DSM.

3.4.1.2. La inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático en el DSM.

La serie de los *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) se inició en 1952 con el DSM-I (APA, 1952) y en relación con la sintomatología traumática desarrolló el diagnóstico de *gran reacción de estrés* (*Stress Response Syndrome*), enmarcándolo dentro de la categoría de trastorno de personalidad situacional transitorio. Con ello se reconocía que ciertas reacciones podían aparecer en las personas normales ante un estrés físico y emocional extremo. Asimismo, recogió un rasgo único que lo diferencia de los otros diagnósticos de este manual: es el primer diagnóstico psiquiátrico cuyo origen es social, externo y observable, esto es, no se debe a problemas internos o inherentes a la personalidad del afectado (Arboleda-Flórez, 2003). No obstante, esta sintomatología se consideraba reversible y se consideraba que el yo debería volver a su estado normal después del tratamiento (Ray, 2008). En el DSM-II (1968) la categoría diagnóstica utilizada fue la de *trastorno situacional transitorio* (*situational adjustment reaction*).

En este mismo intervalo temporal, en relación con las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalar que en 1956 la CIE-8 recogió el trastorno situacional transitorio, en el que incluyó la fatiga de combate y la gran reacción de estrés (OMS, 1965). La CIE-9 en 1975 tipificó la reacción aguda de estrés, que podía generarse por un estresor tanto de carácter físico como mental, y que presentaba síntomas como la alteración emocional y de la conciencia, y trastornos psicomotores.

Hubo que aguardar, tal y como se mencionó previamente, al año 1980 para que, por primera vez, se recogiese de manera oficial el diagnóstico de TEPT. Los criterios diagnósticos que lo componían se recogen a continuación:

A. Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.

B. El reexperimentar el traumatismo se pone de manifiesto por al menos uno de los siguientes síntomas:

1. Recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento.
2. Sueños recurrentes del acontecimiento.
3. Comportamiento repentino o sentimiento también repentino, como si el acontecimiento traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideacional.

C. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la incorporación a él, que empieza en algún momento después del trauma, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:

1. Disminución marcada del interés en una o más actividades significativas.
2. Sentimientos de separación o de extrañeza frente a los demás.
3. Constricción del afecto.

D. Al menos dos de los siguientes síntomas no estaban presentes antes del trauma

1. Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada.
2. Alteraciones del sueño.
3. Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimiento por la conducta llevada a cabo para la supervivencia.
4. Fallas de memoria o dificultades de concentración.
5. Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático.

6. Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

Además, se establecieron dos subtipos: el agudo y el crónico. Para el primero, los síntomas han de iniciarse durante los seis meses posteriores al trauma y su duración tiene que ser inferior a los seis meses; mientras que la segunda tipología establece como requisito que los síntomas han de durar más de seis meses o aparecen por lo menos seis meses después del trauma. Posteriormente, la revisión del DSM-III (APA, 1987) incorporó entre los criterios diagnósticos que los síntomas debían durar por lo menos un mes. Por otro lado, señaló que el TEPT no podía ser diagnosticado ante estresores normales (i.e. problemas económicos, duelos, divorcios, etc.), esto es, el evento estresor tenía que estar fuera de los márgenes ordinarios de la experiencia humana (v.gr. Violaciones, guerras, desastres naturales, etc.) generando miedo intenso, terror o desesperanza en el individuo.

En el año 1994 se publica el DSM-IV, en el que el TEPT que se componía de los siguientes criterios diagnósticos:

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

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás.

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo estar "aturdido").

3. Desrealización.

4. Despersonalización.

5. Amnesia disociativa (por ejemplo incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios o *flashbacks* recurrentes o sensaciones de estar reviviendo la experiencia y molestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerden el acontecimiento traumático.

D. Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento del alerta (*arousal*) (por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican por la presencia de un trastorno psicótico breve ni constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente en los Ejes I o II.

En esta versión, el primer criterio se compone de un elemento objetivo y otro subjetivo. De este modo, ha de existir un agente estresor, pero además éste desencadenará en el sujeto una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos. Otra incorporación relevante la constituye el criterio que especifica que los síntomas deben provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo. Por otro lado, en esta versión se incluye el diagnóstico de trastorno por estrés agudo (TEA) que ya había sido recogido en la CIE-

10 (OMS, 1992) y cuya principal diferencia con el TEPT es el criterio temporal, en este caso, en el TEA los síntomas deben presentar una duración inferior a un mes.

La versión actual, el DSM-IV-TR (APA, 2002), recoge al TEPT dentro del apartado dedicado a los trastornos de ansiedad y lo define de acuerdo a los siguientes criterios diagnósticos:

A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias (en nuestro caso sería el acto delictivo):

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

B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
4. Reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades de concentración.
4. Hipervigilancia.
5. Respuesta de sobresalto exageradas.

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

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

Asimismo, nos ofrece una serie de posibles estresores para el TEPT: ser partícipe o combatir en un conflicto bélico, ser víctima de violencia personal, secuestros, sobrevivir a desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes en medios de transporte y ser diagnosticado con una enfermedad terminal. Además, incorpora la distinción entre TEPT agudo (los síntomas duran menos de tres meses), crónico (los síntomas duran tres meses o más) y de inicio demorado (cuando el trastorno se desarrolla transcurridos, al menos, seis meses desde la experiencia del evento traumático).

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) define el TEPT de acuerdo a los siguientes criterios diagnósticos:

A. Exposición. El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

B. Reexperimentación. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C. Evitación. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

D. Una de las dos:

1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.

2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:

a. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

b. Irritabilidad.

c. Dificultades de concentración.

d. Facilidad para distraerse.

e. Sobresaltos y aprensión exagerados.

E. Los criterios B, C y D se cumplen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

A diferencia del DSM-IV-TR, no establece la distinción entre TEPT agudo, crónico y de inicio demorado, pero sí recoge un diagnóstico denominado *transformación persistente de la personalidad tras experiencia traumática (F62.0)* dirigido a situaciones tales como los campos de concentración, desastres y catástrofes, situaciones de cautiverio prolongado, exposiciones prolongadas a situaciones que representan una amenaza para la vida o torturas. Otra diferencia entre ambos manuales alude al criterio A2 del DSM (respuestas de temor, desesperanza u horror intensos) que no es necesario en para la CIE-10 (Yule, Williams y Joseph, 1999). Por otro lado, en el criterio de evitación la CIE-10 recoge que es suficiente una única forma de evitación para entender que el criterio está presente, mientras que en el DSM se requiere de la presencia de, al menos, tres. En esta línea, señalar que si bien las diferencias entre ambas clasificaciones carecen de relevancia desde un punto de vista clínico, sí pueden tener consecuencias importantes a escala epidemiológica. No obstante, los dos sistemas coinciden en el papel crucial que juega la reexperimentación como elemento diferenciador del resto de los trastornos mentales (Carballal, 2009).

Resumiendo la evolución del trastorno presentada anteriormente, podemos decir que, en la actualidad, cuando nos referimos al TEPT, éste se caracteriza por la existencia de un evento traumático que representa una amenaza para la vida o la integridad física y que puede ser experimentado de diferentes maneras por la persona, esto es, puede sufrirlo sobre sí misma, presenciarlo sobre un tercero o enterarse a través de otros de los ocurrido. No obstante, cualquiera de estas tres formas ha de generar una respuesta en la persona de fuerte temor. Por otro lado, la sintomatología del TEPT se compone de una tríada clínica que comprende fenómenos invasores (reexperimentación), respuesta de evitación y embotamiento emocional, y un estado general de hiperalerta.

3.4.1.3. Diagnóstico diferencial, comorbilidad, curso y epidemiología.

Como diagnósticos diferenciales del TEPT se establecen el trastorno adaptativo, el trastorno de estrés agudo, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad, la reacción de duelo, los trastornos disociativos, los facticios y la simulación.

El TEPT presenta una elevada comorbilidad, llegando a alcanzar en algunos estudios el 80% (i.e. Brady, 1997; Solomon y Davidson, 1997). Se ha evidenciado que puede aparecer acompañado de los siguientes cuadros: trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y suicidio, psicosis reactiva breve, trastorno disociativo de identidad múltiple, fuga disociativa, amnesia disociativa, trastornos de conversión, de despersonalización, por somatización, de personalidad tipo límite o antisocial o trastornos mixtos de la personalidad, hipocondriasis, histeria o trastorno adaptativo (p. e., Brooks, 1995; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Embry, 1990; Green, Lindy y Grace, 1985; Schiebe, Bagby, Miller y Dorian, 2001). Más concretamente, en veteranos de Vietnam, se ha observado que el 66% padece otro trastorno afectivo o de ansiedad, y el 39% presenta abuso o dependencia de alcohol (Center for Disease Control, 1988). En una investigación desarrollada sobre población general, Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson (1995) encontraron que el TEPT se acompañaba de otro trastorno en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres, pero, además, en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres existían tres o más diagnósticos. Los resultados encontrados en el estudio mostraban que los diagnósticos que acompañan al TEPT con mayor frecuencia eran el abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43,3%, fobia simple (30%), fobia social (38%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%). Finalmente, reseñar de acuerdo con Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin y Sundbom (1998) que el diagnóstico de TEPT constituye en sí mismo un elevado riesgo para intentos suicidas.

Existen cuatro enfoques diferentes sobre la etiología de la comorbilidad del TEPT. En primer lugar, algunos modelos establecen que la comorbilidad es consecuencia del TEPT, esto es, los trastornos que aparecen asociados lo hacen como reacción al mismo. El segundo enfoque, asume que el evento traumático provoca los

diferentes trastornos que aparecen en el individuo, es decir, tanto el TEPT como los otros trastornos comórbidos serían consecuencia de los factores de vulnerabilidad (McMillen, North, Mosley y Smith, 2002). El tercer modelo establece que el TEPT sería un diagnóstico falso consecuencia del solapamiento de los síntomas que componen los otros trastornos con el TEPT; no obstante, este modelo, de acuerdo a varias investigaciones, no puede explicar satisfactoriamente la comorbilidad de los trastornos del humor y de ansiedad con el TEPT (Blanchard, Buckley, Hickling y Taylor, 1998; Franklin y Zimmerman, 2001; McMillen y otros, 2002; Perkonigg y Wittchen, 1998). Por último, el cuarto enfoque sostiene que psicopatologías preexistentes crean la vulnerabilidad que propicia el desarrollo del TEPT; sin embargo, sólo se ha observado psicopatología en un tercio de los casos de TEPT (Perkonigg, Kessler, Storz y Wittchen, 2000). En un estudio reciente, Wittmann, Moergeli, Martin-Soelch, Znoj y Schnyder (2008) pusieron a prueba los dos primeros modelos explicativos e introdujeron la posibilidad de que la tipología del trauma también podría influir sobre la comorbilidad, considerando ésta como un tercer modelo; sus resultados les llevaron a concluir que la integración de los tres modelos es la que mejor describe la comorbilidad.

En relación con el curso del TEPT, Carvajo (2002) recoge una revisión de varios estudios sobre el curso de la patología en diferentes tipos de víctimas. En víctimas de violación a los nueve meses del hecho traumático un 47 por ciento presenta síntomas y a largo plazo (11-17 años) sólo un 16%. En víctimas de accidentes de tráfico, a los tres años del mismo, un 11% permanece aquejado. Se han detectado síntomas de TEPT, al cabo de un año, entre el 30-40% de los sujetos que habían sufrido lesiones físicas graves. Asimismo, se ha detectado que entre el 10 y el 15% de los pacientes evolucionará hacia la cronicidad.

Al adentrarnos en la epidemiología del TEPT, lo primero que se aprecia es una amplia heterogeneidad en los resultados de los estudios. Algunos autores señalan cifras de prevalencia en población general del 1-2% (Helzer, Robins y McEvoy, 1987; Perkonigg y otros, 2000), mientras que otros ascienden la prevalencia a valores muy superiores, llegándose a un porcentaje del 18,3% para población femenina (Breslau, David, Peterson y Schultz, 1997). Carvajal (2002) en una revisión de los estudios de Lessler y Breslau, elaboró la prevalencia del TEPT en función del hecho traumático y del sexo (véase Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia (%) del TEPT en función del hecho traumático y del sexo

<u>Tipo de Trauma</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Violación	65	45,9
Abuso sexual	12,2	26,5
Asalto	1,8	21,3
Accidente	6,3	8,8
Desastres naturales	3,7	5,4
Comabate	38,8	-----
Testigo de muerte o graves lesiones	9,1	2,8
Informarse acerca del hecho traumático	1,4	3,2
<u>Muerte súbita de un ser querido</u>	<u>12,6</u>	<u>16,2</u>

Dentro del Estado Español, Echeburúa y Corral (1998) corroboraron, entre víctimas de violencia de género, una prevalencia entre el 50-55%. Posteriormente, se observó una prevalencia del 54,5% en una muestra compuesta por víctimas de agresión sexual, violencia familiar y terrorismo. Específicamente, se detectaron prevalencias del 66,7% en víctimas de atentados terroristas, del 69,9% para las agresiones sexuales y del 46,2% en los pacientes afectados por violencia de género (Amor y otros, 2002; Echeburúa y otros, 2002). También, entre de víctimas de violencia de género, Vilariño, Arce y Carballal (2009) hallaron una prevalencia del 56%; no obstante, un estudio actual (Labrador y otros, 2010) informa de un porcentaje inferior (37%).

Finalmente, en relación con la prevalencia del TEPT, Rosen (2006) señala la necesidad de ser cautos a lo hora de tomar como reales los valores encontrados en la investigación, debido al riesgo considerable de que estén sobreestimados como consecuencia de la simulación del trastorno. De hecho, se ha documentado la existencia de cuadros simulados de TEPT (Burkett y Whitley, 1998; Lynn y Belza, 1984; Rosen, 1995) y la dificultad que entraña la detección de presentaciones fingidas del Trastorno (Hickling, Blanchar, Mundy y Galovski, 2002; Rosen y Phillips, 2004). En esta línea, Rosen y Taylor (2007) desarrollaron el concepto de *Pseudo-PTSD*, para referirse a aquellos casos en los que la sintomatología presentada por el paciente es una simulación. Con el objetivo de proteger los datos epidemiológicos del TEPT, sería conveniente, tal y como recomiendan los autores, que se siguiesen las recomendaciones

de la APA, referentes a la necesidad de descartar la simulación en aquellos casos en que pueda presentarse y que aparecen recogidas en el DSM-IV (APA, 2002). De este modo, cuando los evaluados estén inmersos en procesos judiciales de los que podrían obtener algún beneficio o ventaja por padecer el TEPT, existe un claro riesgo de presentación simulada y, de no llevarse a cabo un estudio de la misma, corremos el riesgo de realizar un diagnóstico falso. En este sentido, Rosen y Taylor (2007) identifican una serie de investigaciones en las que se observa una más que posible sobreestimación de los resultados de prevalencia, por no tomar en consideración estas recomendaciones (i.e., Blanchar y otros, 1996; Daly y Johnston, 2002; Yule y otros, 2000). En estos estudios, la mayoría de los sujetos estaban inmersos en procesos judiciales, pero no se consideró la posibilidad de que la presentación del TEPT fuese simulada, o si se consideró, se limitaban a mencionar que los sujetos parecían honestos a la hora de presentar la sintomatología o que los evaluadores no tenían la impresión de haber sido engañados, sin llevarse a cabo un adecuado estudio de la simulación. Por consiguiente, no es de extrañar que los datos de prevalencia obtenidos resultasen superiores a los encontrados anteriormente para casos semejantes. En definitiva, sería recomendable adoptar una postura cauta en relación con los datos de prevalencia del TEPT y, para favorecer una adecuada estimación de los datos epidemiológicos, cuando se realicen investigaciones, llevar a cabo un estudio de la simulación con todos los medios existentes.

3.4.1.4. Factores intervinientes en el desarrollo del TEPT.

Nadie está exento de padecer a lo largo de su vida algún evento traumático con la potencialidad suficiente de desarrollar un TEPT, pero esta condición no garantiza la aparición de la patología. De hecho, se estima que en torno al 30% de la población general se ve expuesta a acontecimientos de estas características, pero sólo entre el 10%-20% desarrollarán el TEPT (Simon, 1995). En esta línea, estudios realizados con población norteamericana (Breslau y otros, 1995; Davidson, 2000; Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson, 1995) hallaron cifras de prevalencia de exposición a sucesos traumáticos, que oscilan entre un 39,1% y un 60% a lo largo de la vida. Por consiguiente, podría decirse que las situaciones traumáticas son un fenómeno bastante habitual. No obstante, la probabilidad de desarrollar un TEPT es relativamente baja, lo

que ha llevado a algunos autores a señalar que la mayoría de las personas expuestas a un trauma no desarrollarán la enfermedad (p.e. Show, Stelleman, Stelleman, Sommer y Sommer, 1998).

Estos resultados motivaron la realización de diferentes investigaciones dirigidas a analizar qué variables intervienen en el impacto de la vivencia traumática, o lo que es lo mismo, cuáles serían los factores de riesgo para desarrollar un TEPT. Así, se ha trabajado sobre una doble tipología de variables: exógenas y endógenas; esto es, factores dependientes del hecho traumático (variables exógenas) y dependientes del sujeto (variables endógenas) (Carballal, 2009; Carvajal, 2002).

En relación con las características del evento traumático, se ha considerado que su intensidad y frecuencia intervienen en la probabilidad de que se desencadene un TEPT. Asimismo, si el suceso traumático es producto de la acción del ser humano existen más probabilidades de que se desarrolle el TEPT, que si es fruto de un desastre natural (Breslau y Davis, 1992; Breslau y otros, 1995). De acuerdo con Carballal (2009) los eventos que se han considerado más proclives para desarrollar el TEPT serían los siguientes: catástrofes naturales (terremotos, huracanes, etc.), catástrofes no naturales (guerras, atentados terroristas, etc.), actos violentos (asaltos, violencia familiar), abusos (abusos sexuales, violaciones, etc.), enfermedades graves y sus tratamientos (trasplantes, cáncer, etc.) y traumas a seres queridos (muerte súbita, lesiones graves, etc.). En una evaluación de las experiencias traumáticas de mayor ocurrencia en la población, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995) detectaron una frecuencia creciente de TEPT que va desde la exposición a desastres, a accidentes, a asaltos, a abusos, a situaciones de combate, con un pico máximo en las violaciones. En esta línea, son varios los estudios que coinciden en señalar la agresión sexual como el acontecimiento estresante que implica un mayor desarrollo del TEPT, estimándose que entre el 50-70% de las mujeres violadas lo padecen (Darles-Bornoz y Lépine, 1999; Echeburúa y otros, 2002; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995). Sin embargo, no existe homogeneidad epidemiológica y otros estudios muestran probabilidades inferiores (i.e. Foa, 1997).

Atendiendo a los factores dependientes del sujeto, se ha observado que un importante número de personas manifiesta una elevada resistencia ante eventos estresantes de carácter extremo (Avia y Vázquez, 2006); por consiguiente, no existe una relación lineal entre la intensidad del acontecimiento traumático y la reacción de la

persona al mismo. En esta línea, Foa, Zinbarg y Rothbaum (1992) han señalado que la capacidad de control que tiene el sujeto sobre la situación, la capacidad de predecir el hecho y la amenaza percibida son factores que gradúan la intensidad de la respuesta al trauma. De modo semejante, se ha considerado que la interpretación subjetiva que hace el sujeto de la situación estresante y su incapacidad para readaptarse serían variables mediadoras (Gisbert y Gisbert, 1998; Nadelson, 1989). Otros factores relativos al individuo serían el sexo, la personalidad y las enfermedades mentales previas. Así, se ha observado que las mujeres presentan el doble de posibilidades de presentar el TEPT que los hombres (Breslau y otros, 1998; Kessler y otros, 1995); que rasgos de personalidad como el neuroticismo o antecedentes de alteración de conducta en la preadolescencia (robo, vandalismo, etc.) elevan el riesgo de desarrollar el trastorno (Breslau y otros, 1991; Helzer y otros, 1987); y que la existencia de enfermedades mentales previas representa uno de los factores de mayor vulnerabilidad (Breslau y otros, 1991; Bromet, Sonnegá y Kessler, 1998).

Por su parte, Brewin, Andrews y Valentine (2000) llevaron a cabo un meta-análisis de los factores de riesgo del TEPT en adultos, encontrando que estos podían dividirse en tres categorías: factores que predicen TEPT sólo en algunas poblaciones (sexo, edad del trauma y raza), otro grupo formado por nivel educacional, trauma previo y biografía adversa en la niñez, que predecirían el TEPT de manera más consistente, aunque variarían en función de la población estudiada, y los métodos empleados; y un tercer grupo de factores con efecto predictivo más uniforme (antecedentes psiquiátricos personales y familiares, e historia de abuso en la niñez). No obstante, advierten que, de manera individual, ninguno de estos factores tiene un efecto significativo a la hora de predecir TEPT. Asimismo, recogen que un apoyo social débil o la aparición de algún evento vital significativo posterior al trauma, se convierten en factores de riesgo de mayor importancia que las características propias del mismo, como puede ser su severidad.

En relación con los factores propios del individuo, resulta de interés el estudio realizado por Chiriboga (1989) acerca de los rasgos que definen a las personas con mayor resistencia al estrés y a la tensión, las denominadas *superfrontadoras*, caracterizadas por poseer una sensación de control sobre sus vidas, tener vidas ricas y plenas, y presentar una red efectiva de apoyo social.

Por su parte, Avia y Vázquez (2006) recogen una serie de factores que de manera genérica intervienen en el desarrollo del TEPT tras la experiencia de un acontecimiento traumático, éstos son: personalidad, historia familiar, apoyo recibido, estilo de afrontamiento, experiencias pasadas, rasgos biológicos y la coexistencia de otros eventos negativos.

Dentro del ámbito específico de la violencia de género, se han hallado una serie de variables que median entre el maltrato y el desarrollo del TEPT. A continuación, se muestran algunos de los resultados encontrados. Así, Astin, Lawrence y Foy (1993) en un estudio llevado a cabo con mujeres maltratadas detectaron que el soporte y apoyo social de la víctima, la severidad e intensidad de la violencia, el estilo de vida, las creencias religiosas y otros agentes estresantes de la vida familiar eran variables intervinientes en la aparición del TEPT. Por su parte, Street y Arias (2001) observaron que los sentimientos de vergüenza y culpabilidad que sienten algunas víctimas contribuyen al desarrollo del TEPT. Aunque algunos hallazgos (Woods, 2000) pusieron de manifiesto que la severidad del maltrato y el riesgo vital sufrido por la víctima correlacionaban con el TEPT; Arias y Pape (1999) encontraron que el abuso psicológico era más predictivo en el desencadenamiento del TEPT en la mujer maltratada, que la severidad o frecuencia del daño físico soportado. Asimismo, otras variables de carácter exógeno, esto es, relativas a las características del trauma, como la existencia de abusos sexuales (Schaaf y Mccanne, 1998) y que la víctima haya sido sometida a acoso (Mechanic, Uhlmansiek, Weaver y Resick, 2000) influyen en la presentación del TEPT. Por otro lado, Amor y otros (2002) revelaron que las circunstancias del maltrato afectaban a la gravedad psicopatológica (TEPT y malestar emocional) de las víctimas. En concreto, su estudio mostraba que la situación de la mujer en relación con la convivencia con el agresor estaba asociada al TEPT, en el sentido de que si la mujer todavía convivía con el agresor, o se había separado recientemente mayor era la gravedad del TEPT, sobre todo si habían existido relaciones sexuales forzadas; es decir, la inmediatez del suceso traumático y la violencia sexual incrementan la gravedad del trastorno. Además, encontraron que las mujeres que carecían de apoyo social o familiar mostraban una mayor gravedad del TEPT. Finalmente, cabe destacar en relación con el factor edad que Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral (2007) detectaron una mayor prevalencia del trastorno en las víctimas más jóvenes (menos de 30 años) que en las de mayor edad, con unos tasas del 42% y del 27%, respectivamente.

A lo largo de este apartado, se ha abordado la temática relativa a la víctima, dedicando una atención especial y concreta a la violencia de género. Asimismo, se ha tratado profusamente el TEPT debido a que, dentro del ámbito forense, el daño psíquico consecuencia de la violencia de género se operativiza a través de este trastorno. Así, quedaría por presentar algún procedimiento que permita evaluar el daño psíquico de la víctima. De este modo, esta cuestión se llevará a cabo dentro del siguiente capítulo de este trabajo, una vez abordada la temática de la simulación; ya que dentro del contexto judicial, además de evaluar el estado psicológico de la víctima, es imprescindible llevar a cabo un estudio de la simulación (APA, 1995). Más concretamente, con este objetivo, se presentará el Protocolo de medida de las secuelas psicológicas consecuencia de la violencia de género y control de la simulación de Arce y Fariña (2007a).

4. ESTUDIO DE LA SIMULACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO LEGAL.

“En los diferentes ámbitos del ejercicio profesional del psicólogo, el disimulo, el encubrimiento, la exageración, el filtrado y el falseo de la información suministrada o la negación de problemas son fenómenos muy frecuentes, y constituyen un importante obstáculo a la hora de realizar una correcta evaluación de cada caso y de tomar decisiones.” (Lemos, 2005, p. 58).

De acuerdo con este planteamiento, la labor del psicólogo, independientemente de su campo profesional, está mediatizada por el grado de sinceridad ofrecido por el evaluado. No obstante, las implicaciones que este fenómeno acarrea son diferentes en función del área de trabajo, debido a que las motivaciones de un paciente en un caso clínico son claramente distintas de las que subyacen a la persona evaluada en un contexto legal. Asimismo, las consecuencias que se derivan de una simulación en el contexto forense no son equiparables a las de un caso clínico. No en vano, el propio DSM-IV (APA, 1995) alerta al profesional de esta problemática, advirtiéndole que las evaluaciones enmarcadas dentro de un contexto legal han de prestar atención a los posibles intentos del individuo por falsear su sintomatología.

Por ello, dada la relevancia que el estudio de la simulación presenta dentro del contexto forense, a lo largo de este capítulo, se persigue realizar una aproximación al campo de la simulación. Se ofrecerá una definición de la misma y sus niveles de prevalencia, se expondrán las diferentes tipologías de simulación y simuladores que han ido apareciendo y, para finalizar el apartado, se presentará un protocolo dirigido a la evaluación del daño psíquico consecuencia de la violencia de género con control de la simulación (Arce y Fariña 2007a).

4.1. Definición de simulación.

La simulación forma parte de la naturaleza humana y afecta tanto al área personal como social del individuo (Lemos, 2005). Como señalan Aronoff y otros (2007) el concepto de simulación viene de muy antiguo, ya en los tiempos bíblicos los

individuos fingían enfermedades para evitar ejecuciones. Así, las personas a lo largo de los años han recurrido a la simulación para evitar trabajos, el servicio militar, responsabilidades, etc. Por consiguiente, se puede señalar que la simulación ha acompañado perennemente la existencia humana.

Son múltiples las definiciones de simulación que se podrían presentar, resultando complejo limitarnos a una única aproximación. De hecho, sigue existiendo una falta de acuerdo en torno a la definición. No obstante, en este trabajo se tomará como referencia la ofrecida por la APA en el DSM-IV (2005), en base al amplio reconocimiento internacional que existe sobre la misma. Así, en este manual, la simulación se clasifica dentro del apartado “*Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica*”, y es definida como “la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas”. Incorpora además la posibilidad de que la simulación tenga lugar como una conducta adaptativa ante circunstancias adversas. Además, señala que conviene sospechar la existencia de simulación cuando se cumple alguno de los siguientes criterios:

- a) Se presenta en un contexto médico-legal (ej.: que la valoración médica se realice por petición de un fiscal).
- b) Existe discrepancia entre la alteración manifestada por la persona y los datos objetivos obtenidos a partir de la exploración clínica.
- c) El sujeto no colabora mientras se realiza la valoración diagnóstica y no cumple el régimen de tratamiento prescrito.
- d) El sujeto presente un trastorno antisocial de la personalidad.

En relación con esta aportación, podríamos señalar siguiendo a Gisbert (1991) que los requerimientos de la simulación son voluntariedad consciente del fraude; la imitación de trastornos patológicos o sus síntomas; y una finalidad utilitaria, esto es, la pretensión de conseguir unos determinados beneficios, en este caso, legales. En consecuencia, el diagnóstico clínico no puede aunarse directamente sino que previamente ha de someterse a prueba la hipótesis de simulación. Así, si se observa simulación el diagnóstico clínico no será válido en tanto que si no se encuentra ésta, se asume el diagnóstico clínico alcanzado (Arce y Fariña, 2007b).

No obstante, como señalan Rogers y Vitacco (2002) no podemos limitarnos a estos indicadores de simulación que nos proporciona la APA. De acuerdo con los datos disponibles podría cometerse una elevada tasa de falsos positivos, en torno al 80%. Por ejemplo, Kucharski, Duncan, Egan y Falkenbach (2006) encontraron que aunque existe cierta relación entre psicopatía y simulación, la psicopatía no es un indicador útil de la misma. Por ello, se han desarrollado métodos estandarizados para detectar la simulación que se presentarán posteriormente.

4.2. Prevalencia de la simulación.

De acuerdo con Inda, Lemos, López y Alonso (2005) la simulación puede presentarse en todo tipo de enfermedades somáticas y trastornos mentales, siendo el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el síndrome de daño cerebral postraumático, la amnesia y la psicosis los principales trastornos que suelen ser objeto de simulación. No obstante, resulta excesivamente complejo establecer unas tasas de prevalencia esclarecedoras, éstas son muy difíciles de determinar, entre otras cuestiones, porque los simuladores exitosos no son detectados y, por lo tanto, no pueden ser incluidos (Conroy y Kwartner, 2006). De este modo, el signo predominante que se extrae de los datos ofrecidos por las diferentes investigaciones es la variabilidad y la ausencia de consenso. Aronoff y otros (2007) han recogido las tasas de prevalencia de simulación de los trastornos mentales, de las alteraciones cognitivas y de los dolores crónicos, arrojadas en diferentes estudios (véase Tabla 4).

Tabla 4. Tasas de prevalencia de simulación

Simulación de trastornos mentales

Keiser (1968)	TEPT	1%
Miller y Cartlidge (1972)	TEPT	50%
Henderson (1986)	TEPT	50%
Rogers (1986)	Simulación de locura y juzgado cuerdo	24,5%
	Simulación clara	4,5%
	Probable simulación	20%
Rogers (1990)	Simulación en población encarcelada	5-50%

Rogers y otros (1994)	Casos forenses	15,7%
	Casos no forenses	7,4%
Schretlen y otros (2000)	Acusados de delito	11,3%

Simulación de alteraciones cognitivas

Hopwood and Snell (1933)	Simulación de amnesia	22%
	Clara simulación	14%
	Probable simulación	8%
Kiersch (1962)	Amnesia falsa detectada por hipnosis	41%
	Simulación de amnesia reconocida	25%
Heaton y otros (1978)		64%
Helbrun y otros (1990)	Daño neuropsicológico	67%
	Daño neuropsicológico en trabajadores inmersos en procesos de compensación	47%
Binder (1993)	Daño neuropsicológico	18-33%
Trueblood y Schmidt (1993)	Daño neuropsicológico	7,5-15,7%
Frederick y otros (1994)	Daño neuropsicológico	10-25%
Rogers y otros (1994)	Casos forenses	15,7%
	Casos no forenses	7,4%
Greiffenstein y otros (1994)	Déficits en litigantes por lesión personal	60-64%
Guilmette y otros (1994)	Reclamaciones a la Seguridad Social	18%
Meyers y Diep (2000)	Síntomas cognitivos secundarios al dolor	
	En procesos legales	29%
	No en procesos legales	0%
Meyers y Volbrecht (2003)	Daño neuropsicológico	15-20%

Simulación de dolor crónico

Leavitt y Sweet (1986)		5-20%
Kay y Morris-Jones (1998)		20%
Fishbain y otros (1999)		1,25-10,04%
Gervais y otros (2001)	Dolor crónico por fibromialgia	
	Solicitando invalidez	44%
	En situación e invalidez	23%
Meyers y otros (2002)	En proceso legal	36%

	No en proceso legal	0%
<u>Larrabee (2003)</u>	<u>Media de varios estudios</u>	<u>40%</u>

4.3. Diferentes clasificaciones de la simulación.

Seguidamente, revisaremos algunas tipologías de simulación y de simuladores de trastornos físicos y psíquicos. La primera fue presentada por Porot en 1921, proponiendo la siguiente clasificación de simulaciones de síndromes mentales:

- a) Simulación mental total o verdadera. La persona es absolutamente consciente a la hora de fingir un determinado trastorno y lo hace con la finalidad de alcanzar unos beneficios que previamente se ha propuesto. El autor entiende que este tipo de simuladores suelen ser identificados debido a que, en la mayoría de los casos, presentan síntomas absurdos o estructuras sindrómicas incoherentes.
- b) Sobresimulación. Los individuos exageran ciertas anomalías o trastornos psíquicos que verdaderamente padecen. La idea subyacente a esta definición está en la noción compartida por muchos autores de que bajo la simulación se esconde generalmente una personalidad anómala.
- c) Metasimulación. Como el propio término indica, el simulador se vale de los conocimientos que tiene sobre la simulación, con la salvedad de que éstos tienen su origen en una enfermedad que ha padecido anteriormente. Además, se requiere que busque obtener determinados beneficios.

Ulteriormente, Porot (1977), en base a la personalidad del simulador y la actitud que adopta, amplió su descripción con la tipología de simuladores:

- a) Simuladores pasivos. Simulan principalmente defectos funcionales. Adquieren actitudes negativistas, de inhibición.
- b) Simuladores activos. Crean y mantienen su sintomatología por medio de procesos psicomotores activos (se provocan lesiones, fingen cojera, etc.).
- c) Simuladores absurdos. Se trata principalmente de individuos que simulan trastornos mentales adoptando una conducta extravagante, con la manifestación de síntomas absurdos.

Por su parte, Vallejo-Nájera (1930) diferenció, en función de la personalidad del simulador, entre simuladores “ocasionales” y simuladores “perpetuos o permanentes”, entre los que, según el autor, aparece un mayor porcentaje de anomalías psíquicas o psicológicas que conforman la base constitucional de su tendencia a la simulación. Además, para el grupo de los simuladores permanentes, Vallejo-Nájera estableció la siguiente tipología:

- a) Simulador inculto. Se refiere a sujetos de escasa inteligencia y cultura.
- b) Simulador sugestionable. Se trata de individuos de personalidad psicopática con fuertes sentimientos de inseguridad que simulan la enfermedad como forma de afrontar las dificultades.
- c) Simulador paranoide. Hablamos de personas que sobreestiman su personalidad lo que los lleva a no reconocer situaciones de inferioridad.
- d) Simulador histérico. Para este tipo la simulación de la enfermedad es un modo de demandar atención. En la histeria auténtica resulta complejo distinguir entre simulación consciente y aquello que se genera en base a mecanismos inconscientes.
- e) Simulador mitómano o fabulador. Se refiere a personas para las cuales la simulación responde a una necesidad de suscitar admiración y asombro en los demás, con el objetivo de satisfacer su vanidad.
- f) Simulador emotivo. Se trata de individuos caracterizados por su timidez y cobardía, que simulan por miedo al ridículo.
- g) Simulador amoral. Consiste en una persona que simula para obtener una recompensa económica por parte de un seguro o eludir la responsabilidad por haber cometido un determinado delito.
- h) Simulador profesional. Hablamos de individuos cuya manera de vivir es la simulación de enfermedad en busca de las ventajas que esto pueda proporcionarle aprovechándose, por ejemplo, de la caridad de las personas.

Desde la perspectiva de las implicaciones cognitivas para el sujeto de la simulación, Utitz (1950) diferenció entre “autosimulación”, y “disimulación”. La autosimulación sería el proceso por el que el individuo que finge un determinado trastorno, llega a autoconvencerse de la autenticidad de sus síntomas, generándose el

desarrollo de un auténtico trastorno. Por su parte, la disimulación consistiría en el ocultamiento, de forma consciente y orientado a la consecución de determinados objetivos, de aquellos síntomas que padece.

Más recientemente y desde el marco jurídico, se han presentado otras clasificaciones atendiendo a la finalidad de la simulación, a la naturaleza del fraude y a las motivaciones de la simulación (Gisbert, 2005). De este modo, de acuerdo con las “finalidades” de la simulación, se diferencian los siguientes tipos:

- a) Simulación defensiva. Se trata de una simulación que pretende evitar una condena o sanción.
- b) Simulación ofensiva. Radica en una simulación cuyo objetivo es intentar dañar a otro mediante la atribución del origen del trastorno que finge.
- c) Simulación exonerativa. Se refiere a una simulación que tiene como finalidad la evitación de una obligación.
- d) Simulación lucrativa. Designa un tipo de simulación que tiene como pretensión el explotar la caridad de los demás.
- e) Simulación adulatora. Consiste en la simulación, por parte de los discípulos, de defectos o dolencias de sus maestros.
- f) Simulación ambiciosa. Equivalente a la anterior pero con el objetivo de obtener honor.
- g) Simulación afectiva. Se refiere a que la simulación tiene su origen en razones sentimentales o afectivas.

Con respecto a la “naturaleza del fraude”, se diferencian varias enfermedades:

- a) Enfermedades provocadas. Estamos ante una enfermedad real pero sus síntomas o lesiones tienen un origen intencionado por parte del sujeto con el objetivo de conseguir determinados fines.
- b) Enfermedad alegada. El sujeto informa de una sintomatología de la cual no existe manifestación objetiva.
- c) Enfermedad imitada. El individuo imita los síntomas o características externas de la enfermedad.

- d) Enfermedad exagerada. El sujeto exagera síntomas que ha padecido con anterioridad.
- e) Enfermedad imputada. El simulador trata de falsear el origen de una enfermedad que existe realmente.
- f) Enfermedad disimulada. La persona trata de ocultar una patología que realmente padece.

En la evaluación de un posible simulador resulta de interés conocer las “motivaciones” que pueden llevar a un individuo a fingir un trastorno. A continuación, se exponen las causas de simulación más habituales, que incluirían:

- a) Eludir obligaciones oficiales, como por ejemplo, prestar declaración ante tribunales y autoridades judiciales, evitar el ingreso en prisión, etc.
- b) Obtener indemnizaciones y/o perseguir venganzas personales, atribuyendo a otros el origen de la enfermedad o trastorno.
- c) Explotar la caridad pública, provocando sentimientos de lástima en los demás.
- d) Reclamar indemnizaciones a los seguros por enfermedades o accidentes laborales o bien conseguir y/o aumentar el tiempo de baja en el trabajo.
- e) Rehuir la responsabilidad penal por un delito grave, alegando un trastorno o enajenación que lo exima según las leyes recogidas en el Código Penal.
- f) Conseguir ser declarado inválido de forma oficial, con los beneficios que ello conlleva.
- g) Evitar el cumplimiento del servicio militar.
- h) Disimular enfermedades que realmente padece el individuo, para evitar la incapacidad civil, poder acceder a determinados puestos de trabajo, hacerse un seguro de vida, etc.

Gisbert (2005), en función de la intencionalidad del simulador clasificó la simulación en:

- a) Simulación total y verdadera. El sujeto es plenamente responsable y consciente de la simulación. Ésta también se refiere como: fake bad, faking bad, malingering, feigning o fingimiento negativo (Jiménez y Sánchez, 2003).

- b) Sobresimulación. Existe una patología de base, que es exagerada por el simulador.
- c) Metasimulación. Ésta consiste en la perseveración de un cuadro clínico que ya ha remitido.
- d) Disimulación. Ésta se relaciona con la ocultación de sintomatología con el fin de obtener un alta médica o con la obtención de un fin en el contexto jurídico. Otras denominaciones son: fake good, faking good o fingimiento positivo (Jiménez y Sánchez, 2003).

Por otro lado, conocer los aspectos que caracterizan a los simuladores puede resultar muy útil a la hora de tomar en consideración la posibilidad de simulación ante determinados sujetos, favorecer su comprensión y facilitar la evaluación en tales casos. En esta línea, algunos autores han establecido, a partir de diversas investigaciones, diferentes rasgos que se observan frecuentemente en sujetos simuladores. Por ejemplo, Aldea (1994) ha elaborado un perfil de simulador. Así, señala que la simulación presenta mayor frecuencia entre los hombres con una edad de comienzo entre los 24 y los 56 años. Generalmente, pertenecen a un nivel sociocultural bajo y se caracterizan por una adaptación social oportunista y cambiante. Por otro lado, refiere que sus ingresos hospitalarios se caracterizan por su escasez y baja duración, aunque en ocasiones, pongan en peligro su vida al intentar simular una enfermedad grave. Asimismo, la mayor parte de los simuladores rechazan las evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente. Finalmente, entiende que el origen de la perturbación es consciente, que existe un control voluntario sobre la sintomatología y que persigue la consecución de algún tipo de indemnización o ventaja.

En cuanto a la sintomatología de la simulación, Gisbert (2005) destacó que son muchos los síndromes y procesos patológicos que un sujeto puede llegar a simular, agrupándolos en cuatro categorías:

- a) Alegación de síntomas. En este caso no existe manifestación externa de síntomas. El sujeto simulador se restringe a dar una descripción subjetiva sobre los mismos.

- b) Simulación propiamente dicha. En ésta se observa una manifestación externa de la sintomatología, como puede ser lentitud cognitiva cuando se realiza la evaluación.
- c) Imitación. El sujeto recurre a aparatos externos y productos químicos.
- d) Provocación de sintomatología. Mediante este procedimiento el sujeto simulador tratará de provocarse una determinada sintomatología y modificará el origen de la misma.

En suma, en el análisis de la simulación deben considerarse todas las modalidades del simulador, su perfil, así como la motivación y los objetivos a alcanzar.

4.4. La detección de la simulación de trastornos mentales.

En ocasiones, se ha cuestionado la capacidad de los clínicos para identificar a las personas que de modo deliberado exageran o fabrican síntomas asociados a algún trastorno mental. Rosenhan (1973), por ejemplo, encontró como un grupo de “pseudopacientes” no eran clasificados como simuladores a pesar de su presentación atípica y deliberada. Además observó que, si los profesionales eran alertados de la posibilidad de que en muchos casos se encontraban ante individuos simuladores, se incrementaba considerablemente el número de falsos positivos (Rosenhan, 1973).

De hecho, no debemos olvidar que la evaluación forense y la clínica no son equiparables. Los objetivos que se persiguen, así como las consecuencias que se derivan de las mismas, son claramente distintas. Por consiguiente, la labor de evaluador presenta importantes diferencias en función del contexto en que esté trabajando, tanto en lo referente a su actitud como al procedimiento de evaluación. De este modo, en la práctica clínica no se describen casos de simulación, por el simple hecho de que no se buscan (Rogers, 1997a). El propósito del profesional consiste en ayudar al paciente a superar la problemáticas que refiere, careciendo de la necesidad de cuestionarse la veracidad de la sintomatología manifestada. Por el contrario, el forense no sólo ha de limitarse a evaluar el estado clínico y a interpretar los resultados, sino que, además, ha de estudiar la

simulación, ya que las conclusiones de su análisis poseen consecuencias legales que podrían motivar al evaluado a falsear su sintomatología.

Se han señalado otra serie de circunstancias, ampliando las recogidas en el DSM-IV, que de estar presentes, aconsejan sospechar simulación. Por su parte, Conroy y Kwartner (2006) refieren que la simulación se caracterizaría por:

- a) Las respuestas serán menos psicóticas con la fatiga. Por ello es recomendable realizar entrevistas largas cuando se sospecha simulación.
- b) Mayor presencia de síntomas negativos que positivos. Esto es, habitualmente, aparecerán delirios o alucinaciones, pero un comportamiento catatónico o un afecto aplanado raramente serán simulados.
- c) Es probable que el simulador enfatice sus delirios.
- d) Las aberraciones aparecen más en lo que verbaliza que en la forma de pensar. Por ejemplo, es complicado simular un lenguaje desorganizado o la fuga de ideas a lo largo de una entrevista de larga duración.
- e) Respuestas aproximativas.
- f) Aquiescencia del sujeto ante los síntomas sugeridos por el evaluador. Los simuladores tienden a asumir que padecen la sintomatología que refiere el evaluador, cuando consideran que incrementará la apariencia de psicopatología.
- g) Combinación de síntomas no consistentes con ninguna enfermedad mental. Los simuladores suelen relatar síntomas de modo indiscriminado, ya que creen que a mayor número de síntomas mayor será la gravedad del trastorno.

Desde el ámbito de la Neuropsicología Forense y con el objetivo de evaluar la simulación de trastornos cognoscitivos, se recogen una serie de criterios que, de estar presentes, aconsejan sospechar simulación. Así, García-Domingo, Negro-López y Fernández-Guinea (2004) señalan los siguientes:

- a) Incompatibilidad entre los resultados de las pruebas y el perfil de los síntomas propios de las lesiones neurológicas subyacentes.
- b) Bajo rendimiento en tareas motoras y sensoriales y actuación normal en pruebas de medida de capacidades cognitivas, como la memoria.

- c) Inconsistencia en las respuestas del sujeto, yerra en tareas sencillas y contesta adecuadamente a cuestiones que suponen los mismos procesos cognitivos.
- d) El paciente no presenta sintomatología una vez abandona el hospital, apareciendo las quejas después de un periodo de tiempo y evolucionan progresivamente.
- e) El paciente manifiesta permanentemente su incapacidad para retornar al trabajo anterior.

Por su parte, Lezak, Howieson y Loring (2004) recogen la siguiente relación de criterios:

- a) Presencia de importantes incentivos externos.
- b) Evidencia de los tests neuropsicológicos:
 - b.1 Tendencia de respuesta negativa
 - b.2 Tendencia de respuesta probable en un test válido.
 - b.3 Discrepancia entre los datos del test y los patrones de funcionamiento cerebral.
 - b.4 Discrepancia entre los datos y el comportamiento observado.
 - b.5 Discrepancia entre los datos e informes fiables.
 - b.6 Discrepancia entre los datos y el historial clínico.
- c) Evidencia de la información del paciente:
 - c.1 Discrepancia entre la historia autoinformada del paciente y la historia documentada.
 - c.2 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y los patrones de funcionamiento cerebral.
 - c.3 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y el comportamiento observado.
 - c.4 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y los informes de informadores cercanos.
- d) Evidencia de disfunción psicológica exagerada o inventada.

- e) Comportamientos de los apartados 2) y 3) que no han sido completamente considerados por el psiquiatra o el neurólogo.

El estudio de la simulación y de los instrumentos para detectarla es un área en pleno auge y evolución, que tendrá repercusiones relevantes en la práctica clínica, forense y médico legal (González-Ordi y Iruarrizaga, 2005). Un buen número de investigaciones (p.e., Grote, Kaler y Meyer, 1986; Kane, 1999), en su mayoría realizadas con población entrenada para simular, por la gran complejidad que reviste encontrar muestras de simuladores auténticos, han analizado la capacidad de diferentes estrategias y escalas para detectar simulación, ofreciéndonos un conjunto de instrumentos que, en mayor o menor medida, resultan útiles y fiables para identificar sujetos simuladores. Aunque ocasionalmente los autores difieren en sus resultados, hasta el momento presente no existe un único instrumento capaz de identificar si un individuo está simulando un trastorno mental. Sin embargo, usando una combinación de diferentes estrategias, pautas de evaluación y métodos de medidas podemos obtener datos que nos ayuden a decidir si es o no probable que nos encontremos ante un caso de simulación (Kane, 1999).

Asimismo, cuando se sospecha simulación, para llevar a cabo una correcta evaluación, se debe proceder con el sujeto como si se tratara de un auténtico enfermo, efectuando un examen profundo de su estado mental y considerando las circunstancias que rodean al individuo, para conocer si existe algún móvil o fin utilitario de su conducta (Gisbert, 1991). Además, es recomendable ser cuidadoso en la entrevista de aquellos sujetos sospechosos de estar simulando, y dejar que expongan su discurso intentando evitar interrumpirlos. Una vez haya finalizado su discurso, podremos aclarar con preguntas específicas los detalles de interés (Resnick, 1997). Estas preguntas deben ser formuladas evitando dar al sujeto pistas acerca de aquello que estamos preguntando, o que puedan de algún modo facilitarle la elaboración de la respuesta (por ejemplo, si le preguntamos acerca de sus alucinaciones, evitar darle pistas acerca de la naturaleza de las auténticas alucinaciones). Es probable que los simuladores no posean la sofisticación psicológica y médica que una correcta simulación requiere para fingir con éxito los síntomas (Grote y otros, 1986). Además, debemos evitar mostrar expresiones de irritabilidad o incredulidad, pues podríamos generar que el individuo se pusiese a la defensiva (Miller y Cartlidge, 1972).

La entrevista debe ser larga ya que la fatiga disminuye la capacidad del simulador para elaborar la falsificación de su informe (Anderson, Trethowan y Kenna, 1959; Conroy y Kwartner, 2006), apareciendo contradicciones en su exposición a lo largo del tiempo (Kane, 1999). La realización de múltiples preguntas también incrementa la probabilidad de que el simulador entre en contradicciones en sus respuestas. Podemos acudir a diferentes estrategias, como plantear preguntas acerca de síntomas absurdos o incongruentes con aquello que simula y observar si el individuo los acepta incorporándolos a su elaboración (Rogers, 1991). Es conveniente tener presente que, por lo general, los simuladores no asienten a todos los síntomas que de este modo se les plantean, pero sí suelen hacerlo cuando se trata de síntomas obvios de psicopatología, aunque no se relacionen directamente con aquello que el sujeto finge padecer.

Tal como ya se ha descrito entre los motivos de la simulación, rehuir la responsabilidad penal por un delito grave, alegando un trastorno o enajenación, que lo exima según las leyes recogidas en el Código Penal, puede llevar a un individuo a simular un trastorno mental. Rogers (1997) establece una serie de elementos a tener en cuenta en la evaluación clínica de un acusado criminal, para determinar si está simulando algún trastorno mental con la pretensión de rehuir la responsabilidad penal, por la comisión de un delito. Recomienda hacerse con toda la información posible a partir, por ejemplo, de informes policiales, declaraciones de testigos del delito, hallazgos de la autopsia, información psiquiátrica previa, declaración del acusado, etc. En esta línea, Conroy y Kwartner (2006) señalan la importancia de obtener este tipo de información colateral, destacando la relevancia de conseguir expedientes académicos, informes de evaluaciones y de tratamientos sobre salud mental, informes médicos, antecedentes policiales, y entrevistas de las personas que han estado en contacto con el sospechoso. Por lo tanto, antes de la realización del examen clínico es conveniente entrevistar a los miembros de la familia y a los testigos del delito para obtener información relevante, tanto del individuo como del crimen, sin que el acusado llegue a saber que el perito posee dicha información. De este modo podrá llevarse a cabo una valoración de la veracidad del autoinforme del sujeto, al compararlo con esta información previa (Conroy y Kwarth, 2006). Asimismo, el acusado ha de ser evaluado tan pronto como resulte posible, para disminuir la probabilidad de que construya una historia falsa y para que se reduzcan las distorsiones de memoria. Debemos informarle

del propósito del examen clínico y de la falta de confidencialidad. Si el clínico se muestra empático y manifiesta apoyo, le resultará más fácil obtener una información más completa (Resnick, 1997).

Como se presentará a continuación, se han desarrollado una serie de estrategias de detección de simulación. Dentro de éstas destacan, por ser las más valoradas actualmente, tras haber sido validadas a través de múltiples estudios, las cuatro principales: *síntomas raros*, *agrupación indiscriminada de síntomas*, *síntomas obvios* y *síntomas improbables* (Lewis y Saarni, 1993). En este sentido, Sweet (1999) recomienda el uso de diferentes estrategias en el intento por descartar o detectar simulación: aplicar medidas específicas que evalúen la falta de esfuerzo, como tests de elección forzosa, evaluar el exceso de inconsistencias, comparar datos de la evaluación con el comportamiento diario del sujeto, comparar el autoinforme del sujeto con información sobre su vida real, etc.

Por último, señalar que, antes de diagnosticar simulación, siguiendo las recomendaciones ofrecidas por García-Domingo y otros (2004), se debería tener en cuenta estas cuestiones:

- a) El diagnóstico de simulación debería fundamentarse en los datos extraídos de varias fuentes de información.
- b) Es necesario, antes de diagnosticar simulación, desechar otras posibles explicaciones: daño cognitivo, efectos de la medicación, factores motivacionales, etc.
- c) La decisión sobre la presencia o no de simulación debe basarse en la consistencia de los resultados de las diferentes pruebas.

4.4.1. Instrumentos útiles para detectar la simulación.

El gran interés que despierta la detección de la simulación de trastornos mentales, explica la amplia variedad de estudios que analizan la eficacia de los instrumentos que se pueden emplear a la hora de evaluar a un posible simulador, así como la proliferación y el desarrollo de nuevas escalas y métodos, que en muchos casos están todavía siendo validadas y perfeccionadas.

A continuación, se recogen los instrumentos más destacados en relación con la medición de diferentes aspectos, como personalidad, funciones cognitivas, o sintomatología específica.

4.4.1.1. Cuestionarios de personalidad.

Dentro de los cuestionarios de personalidad destacan dos instrumentos que la investigación ha identificado como útiles para la detección de la simulación: El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y el PAI (Personality Assessment Inventory).

MMPI y MMPI-2

En 1994, Shuman, manifestó que el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, McKinley, Hathaway y Meehl, 1948) era el test psicológico más útil para la identificación de exageración o minimización de síntomas. Ciertamente, hasta el momento presente continúa siendo el test más importante en la evaluación de la simulación, debido sobre todo a la utilidad de sus escalas de validez para la identificación de actitudes ante el test (Rogers, 1997b). Como señalan Butcher y Ben-Porath (2004) algunos de los elementos de esta prueba que han contribuido a su amplia divulgación son: incorpora un conjunto amplio de factores de personalidad y psicopatológicos que han demostrado su fiabilidad, validez y estabilidad a lo largo del tiempo; se han añadido nuevas escalas conforme se producían nuevos avances en psicopatología, renovando el instrumento; posibilita comparar perfiles individuales con una gran base de datos normativa elaborada durante décadas de estudio; permite una interpretación objetiva siguiendo normas estandarizadas; y, por último, se ha baremado y adaptado a diversos idiomas y países, lo que facilita la comparación transcultural.

El MMPI-2 es una versión revisada del original MMPI. Consta de 567 ítems a los que el sujeto tiene que responder “Verdadero” o “Falso”. La evaluación de la personalidad se realiza mediante diez escalas clínicas, que miden Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social. Asimismo, cuenta con una enorme cantidad de escalas adicionales, que nos ofrecen información de diferentes características de la personalidad del sujeto, si bien la mayor parte de las mismas

cuentan con escasa efectividad en la práctica, hasta que no demuestren su utilidad y validez (Roig-Fusté, 1993).

Tal como se ha descrito, el MMPI incorpora una serie de escalas de control o validez, que nos posibilitan conocer hasta qué punto la información proporcionada por el sujeto es válida y fiable, e informan de la actitud que el sujeto evaluado adopta, por lo que resultan de especial importancia para el propósito que se está tratando.

Las principales escalas de validez son:

- La escala de interrogantes (?) recoge el número de ítems a los que el sujeto no contesta y aquellos en los que marca ambas opciones de respuesta. Un elevado número de omisiones (más de 30) invalida el cuestionario o, al menos, indica que debe ser considerado como altamente sospechoso (Roig-Fusté, 1993; Rogers, 1997b).

- La escala L, escala de Sinceridad o Mentira, indica, a medida que la puntuación aumenta, el grado de distorsión, generalmente con la intención de dar buena imagen. Está compuesta por 15 cuestiones que hacen referencia a comportamientos socialmente aceptables, pero que pocas personas cumplen en todas las ocasiones.

- La escala F, escala de Validez o de Incoherencia, evalúa el grado en que el individuo se siente confuso o mal (Pope, Butcher y Seelen, 2000) y detecta patrones de respuesta inconsistentes (Clark, Girona y Young, 2003). Cuando la puntuación típica supera 70 se interpreta, entre otras posibilidades, como una probable simulación o un intento de dar mala imagen (Lachar, 1974; Rogers, 1997b).

- El factor corrector (K), mide hasta qué punto el sujeto está a la defensiva o adopta una postura demasiado crítica, acentuando sus aspectos negativos. Se compone de ítems más sutiles que los de la escala L, permitiendo así detectar posturas defensivas incluso en individuos sofisticados en sus respuestas. Una puntuación baja en K (T menor a 40) se puede interpretar como un intento de simulación o de exageración de síntomas. Este factor se utiliza para corregir determinadas escalas clínicas (Roig-Fusté, 1993; Rogers, 1997b).

A partir de las tres últimas escalas (L, F y K) se perfilan dos configuraciones específicas que han mostrado tener un significado relevante (Duckworth y Anderson, 1995):

1. Perfil en V invertida: con L y K por debajo de 50 y F sobre 60; sugiere que el sujeto demanda ayuda. Si F está sobre 80 debe considerarse la posibilidad de exageración de síntomas.
2. Perfil en V: con L y K significativamente sobre F; señala que, posiblemente, la persona miente para dar buena imagen.

- El *índice F-K* fue desarrollado por Gough en 1950, para identificar perfiles de buena y mala imagen (Kane, 1999). Si este índice es inferior o igual a -8 , podemos considerar que la persona no finge mientras que una puntuación superior a 25-30 indicará simulación o enfermedad fingida (Rogers, Sewell y Salekin, 1994). No obstante, no existe consenso entre los diferentes autores sobre los puntos de corte definitivos para detectar simulación (González-Ordi e Iruarrizaga, 2005)

- La *escala Obvio- Sutil* de Weiner-Harmon, ha sido elaborada con el propósito de identificar la simulación, existiendo durante años una controversia respecto a la eficacia de la misma (Kane, 1999). Según Rogers y otros (1994) una puntuación de 74 o menor sugiere que la persona no simula, mientras que una puntuación de 190 o mayor, indica que la simulación es extremadamente probable. Por su parte Greene (1997) considera que sólo una puntuación igual o superior a 250 advierte de una probabilidad alta de simulación.

-La *escala de simulación positiva* (Mp), ha sido desarrollada con el objetivo de conocer la defensividad del sujeto ante el MMPI. Diversas investigaciones han encontrado que se trata de una escala muy efectiva (Caldwell, 1997; Greene, 1997). Nichols y Greene (1991) actualizaron esta escala para el MMPI-2, denominándola *escala de otros engaños* (O Decp). Una puntuación de 18 en esta última escala identifica al 90% de los simuladores mientras que una puntuación de 20 reconoce al 95% de los mismos.

Por otro lado, el MMPI-2 añade nuevas escalas de validez, de entre las que destacan la siguientes:

- *Escala Fb*, contiene 40 ítems con una frecuencia de respuesta extremadamente baja, ayudando a excluir individuos que presentan registros inaceptables.

- *Escala VRIN*, mediante pares de ítems cuyo significado es muy parecido o opuesto mide la consistencia de las respuestas.

- *Escala TRIN*, compuesta exclusivamente de pares de ítems de contenido opuesto, procura identificar a personas que tienden a responder sin atender al contenido.

Aldea (1994) realizó una revisión de diferentes trabajos para detectar población simuladora (cfr., Beaver, 1985; Bernard, 1990; Binder, 1992; Gillis, Rogers y Bagby, 1991; Grignolo, 1988; Hawk, 1989; Lees-Haley, English y Glenn, 1991) por medio de las escalas de validación del MMPI y MMPI-2, obteniendo que los resultados de los “simuladores” en estas pruebas se corresponden con el siguiente patrón:

- a. Puntuaciones extremadamente altas en la escala F.
- b. Valores altos en el índice F-K.
- c. Perfiles clínicos elevados en las escalas 2, 4, 6 y 8 (Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia, respectivamente).
- d. Descenso de la escala ES (escala de la Fuerza del Yo).
- e. Puntuaciones mayores de 100 en la subescala Obvio-Sutil (diferencia entre la suma de puntuaciones T de Obvio y las de Sutil).

Frente al amplio número de estudios similares realizados con anterioridad en contextos experimentales, con individuos entrenados para fingir síntomas psicopatológicos y la escasez de investigaciones con sujetos extraídos de poblaciones clínicas o forenses, Wasyliv, Grossman, Haywood y Cavanaugh (1988) analizaron, utilizando muestras forenses, la eficacia de las escalas de validez del MMPI como detectoras de sujetos simuladores. Las conclusiones extraídas del estudio evidenciaron que el MMPI es un instrumento útil en la detección de simuladores, ya que diferenciaba, en las escalas de validez, entre individuos previsiblemente simuladores en el campo forense y otros ya declarados no imputables por razón de enfermedad mental.

Además, los datos mostraron una correlación positiva y significativa entre la duración de la pena privativa de libertad, que correspondería a los sujetos en caso de ser condenados, y las puntuaciones obtenidas en las escalas que indican simulación, Ds y O-S. A su vez, pusieron de manifiesto una correlación negativa, también significativa, entre la duración de dicha pena y las puntuaciones en las escalas que evalúan minimización de síntomas, L y Mp.

Por su parte, Nicholson y otros (1997) encontraron, al estudiar la utilidad de diferentes escalas de validez del MMPI-2 como indicadores de distorsión de respuestas,

que las escalas F y F-K eran indicadores robustos de los intentos de dar mala imagen, mientras que el índice O-S se mostraba más débil aunque también útil en esta tarea. También, se ha observado que las escalas F y Fb detectan eficazmente individuos que pretenden mostrar mala imagen, simulando o sobredimensionando síntomas psicopatológicos (Bury y Bagby, 2002; Elhai y otros, 2004; Strong, Greene y Schinka, 2000). Asimismo, Butcher (2005) señala que cuando F y/o Fb muestran puntuaciones T mayores de 100 y VRIN es menor o igual a 79, es recomendable sospechar simulación. Un meta-análisis sobre el MMPI y la detección de la simulación (Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003) apoya la eficacia de la escala F, aunque cuestiona el uso rutinario de la escala Fb. También apoya la utilidad de la escala Ds y de la estrategia de síntomas raros que se correspondería con la escala Fp (F-psychiatric; Arbisi y Ben-Porath, 1995). Otra investigación reciente, con una muestra española (Arcey otros, 2009), halló que las escalas F y K eran indicadores fiables de simulación (clasificación correcta del 81,2% y 89,1%, respectivamente), ahora bien, el porcentaje de sujetos no clasificados correctamente superaba el margen de error admisible estadísticamente. La escala L no detectó ninguna de las simuladoras. Por su parte, el índice F-K también fiable (clasificación correcta del 79,2%), a diferencia del perfil en V invertida, pero el margen de error excedía lo estadísticamente admisible. En relación con las escalas adicionales, la Fb representa un indicador fiable, pero se observa que se solapa con la escala F sin ofrecer valor añadido alguno. Por último, respecto con el estudio global de la simulación, estos autores, siguiendo a Graham (2006), entienden que para invalidar un perfil se requiere que al menos dos de las escalas originales de validez relevantes para la simulación (F y K) o de sus combinaciones (índice F-K y perfil en V invertida) presenten puntuaciones invalidantes. En su estudio, el 86,14% de las participantes satisfacen este criterio. Sin embargo, el porcentaje (13,86%) que no satisface este criterio excede el margen de error asumible estadísticamente.

Las investigaciones sobre el MMPI-2 con la finalidad de desarrollar nuevos índices de validez son continuas. Ejemplo de ello, es el *Malingering Discriminant Function Index (M-DFI)* desarrollado por Bacchiochi y Bagby (2006) que perseguía el objetivo de ser un índice de control que no resultase afectado por el entrenamiento. No obstante, algunas investigaciones evidencian que no mejora la capacidad de detección de las estrategias existentes del MMPI (v. gr. Toomey, Kucharski y Duncan, 2009; Steffan y Morgan, 2008).

En la actualidad, la eficacia del MMPI y el MMPI-2 en la evaluación de la simulación sigue siendo ampliamente reconocida por numerosos autores y contrastada por multitud de investigaciones que la incorporan como instrumento de evaluación de exageración o fabricación de síntomas (p.e, Elhai y otros, 2004; Lyons y Wheeler, 1999; Pope, Butcher y otros, 2000; Rogers, 1997b; Rogers y otros, 2003; Sotelo, 2009).

Existe una última versión del MMPI, el MMPI-A, elaborada para aplicar a adolescentes de entre 14 y 18 años, debido a que tanto el MMPI como el MMPI-2 están desarrollados para su aplicación en población adulta, si bien se ha demostrado que el MMPI puede ser usado con adolescentes desde los 13 años, que posean al menos un nivel de estudios correspondiente al sexto curso de primaria (Kane, 1999). También con el MMPI-A, se constató la fiabilidad a la hora de detectar psicopatología fingida (Rogers, Hinds y Sewell, 1996).

Inventario de Valoración de la Personalidad (PAI)

El PAI fue creado por Morey en 1991, suponiendo un avance importante en la evaluación de psicopatologías mediante medidas objetivas de personalidad. A nivel psicométrico, presenta una serie de ventajas con relación a otras medidas de personalidad:

- Las respuestas a los ítems reflejan cuatro grados de aprobación (falso, ligeramente cierto, medianamente cierto y muy cierto).
- Su validez discriminante se ve incrementada al utilizar escalas no solapadas.

Otras características positivas de esta prueba son su fácil comprensión lectora, la integración de subescalas para la interpretación clínica y la validez y, por último, su selección de síntomas y características asociadas, que representa un amplio y completo espectro de síndromes y trastornos. Al respecto, cuenta con cuatro escalas que evalúan diferentes estilos de respuesta: inconsistentes (INC), infrecuentes (INF), impresiones negativas (NIM) e impresiones positivas (PIM).

Las escalas INC, compuestas por 10 pares de ítems altamente correlacionados, y la INF, con 8 ítems sobre psicopatología no correlacionados, son sensibles a la consistencia de las respuestas. Por su lado, la escala PIM contiene 9 ítems que evalúan

defensión, mientras que la escala NIM, construida a partir de 9 ítems altamente atípicos sobre psicosis, disforia y trastornos orgánicos, está diseñada para valorar simulación.

Morey (1991) ha puesto a prueba este instrumento en un estudio sobre simulación, encontrando que una puntuación mayor de 8 en la escala NIM, suponía una correcta clasificación del 88.6% de los simuladores y una clasificación incorrecta del 10.2%. A partir de este estudio, el autor planteó la necesidad de comprobar la efectividad de esta escala en la detección de simulación de trastornos específicos. En esta línea Rogers, Ornduff y Sewell (1993) confirmaron la efectividad de la escala NIM para la detección de esquizofrenia fingida. Sin embargo, resultó marginalmente efectiva en casos de simulación de depresión, e ineficaz para detectar simulación de trastornos de ansiedad generalizada. Aunque los resultados obtenidos en esta investigación variaban en función del trastorno simulado, la preparación o entrenamiento, no mostró ser relevante en el éxito de la simulación, si bien los sujetos sofisticados o entrenados alcanzaban mayores puntuaciones clínicas. Este resultado confirma las conclusiones de otras investigaciones (p.e., Petersen y Vigilione, 1991), que han planteado la cuestión de que el conocimiento de los índices de detección del cuestionario utilizado puede resultar útil para eludir tal detección, mientras que el conocimiento sobre el trastorno solamente produce un efecto marginal sobre el éxito de la simulación. Si bien estos investigadores comparten la idea de que el PAI puede resultar útil en la detección de la simulación, recomiendan usarlo como un método de acercamiento, con finalidad exploratoria.

Con posterioridad, el propio Rogers (Rogers y otros, 1996) llevó a cabo un nuevo estudio para evaluar la eficacia del PAI a la hora de detectar trastornos mentales simulados, en el que introdujo la novedad de comparar el desempeño de los simuladores, ingenuos y entrenados, con los resultados de verdaderos pacientes con esquizofrenia, depresión y ansiedad generalizada. Aunque moderadamente efectiva con simuladores ingenuos, la escala resultaría sólo modestamente útil con simuladores expertos o entrenados. Ante este resultado, por medio de un análisis discriminante, obtuvieron una tasa de éxito moderadamente alta para el PAI (mayor al 80%), independientemente del entrenamiento de los sujetos y del trastorno que simulasen. Además, observaron que los simuladores ingenuos adoptaban un estilo de respuesta global con elevaciones en la mayoría de las escalas clínicas, mientras que los sofisticados eran más consistentes con el trastorno que se le había designado,

produciendo modelos de síntomas bastante creíbles. Sin embargo, ambos grupos encontraban dificultades para fabricar un patrón completo de síntomas, similar al manifestado por muestras clínicas. Así, de acuerdo con los resultados obtenidos en su estudio, los autores concluyeron que el empleo del PAI con fines diagnósticos no es recomendable, pero sí como instrumento de investigación.

Rogers, Ustad y Salekin (1998) realizaron un estudio con población penitenciaria para comprobar la validez del PAI, comparando los resultados de las escalas del PAI con otras escalas, como la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS), la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS) y la Escala de Probabilidad de Suicidio (SPS). Los resultados obtenidos sugieren una aceptable validez del PAI para la investigación de simulación de trastornos mentales, y a la vez una buena validez convergente de los instrumentos utilizados para la detección de simulación, el establecimiento de correlatos clínicos entre trastornos comunes y la evaluación de potencial ideación suicida. Bagby, Nicholson, Bacchiochi, Ryder y Bury (2002) hallaron que la PAI discriminaba entre simuladores entrenados y no entrenados ajenos al contexto criminal, aunque existían diferencias entre los diferentes indicadores de simulación en cuanto a su utilidad. Otra investigación con estudiantes de doctorado instruidos para fingir una discapacidad, puso de manifiesto el potencial de la PAI para discriminar entre discapacidades simuladas y presentaciones facticias (Rogers, Jackson y Kaminski, 2004). Más recientemente, Kucharski, Toomey, Fila y Duncan (2007) en un estudio con población criminal detectaron que, de las escalas de la PAI, la NIM presentaba una buena especificidad y sensibilidad a la hora de discriminar entre simuladores y no simuladores. Por último, señalar que Hawes y Boccaccini (2009) realizaron un meta-análisis que puso de manifiesto que las escalas del PAI eran un buen predictor de la simulación tanto en sujetos no entrenados como entrenados. No obstante, los efectos eran mayores en los individuos no entrenados para simular.

En resumen, de entre los diferentes cuestionarios de personalidad, con potencial para el estudio de la simulación, destacan el MMPI y el PAI. La investigación ha mostrado que ambos procedimientos son sensibles a los intentos de fingimiento de los evaluados (i. e., Arce y otros, 2009; Hawes y Boccaccini, 2009, Rogers y otros, 2003). No obstante, no son prueba suficiente para diagnosticar simulación como han puesto de manifiesto varios estudios, en los que se evidencia que algunos participantes son capaces de simular trastornos psicopatológicos (p. e., Arce, Fariña y Freire, 2002, Arce

y otros, 2006). Por lo tanto, en la práctica psicológica forense han de ser empleados como instrumentos complementarios, dentro de aproximaciones multimétodo, y no recurrir a ellos de modo aislado (Vilariño, Fariña y Arce, 2009).

4.4.1.2. Entrevistas Estructuradas.

Debido a que se ha evidenciado que las entrevistas tradicionales no estructuradas eran poco eficaces en la detección de la simulación, se han realizado pruebas orientadas a la identificación y evaluación de la utilidad de diversas estrategias, y se han creado entrevistas estructuradas que nos facilitan la tarea de discriminación de individuos simuladores (Rogers, 1997b). Tales entrevistas parten esencialmente de la metodología de elección forzosa, donde el rol de la observación clínica está controlado y estrechamente definido (Rogers y Mitchel, 1991).

Diversos autores, partiendo de la idea de que los clínicos tienen enormes dificultades a la hora de evaluar un posible simulador a través de entrevistas no estructuradas, ofrecen tres alternativas (Rogers, 1997b). En primer lugar, complementar la entrevista tradicional con medidas estandarizadas; segundo, incorporar a esta entrevista preguntas clínicas, que sirvan como fuente adicional de datos; y, en tercer lugar, investigar las motivaciones o incentivos externos que puedan indicar la posibilidad de simulación.

Además, las entrevistas estructuradas proporcionan un método sistemático para la evaluación de síntomas y características asociadas a trastornos mentales, pues estandarizan la forma y secuencia de las preguntas clínicas y la cuantificación de los síntomas.

En este contexto, el autoinforme del paciente puede ser analizado por la consistencia de tres parámetros: plantear preguntas idénticas en diferentes momentos, realizar entrevistas colaterales a otros informadores, y utilizar la narrativa inestructurada o discurso libre del sujeto con preguntas estructuradas.

Dos de las entrevistas estructuradas más investigadas y utilizadas en evaluación de sujetos simuladores, son la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)

y la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS) que se presentan a continuación.

Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)

En 1978, Spitzer y Endicott presentaron la escala SADS con la finalidad de estandarizar la entrevista diagnóstica. Consiste en una entrevista semiestructurada larga que requiere una gran destreza y sofisticación por parte del sujeto que intenta simular, a diferencia de las entrevistas tradicionales, pues debe presentar su informe de forma detallada y ordenada en episodios discretos, precisando su comienzo y la severidad y duración de los síntomas. Este instrumento proporciona comparaciones estandarizadas de síntomas. Utilizando partes del SADS en entrevistas corroborativas, se analiza un mismo episodio y se confirma (Rogers, 1986). También, existe una versión del SADS aplicable a niños y adolescentes (entre 6 y 18 años), el K-SADS (Ambrosini, 2000).

Esta escala posibilita llevar a cabo un examen profundo de la consistencia del autoinforme del paciente, cuya variabilidad en entrevistas no estructuradas puede ser debida, por ejemplo, a cambios en el estilo o énfasis de las preguntas clínicas (Rogers, 1997b). La estandarización del SADS permite un control sobre estas fuentes de variabilidad.

En relación con este instrumento, Rogers (1997a) proporciona una serie de datos obtenidos de tres fuentes diferentes, tres estudios (Rogers, 1988; Duncan, 1995; Ustad, 1996) que evalúan simulación en diferentes muestras de individuos (esquizofrénicos, presos y pacientes forenses respectivamente), cuyas puntuaciones excedían sustancialmente algunas puntuaciones de corte del SADS. Para la detección de la simulación se aplicaron, adoptando el paradigma de Rogers (1988) cinco estrategias: síntomas raros, síntomas contradictorios, combinación de síntomas, severidad de síntomas y agrupamiento indiscriminado de síntomas. De los resultados obtenidos se concluyó que no era aconsejable emplear la estrategia “síntomas raros” en el SADS como detectora de simulación, debido al elevado porcentaje de falsos positivos encontrados. Además, se observó que las restantes estrategias resultaban eficaces en la detección de sujetos simuladores, debido a que superaban las puntuaciones de corte establecidas por el SADS en un porcentaje mayor que las otras muestras.

Entrevista Estructurada de Síntomas Informados (SIRS)

La SIRS aparece en 1986 de la mano de Rogers, siendo sometida a numerosas revisiones desde entonces. Fundamentándose en una serie de estrategias clínicas que estaban demostrando su eficacia como indicadores de posible simulación, como una presentación fantástica por parte del sujeto (Davidson, 1949; Ossipov, 1944), inconsistencia en el autoinforme (Rogers, 1986; Wachspress, Berenberg y Jacobson, 1953), manifestación de síntomas incompatible con el diagnóstico psiquiátrico (Resnick, 1984; Sadow y Suslick, 1961), y otras estrategias desarrolladas para formar parte del cuestionario de personalidad MMPI, ya comentadas (índices de consistencia de respuestas, manifestación de síntomas raros, numerosos síntomas obvios y pocos sutiles, variedad de síntomas de forma indiscriminada). Desarrollada para detectar simulación, esta entrevista posee como principal ventaja la eliminación de la subjetividad propia de la observación clínica (Kropp y Rogers, 1993) y, como indica la literatura clínica (Rogers, 1988) y estudios de psicología social (Pollock, 1996; Tesser y Paulhus, 1983; Tetlock y Manstead, 1985), la influencia que la actitud del clínico podría tener sobre la presentación del sujeto, pues en este caso, el evaluador no interviene con preguntas aclaratorias que, a veces, pueden reflejar actitudes como desconfianza o incredulidad hacia el testimonio del sujeto.

La Entrevista Estructurada de Síntomas Informados está desarrollada a partir de tres tipos de preguntas, que conforman un total de 172 ítems elaborados específicamente para medir simulación. Estos tres tipos de cuestiones son (Rogers, 1997b):

- a) Preguntas detalladas: valoran síntomas específicos y su severidad.
- b) Preguntas repetidas: miden la consistencia de las respuestas.
- c) Preguntas generales: evalúan síntomas específicos, problemas psicológicos y patrones de síntomas.

En un principio, la entrevista constaba de 14 escalas, elaboradas para minimizar los falsos positivos (identificar como simuladores a auténticos enfermos), pero su número se ha ido reduciendo a lo largo de múltiples estudios que evaluaban su eficacia en la detección de la simulación (Rogers, Gillis y Bagby, 1990; Rogers, Gillis, Dickens y Bagby, 1991; Rogers, Gillis, Bagby y Monteiro, 1991), en función de la robustez de sus propiedades psicométricas. En la actualidad, se emplean 8 escalas principales, cuya

fiabilidad ha sido comprobada por diferentes investigaciones (Rogers, Kropp, Bagby y Dickens, 1992; Linblad, 1994):

- a) Síntomas raros (RS): Se pregunta al sujeto acerca de síntomas reales que raramente se observan en pacientes psiquiátricos, eligiéndose en función del escaso número de veces que son informados por poblaciones clínicas.
- b) Síntomas improbables o absurdos (IA): Caracterizados por poseer una cualidad fantástica o ridícula, que los diferencia de aquellos que, aunque raros, podrían ser reales.
- c) Síntomas combinados (SC): Se plantean al sujeto síntomas psiquiátricos reales, pero que difícilmente aparecen de forma simultánea, aunque de forma separada sean síntomas corrientes.
- d) Síntomas patentes u obvios (BL): Esta escala se fundamenta en los hallazgos de estudios del MMPI que indican que los simuladores tienden a manifestar un amplio número de síntomas que son señales obvias de enfermedad mental (Greene, 1980). Son aquellos síntomas que individuos legos pueden identificar como indicativos de trastornos mentales graves.
- e) Síntomas sutiles (SU): Esta estrategia se basa en aquellos síntomas que personas inexpertas pueden percibir como problemas cotidianos y no como indicativos de enfermedad mental.
- f) Selección de síntomas (SEL): Se trata de una medida global de los síntomas que, de entre un subconjunto de 32, el sujeto afirma padecer. Esta estrategia parte de observaciones clínicas que sugieren que algunos simuladores informan de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada.
- g) Gravedad de los síntomas (SEV): Parte de la observación de que numerosos simuladores afirman padecer síntomas caracterizados por una gravedad extrema o insoportable. Los sujetos deben señalar en una lista de 32 síntomas, cuáles sufren de forma “insostenible” o “demasiado dolorosa de aguantar”.
- h) Síntomas informados versus observados (RO): Generalmente se centran en síntomas lingüísticos y motrices que puedan ser evaluados directamente por el experto, planteando a los sujetos preguntas acerca de la conducta observable y comparando sus respuestas con la observación clínica.

Se entiende que el SIRS es un instrumento válido con poblaciones criminales y no criminales (Gothard, Rogers y Sewell, 1995; Rogers, 1997b), ya que posibilita distinguir entre sujetos honestos y simuladores y entre simuladores de distintos trastornos mentales, auténticos pacientes y sujetos normales, tal como evidencian varios estudios (Melton, Monahan y Saks, 1997; Rogers, Gillis, Dickens y Bagby, 1991; Rogers, Kropp, Bagby y Dickens, 1992). En esta línea, Gothard (1993) realizó una investigación empleando el SIRS con delincuentes condenados y pacientes psiquiátricos, en el que encontró importantes diferencias en la entrevista estructurada entre sujetos simuladores, enfermos mentales y sujetos normales. Con posterioridad Gothard, Vigilione, Meloy y Sherman (1995) llevaron a cabo un nuevo estudio para evaluar la eficacia del SIRS, en este caso como instrumento de detección de simulación de incapacidad en la sala de justicia. Empleando una puntuación total, a partir de las ocho escalas primarias, como criterio de clasificación, la tasa de éxito era del 90.8%. De facto, de acuerdo con los autores, la elevación de tres o más escalas primarias sería el mejor indicador de simulación, con una tasa de éxito de 97.8%. Estos resultados confirman la validez del instrumento como índice de simulación. Debido a sus óptimas propiedades psicométricas se ha convertido en un instrumento ampliamente utilizado en la práctica de la psicología forense para el estudio de la simulación (Lally, 2003).

Una de las principales limitaciones de la SIRS es el elevado tiempo que requiere su aplicación. Esto ha llevado a que algunos autores desarrollasen versiones reducidas. Así, Norris y May (1998) llevaron a cabo un estudio con población penitenciaria, con la finalidad de conocer el porcentaje de simulación entre los presos, empleando 5 de las 8 escalas principales del SIRS, planteadas como una forma acortada de la escala. Los resultados obtenidos a través de esta versión reducida fueron comparados con los de la entrevista completa, observándose una elevada consistencia entre ambas. Los datos mostraban que este instrumento clasificaba correctamente al 88 % de los sujetos, destacando además un mayor porcentaje de simulación entre individuos con menos años de escolarización y menor edad, entendiendo estos dos aspectos como característicos de sujetos simuladores, tal como se había expuesto en estudios anteriores (Rogers y otros, 1992; Hankins, Barnard y Robbins., 1993). Sin embargo, Norris y May (1998) entienden que la utilidad de esta versión reducida del SIRS es adecuada para un nivel inicial de evaluación, pero no como determinación final de simulación, para lo que será necesario complementarla con otras medidas como el MMPI, entrevista

clínica, observación y otras fuentes de información. Por su parte, Story (2000) también puso a prueba una versión abreviada de la SIRS, que constaba de 71 que comprendían seis de las escalas de la SIRS. Esta prueba clasificó correctamente el 78,9% de los simuladores y un 90% de los no simuladores. Asimismo, presentaba altas correlaciones con algunos de los índices de simulación del MMPI-2. No obstante, la validez cuestionable de estos grupos de criterios limita la interpretación de los resultados. Más recientemente, Green, Rosenfeld, Dole, Pivovarova y Zapf (2008) desarrollaron y examinaron la efectividad de una versión abreviada de la SIRS, denominada SIRS-A. Ésta se compone de 69 ítems que pertenecen a las ocho escalas primarias de la SIRS, que son las que presentan una validez y fiabilidad más fuerte y representan los únicos índices usados para analizar si una persona está simulando o respondiendo honestamente. Los resultados de su investigación sugieren un interesante potencial de la SIRS-A, de cara a evaluar simulación en pacientes psiquiátricos. A pesar de ello, todavía se requiere mayor investigación, debido a que su sensibilidad es equiparable, incluso superior, a la de la SIRS original, pero su especificidad es más pobre, lo que genera un mayor número de falsos positivos.

Con el objetivo de evaluar la eficacia del SIRS en la detección de sujetos simuladores se han utilizado muestras de sujetos entrenados para fingir un trastorno mental. De este modo, Rogers y Mitchell (1991) encontraron que un grupo de sujetos mentalmente sanos, instruidos para fingir trastornos mentales (incentivados con la consecución de dinero si conseguían engañar a los evaluadores) y un grupo de pacientes psiquiátricos que se presuponía eran realmente simuladores, obtenían resultados similares en la Entrevista Estructurada de Síntomas Informados. Además, estos resultados eran significativamente diferentes a los obtenidos por un grupo de pacientes psiquiátricos (sin evidencias de simulación) y por un grupo de sujetos mentalmente sanos, instruidos para ser honestos en sus respuestas. En el mismo sentido, Rogers, Gillis, Bagby y Monteiro (1991) examinaron los efectos del entrenamiento sobre la habilidad de los sujetos para fingir un trastorno mental. Aunque estos sujetos fueron capaces de modificar sus respuestas en el SIRS, gracias al efecto del entrenamiento, la entrevista mantuvo su capacidad para discriminar entre simuladores y auténticos pacientes psiquiátricos. Por su parte, Kurtz y Meyer (1994) evaluaron la eficacia del SIRS para clasificar correctamente simuladores, entrenados y no entrenados, y sujetos honestos (pacientes psiquiátricos y sujetos normales), evidenciándose que la entrevista

era altamente efectiva en dicha tarea, de modo que clasificaba de forma adecuada al 88.8% de los participantes en su experimento.

Como se ha señalado la eficacia de la SIRS ha sido probada en contextos clínicos, forenses y penitenciarios, y se ha evidenciado su capacidad para discriminar entre casos clínicos reales y simulados. No obstante, pocos trabajos han evaluado su capacidad en casos de indemnización e invalidez. Por ello, Rogers, Payne, Berry y Granacher (2009) llevaron a cabo un estudio con una muestra conformada por individuos inmersos en casos de indemnización. A partir de sus resultados concluyeron que la SIRS era efectiva en aquellos casos en los que tenía que determinarse la realidad de un diagnóstico relacionado con el trauma como el TEPT o la Depresión Mayor. Sin embargo, aunque es sensible en la detección de alteraciones cognitivas reales, presenta un valor limitado de cara a evaluar su simulación.

También, se ha cuestionado su capacidad a la hora de evaluar pacientes con traumas severos, lo cuales tienden a presentar indicadores de simulación en las medidas psicológicas. Por ejemplo, se ha observado que los individuos con traumas graves tienden a presentar puntuaciones semejantes a las asociadas con la simulación en el MMPI-2 (Elhai, Frueh, Davis, Jacobs y Hamner, 2003; Welburn y otros, 2003). Esta problemática motivó que Rogers, Payne, Correa, Gillard y Ross (2009) estudiaran la utilidad de la SIRS con pacientes que presentaban una sintomatología traumática grave. Sus resultados pusieron de manifiesto que la prueba presentaba una alta sensibilidad, pero la tasa de falsos positivos era elevada. Esto es, algunos pacientes reales con síntomas traumáticos graves eran clasificados como simuladores. Con el objetivo de solventar este problema desarrollaron el Índice de Trauma (Trauma Index) fundamentado en tres de las escalas primarias de la SIRS (combinación de síntomas, síntomas improbables e, inconsistencia de síntomas observados y manifestados) que destacaban por presentar puntuaciones bajas y que, por lo tanto, no parecían verse afectadas por la presencia del trauma. La introducción de este índice reducía sustancialmente la tasa de falsos positivos.

Conviene destacar, además, la ventaja de que el SIRS puede ser aplicado a adolescentes tal y como demuestra un estudio realizado por Rogers, Hinds y Sewell en 1996, en el que compararon la utilidad de tres medidas, el MMPI-A, el SIRS y el SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) en una muestra de delincuentes adolescentes. No obstante, Rogers (1997b) sostiene, que el SIRS debe ser utilizado con

adolescentes sólo como una fuente de datos corroborativos, nunca como un determinante primario de simulación.

Finalmente, queremos resaltar la recomendación de Rogers y Mitchell. (1991) que sostienen que el SIRS debe ser utilizado como complementación del MMPI, pero nunca como sustituto. Gothard y otros (1995), en sintonía con Rogers, sostienen que el modo más preciso para verificar si se da simulación, parte del uso de múltiples medidas. Estos y otros autores destacan la importancia de estimular la utilización de una aproximación multimétodo en la evaluación de la simulación de trastornos mentales.

4.4.1.3. Técnicas para el estudio de la simulación de déficits cognoscitivos.

Durante las últimas décadas, la Neuropsicología Forense ha prestado una dedicación relevante al diseño de procedimientos dirigidos a la detección de simuladores, especialmente de déficits cognitivos (Vilar-López y otros, 2007). A continuación, siguiendo la sintética revisión diseñada por Verdejo, Alcázar-Córcoles, Gómez-Jarabo y Pérez-García (2004) se presentarán las principales aproximaciones al fenómeno.

Análisis de incoherencias.

Una de las estrategias habituales en el estudio de la simulación es la búsqueda de incoherencias (Iverson y Binder, 2000), a saber: entre los síntomas informados por el sujeto y las conductas observadas por el evaluador; entre los resultados de pruebas diferentes que miden dominios neuropsicológicos similares; entre la ejecución neuropsicológica del sujeto y la ejecución esperable en base al funcionamiento premórbido y las características de la gravedad del daño; entre ejecuciones neuropsicológicas repetidas, fundamentalmente cuando la evaluación retest evidencia deterioros significativos que son incongruentes con perfiles de recuperación definidos o efectos de aprendizaje.

En esta misma línea, Larrabee (2000) sugiere un análisis de incoherencias basado en cuatro fases. La primera consistiría en la detección de incoherencias entre y

dentro de los diferentes dominios neuropsicológicos explorados. A continuación se procedería con el estudio de incoherencias entre el perfil de ejecución en las pruebas y la condición etiológica hipotetizada. En tercer lugar, se lleva a cabo el análisis de incoherencias entre la ejecución en las pruebas neuropsicológicas y la gravedad del daño. Por último, se realiza la detección de incoherencias entre el rendimiento en las pruebas y otros elementos de la conducta del sujeto.

Es conveniente señalar que esta aproximación presenta una serie de limitaciones (p. e., Fernández-Guinea, 2001; Verdejo y otros, 2004). Así, existe un elevado grado de dispersión entre las puntuaciones de pruebas neuropsicológicas que miden dominios semejantes o el mismo dominio en población sana. Por otro lado, es necesario disponer de baremos representativos de la ejecución de pacientes agrupados en función de distintos grados de gravedad de daño, con el objetivo de poder estudiar las incoherencias entre las puntuaciones obtenidas en las pruebas, con las puntuaciones esperables en función de la gravedad del daño. También se carece de procedimientos fiables y válidos para estudiar el funcionamiento premórbido lo que dificulta la detección de discrepancias entre el funcionamiento cognitivo actual y el anterior a la lesión. Por último, hay que tener presente que la detección de incoherencias entre el rendimiento del paciente en las pruebas de evaluación y la conducta observada se fundamenta en el juicio clínico, cuya validez está limitada por las exigencias del sistema legal.

Procedimientos basados en el rendimiento en pruebas con formato de elección forzada y en pruebas con efecto suelo.

Se han diseñado una serie de pruebas que persiguen específicamente la detección de la simulación. También se las denomina “tests de motivación” con la intención de evidenciar que la mala ejecución puede deberse a intentos de ganancia material, pero también a otras variables como la necesidad de cuidado o atención (García-Domingo y otros, 2004). Genéricamente, estas pruebas presentan una alta especificidad, pero su sensibilidad no es satisfactoria, es decir, no ofrecen falsos positivos pero sí existen falsos negativos. Estos procedimientos se han desarrollado siguiendo dos modelos: el efecto suelo y la elección forzada.

En los tests con efecto suelo la ejecución del simulador es peor que la de los sujetos con daño cerebral grave. Se recomienda su uso al inicio de la evaluación para no reducir su sensibilidad debido que su simplicidad resulta obvia en fases posteriores de la evaluación provocando sospechas acerca de la intencionalidad de los mismos en el potencial simulador (García-Domingo y otros, 2004). Entre las pruebas más destacadas que se basan en este procedimiento están (García-Domingo y otros, 2004): la *Entrevista autobiográfica*, el *Test de los 15 items de Rey*, el *Test de memoria de los 16 items*, y el *Test de cuenta de puntos (dot counting tests)*.

El modelo de elección forzada representa la metodología más utilizada en la investigación sobre simulación (García-Domingo y otros, 2004). En un principio, estos procedimientos se basaron en las propiedades de la estadística binomial, forzando al sujeto a elegir entre dos o más alternativas y esperando que la ejecución de un sujeto con deterioro cognitivo debería estar en torno al 50% de aciertos. Las ejecuciones inferiores a este porcentaje serían sospechosas de simulación. Sin embargo, diferentes trabajos evidenciaron una baja sensibilidad de este tipo de pruebas, lo que motivó el desarrollo de puntos de corte específicos para muestras de simuladores (Verdejo y otros, 2004). El modo típico de aplicación de estas pruebas consiste en presentar al sujeto un estímulo que debe recordar. A continuación, se procede con la fase de elección forzada, en la que el estímulo se acompaña de uno o más distractores y el sujeto tiene que elegir el estímulo que crea que se ha presentado previamente. Además de estudiar la puntuación, el evaluador debe estudiar las repuestas del paciente durante la evaluación. De este modo podrá obtenerse información que ayude a identificar si el paciente está fingiendo. Así, se entiende que el sujeto simulador presenta unos niveles mayores de ansiedad que el enfermo real; otra repuesta común es violar las reglas del test no atendiendo por ejemplo en la presentación de los estímulos; y por último, puede recurrir a contestar correctamente pero justificando sus aciertos de modos extraños (García-Domingo y otros, 2004). Entre las técnicas más utilizadas dentro de este modelo tenemos las siguientes: el *Test de memoria de dígitos (HFCP)*, el *Test de reconocimiento de dígitos de Portland*, el *Test de los 21 items*, el *Test de la moneda en el puño*, el *Test de memoria implícita/priming*, el *Test de validación de síntomas de Victoria (Victoria Validity Test)*, el *Test de Memoria de Simulación (Test of Memory*

Malingering) , el *Ámsterdam short-term memory test* , el test de la b y el *validity indicator profile*.

Análisis de patrones anómalos en test neuropsicológicos tradicionales.

Las pruebas neuropsicológicas de uso habitual en el ámbito clínico pueden emplearse también para el estudio de la simulación. Esta aproximación reporta una serie de beneficios en relación con las pruebas diseñadas específicamente para el estudio de la simulación (Meyers y Volbrecht, 2003):

- a) Las pruebas específicas de simulación carecen de utilidad interpretativa como predictores neuropsicológicos.
- b) Los simuladores no necesariamente realizan las pruebas específicas de modo coherente, pudiendo fingir en unos dominios y no en otros, lo que implicaría que las pruebas globales de simulación no fuesen sensibles.
- c) Los simuladores que sospechen la posibilidad de que se evalúe la simulación podrían reconocer la intencionalidad de las pruebas con formato de elección forzada.

Por todo ello, una alternativa más eficiente y válida podría ser el empleo de los test generales de evaluación neuropsicológica con una doble finalidad: la evaluación clínica y la detección de patrones de simulación. En esta dirección, Verdejo y otros (2004) recogen una serie de estrategias que la literatura ha descrito para la detección de patrones de simulación en los test generales de evaluación neuropsicológica. Señalan que ha de llevarse a cabo un análisis de la ejecución del sujeto en elementos sencillos en los que resulta poco probable la presencia de errores. Asimismo, hay que realizar un estudio del perfil de puntuaciones en test entre y dentro del mismo dominio: incoherencias en los efectos de posición seriada, comparación entre puntuaciones de reconocimiento y recuerdo libre y comparación entre pruebas de atención y memoria. También se ha de realizar un análisis de la magnitud del error que se fundamente en la detección de aquellos errores no esperables de acuerdo con la magnitud del daño documentado. Por último, hay que efectuar un estudio estadístico de los perfiles de puntuación que se obtienen comparando potenciales simuladores con grupos de contraste.

Tomando como referencia estas estrategias se han desarrollado una serie de procedimientos dirigidos a la detección de la simulación, basados en las puntuaciones de pruebas diagnósticas. Siguiendo a Verdejo y otros (2004) estos procedimientos pueden agruparse en tres grupos:

- a) *Procedimientos basados en las escalas Wechsler*: El índice de “amplitud de dígitos confiable”, el índice de discrepancia entre las puntuaciones de los subtests de vocabulario y amplitud de dígitos del WAIS III, el índice de discrepancia entre las puntuaciones del índice general de memoria y el índice general de atención-concentración de la WMS-R.
- b) *Procedimientos basados en pruebas neuropsicológicas específicas*: el Test de Aprendizaje Verbal de California, el Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin y el Test de Categorías.
- c) *Baterías compuestas de varias pruebas diagnósticas con el objetivo doble de la evaluación clínica y el estudio de la simulación*. Dentro de este grupo destacan Meyers y Voltbrecht (2003) quienes desarrollaron una batería neuropsicológica compuesta de varias pruebas que aisladamente habían demostrado una buena especificidad y sensibilidad en la detección de la simulación. Sus estudios evidenciaron que esta aproximación presentaba una buena especificidad (100%) y sensibilidad (83%) en la detección de simuladores. Otra aportación es la realizada por Bender y Rogers (2004), quienes crearon el Test of Cognitive Abilities, una batería neuropsicológica computadorizada que incorpora pruebas de diagnóstico en las que se han identificado índices de simulación.

4.5. Protocolo de medida de las secuelas psicológicas consecuencia de la violencia de género y control de la simulación de arce y fariña (2007a).

Para finalizar con este apartado dedicado a la simulación, y atendiendo a la naturaleza de este trabajo, centrado en la violencia de género, se presentará un protocolo dirigido a la evaluación del daño psíquico con control de la simulación (Arce y Fariña,

2007a). Éste se circunscribe en dos tipos de criterios: positivos, indicadores de la simulación, y negativos, no verificados entre simuladores.

- a) Los criterios negativos son: verificación de huella psíquica propia de violencia de género, una falta de respuestas o de colaboración en la evaluación (no obstante, invalida el protocolo ya que ha de tenerse presente que en el contexto judicial la carga de la prueba corresponde a la acusación y debe ser inequívoca), una puntuación de disimulación ($T > 70$) en las Escalas L y K, un diferencial fuertemente negativo ($P.D. > -9$) en el *índice de Gough*, la observación de un *perfil en V*, y el informe u observación de sintomatología sutil (sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que provocan malestar; sensación de que el hecho traumático está ocurriendo; respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos asociados al trauma; esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el hecho traumático; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; irritabilidad o ataques de ira; hipervigilancia; respuestas exageradas de sobresalto). De apreciarse estos criterios de disimulación estaríamos ante indicios razonables de no simulación o ante una tarea no efectiva de simulación.
- b) Son criterios positivos: la falta de consistencia inter-medidas, puntuaciones invalidantes en las escalas de control de la validez F ($T > 70$) y K ($T < 50$) del MMPI, un valor $T > 30$ en la configuración F-K, un *perfil en V invertida* y la detección de estrategias de simulación en la *entrevista clínico-forense*.

Para la evaluación de la huella psíquica, en casos de violencia de género, es preciso adoptar una aproximación multimétodo, que ha de ajustarse al siguiente protocolo de evaluación:

- a) Entrevista psicosocial, observación y registro conductual, y estudio de las pruebas documentales.
- b) Estudio de las capacidades cognitivas. Para determinar si la persona a evaluar es apta para la evaluación psicológica y la capacidad testimonial, resulta necesario valorar sus capacidades cognitivas. Para tal fin se recomienda proceder bien con una medida no

verbal como el TONI-2 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1995) o una verbal como las escalas Wechsler.

c) Medida de las secuelas clínicas relacionadas con la victimación de violencia de género. Para la evaluación clínica se recurre a dos instrumentos que requieren de la ejecución de tareas diferentes. En primer lugar, se ha de realizar la entrevista clínico-forense, que supone la ejecución de una tarea de conocimiento, y, en segundo, con el MMPI-2, que implica una tarea de reconocimiento. Adicionalmente se recomienda la aplicación de otros instrumentos psicométricos como el SCL-90-R (Derogatis, 2002). En cualquier caso, es necesario que cuenten con medidas de control de la validez del protocolo (en el SCL-90-R son el índice de severidad global, índice de malestar referido a síntomas positivos y el total de síntomas positivos, que permiten la estimación de una potencial simulación o disimulación) y tener entre sus dimensiones medidas el TEPT y/o las secuelas secundarias de violencia de género. Con esta segunda medida, además de someter a prueba la validez del protocolo, ya que un único indicador de invalidez no es prueba suficiente, también se analiza la consistencia inter-medidas. En aquellos casos en que no se obtenga una evaluación clínica compuesta por las secuelas directas (TEPT) de la victimación de violencia de género, esto es, se someta a prueba la validez predictiva (exactitud con la que la medida se ajusta a la huella psíquica esperada), se ha de concluir que los hechos denunciados no han causado lesión psíquica; por lo menos, desde una óptica judicial. Por otro lado, las secuelas secundarias tales como depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales, no son prueba judicial suficiente al no poderse establecer relación causa-efecto por sí mismas. El análisis de las secuelas, a través de la validez predictiva, puede complementarse con el estudio de la validez discriminante, es decir, del daño no esperado.

d) Estudio de la personalidad. Se ha de realizar una evaluación de la personalidad para conocer las posibles anomalías, al tiempo que someter a prueba posibles distorsiones en las respuestas. Para tal fin, se recomienda el uso del 16 PF-5 que contiene tres medidas de los estilos de respuesta: Deseabilidad social, Infrecuencia y Aquiescencia. De acuerdo con los hallazgos de Arce y Fariña (2007a), un único indicador de invalidez no ha de entenderse como suficiente para cuestionar la validez del protocolo, sino como una característica propia de personalidad del evaluado.

e) Estudio de la fiabilidad de las medidas. Resulta imprescindible garantizar la fiabilidad de la medida del objeto pericial. Aunque los instrumentos de medida son

fiables y válidos, esto no supone que lo sea también la medida concreta. Para someter a prueba la fiabilidad de la medida tomada para la evaluación pericial, se ha de proceder con una estimación de (Weick, 1985):

- *La consistencia inter-medidas.* La falta de consistencia inter-medidas (p.e., discrepancia entre lo manifestado y observado, evaluación de una patología en una medida sin indicios de ésta en otras pruebas) se considerará factor suficiente para invalidar los resultados.
- *La consistencia intra-medidas.* Los instrumentos de medida, entrevista clínico-forense y MMPI-2, incluyen controles de validez del protocolo. Se considerará no válido un protocolo consistente inter-medidas en el que se verifique daño psíquico propio de la violencia de género, si existe *invalidéz convergente*, esto es, que varios indicadores de simulación (según nuestros resultados bajo la contingencia más adversa se pueden observar tres) informen de la misma. Un protocolo consistente inter-medidas en el que hasta dos indicadores intra-medidas adviertan de posible simulación, no se concluirá tal hipótesis, sino que responde a un estilo de respuesta propio del sujeto.
- *La consistencia inter-evaluadores.* Dos evaluadores por separado interpretarán los resultados y, sólo considerarán los resultados fiables y válidos, si el índice de concordancia inter-evaluador es superior a 0.80³ (Tversky, 1977).
- *La consistencia inter-contextos.* La fiabilidad inter-contexto se afronta recurriendo a un evaluador entrenado que haya sido efectivo y consistente en otros contextos previos, o sea, en pericias anteriores y con otros evaluadores.

f) El sistema de evaluación debería ajustarse a la siguientes categorías: “probablemente simulador o con indicios sistemáticos de simulación”; “probablemente no simulador o sin indicios sistemáticos de simulación”. Es importante recurrir al empleo de términos probabilísticos, ya que los sistemas de evaluación están sujetos a error, dejando a un lado la intención de establecer la certeza. Tal y como habíamos mencionado para el caso del Sistema de Evaluación Global, el TS exige la seguridad plena, no la alta probabilidad, pero como toda medida está sujeta a error, debemos reconocerlo, pero absteniéndonos de establecer el grado de certeza (p. e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902). Finalmente, debe tenerse presente que la huella

³ IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos).

psíquica es prueba de culpabilidad por lo que, en caso de duda razonable, hemos de abstenernos de informarla. Para estos casos se recomienda recurrir a una tercera categoría, “indefinido”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” supone la asunción de la validez legal de la prueba de acusación.

ESTUDIO EMPÍRICO

1. INTRODUCCIÓN

El promedio de muertes desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género está en 68, cifra superior al punto de partida inicial (63 en 2005) (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2010), en tanto el número de denuncias ha ido aumentando gradualmente (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2007; Ministerio de Igualdad, 2008). En consecuencia, las actuaciones legales no han logrado reducir sensiblemente los femicidios, aunque parece que ya se está iniciando la curva de caída, de 2008 a 2009 se produjo un descenso del 21,05%, pero sí la visibilización de la violencia oculta. Por lo que respecta a la respuesta judicial, según los datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial, nos encontramos con que desde Julio de 2005 al 31 de diciembre de 2008 se dictaron 140.705 sentencias, resultando condenatorias 95.284 (67,7%) (dato similar al informado por el Ministerio de Igualdad, 2008), al tiempo que se iniciaron 600.141 procedimientos en los juzgados de violencia sobre la mujer (Europa Press, 2010). Aún por definir la tasa de casos archivados, estos datos nos advierten de tasas bajas, en función de lo esperado (Novo, 2000, cifró, en un estudio de archivo, en el 90% la tasa media en otros delitos), de condenas. Las causas de esta baja probabilidad de condena han de ser objeto de un análisis a fin de poder atajarlas. Entre las causas apuntadas destacan las denuncias falsas o infundadas, disfunciones legales (v.gr., error en la apreciación de la prueba, errores por aplicación indebida de artículos, falta de persistencia en la incriminación) y la falta de pruebas. Las denuncias falsas, un tema recurrente pero sin fundamento, son prácticamente inexistentes en este tipo de casos (Montalbán, 2009). De las disfunciones legales, las que son atribuibles a los operadores jurídicos, tal como errores procesales, también son infrecuentes. No ocurre lo mismo con la falta de persistencia en la incriminación que suele manifestarse en la retirada (o intento) de la denuncia, ocultación de hechos por su gravedad o intentos deliberados de invalidar la prueba. Este tipo de comportamientos es característico de la victimación de violencia de género por lo que corresponderá al psicólogo forense la labor de

concienciación de la trascendencia de la persistencia en la denuncia y defender que a esta falta de persistencia, en este contexto, no se le puede aplicar el criterio legal de “falta de persistencia en la incriminación”. En tercer lugar está la falta de pruebas. En un estudio de 600 sentencias (Arce, Vilariño, y Alonso, 2008), se encontró que en el 42% de los casos en que se enjuiciaba por violencia psíquica no había prueba documental o pericial, lo que predecía la absolución del encausado. En consecuencia, se precisa dotar de medios de prueba de la huella psicológica los casos llevados a juicio. Aún es más, la prueba de la huella psíquica también es aplicable en los otros tipos de violencia (i.e., física, económica, sexual, amenazas, coacciones, privación arbitraria de la libertad) ya que pueden derivar también en daño psicológico.

Como quedó bien patente en la revisión de este trabajo, existe evidencia científica sistemática de que las memorias de la realidad (esto es, lo vivido) y de lo inventado (o sea, lo imaginado), presentan una serie de características en cuanto a su almacenamiento, recuperación y cogniciones que las diferencian. Esas características, metodológicamente categorías de análisis de contenido, no son universales, sino que se ha encontrado que están condicionadas por la población, esto es, adultos o menores (e.g., Bensi y otros, 2009; Landry y Brigham, 1992; Ruby y Brigham, 1997; Spörer, 1997; Zaparniuk, Yuille, y Taylor, 1995) y el contexto, tal como agresiones sexuales, amenazas, o violencia de género (p.e., Arce, Fariña, y Freire, 2002; Arce, Fariña, y Vivero, 2007; Spörer, 1997; Porter y Yuille, 1996). En otras palabras, los procesos de almacenamiento y recuperación de la información, así como las cogniciones están condicionados por el nivel de desarrollo. De hecho y a edades tempranas, la carencia de desarrollo psicosexual lleva aparejado determinadas cogniciones características de la falta de éste, tal como la descripción de hechos vividos que el menor no comprende en toda su extensión. Asimismo, la capacidad de almacenamiento, retentiva y de lenguaje trae consigo que las declaraciones de éstos sean más cortas y menos explícitas que las de los adultos. Por su parte, desde hace tiempo se ha establecido que el efecto de contexto condiciona los contenidos de la memoria (i.e., Anderson y Ortony, 1975; Fernández, Bernal, y Fariña, 1991). En consecuencia, los contenidos de la memoria pueden estar contaminados por la especificidad de la violencia de género. En esta línea, se ha hallado que las cogniciones de víctimas y agresores, tanto clínica (American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992) como cognitivamente (Arce y otros., 2007; Langton, 2007; Porter y Yuille, 1996; Spörer, 1997; Ward, 2000), están condicionadas por el contexto. En suma, la literatura avala

tanto teóricamente como con datos que es viable la concreción de un procedimiento de análisis de contenido que discrimine entre declaraciones reales e inventadas de violencia de género. A este respecto, Arce y Fariña (2006b, 2009; Arce y otros., 2007) han confeccionado y contrastado con muestras de casos irreales y reales de violencia de género un sistema metódico que diferencia entre ambas.

La huella psicológica es una prueba de cargo ineludible cuando se enjuicia un acto o actos de violencia psicológica. No en vano, sin daño no hay víctima y los delitos de violencia de género han de implicar indefectiblemente una víctima. Adicionalmente, las otras violencias incluidas en la Ley 1/2004 (v.gr., física, sexual, amenazas, coacciones, privación arbitraria de libertad) también pueden conllevar daño psicológico. Así pues, la huella psicológica de la violencia de género es una prueba de cargo muy relevante. Se entiende por huella psicológica la lesión mental o sufrimiento emocional consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito, en nuestro caso de violencia de género (United Nations, 1988). Esta definición de víctima no sólo se refiere a la víctima directa de la misma, en violencia de género, la esposa o análoga relación (Ley 1/2004), sino también a todas aquellas personas que intentaron auxiliarla durante la perpetración del delito. Esta ampliación del concepto de víctima a las indirectas es de gran relevancia en la violencia de género pues este tipo de violencia suele ser extensible a todo el ámbito familiar. El daño psicológico o huella psíquica de un acto delictivo se identifica a través de la evaluación de los efectos en la salud mental o emocional. A su vez y por tratarse de un contexto legal, se exige el establecimiento inequívoco de una relación causa efecto entre el delito y los daños. Esta contingencia complica mucho la evaluación forense pues, en el caso de la violencia de género, se dan contiguamente otras causas que pueden dañar la salud mental o emocional (p.e., ruptura de pareja, problemas económicos graves, desestructuración social). En suma, no sólo es preciso llevar a cabo una evaluación del daño psíquico, sino también establecer una relación causa efecto entre el daño observado y la violencia de género. De los diversos trastornos mentales clasificados en los tratados internacionales de enfermedades mentales de referencia, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), el Trastorno de Estrés Postraumático se ajusta a esta demanda. Además, este síndrome es característico de los casos de violencia de género (i.e, Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007; Kessler, Sonnega, Hughes, y Nelson, 1995; Sarasua y otros, 2007; Vilariño, Fariña, y Arce, 2009). Ahora bien, el modelo de

evaluación clínica y forense, basado en instrumentación psicométrica y en la entrevista clínica estándar, no cumple con el cometido forense. De facto, ni la instrumentación psicométrica, ni la entrevista clínica tradicional, permiten establecer una relación causa-efecto, habiendo de darse por supuesta y general, cuando lo que procede, dada la multicausalidad, es el establecimiento de una relación causa (violencia de género) efecto (daño psicológico) criterio a criterio. La prevalencia de este daño entre las víctimas de violencia de género está entre el 50 y el 60% (Echeburúa y Corral, 1998; Vilariño y otros., 2009). Este daño psicológico es comórbido con otros trastornos, a los que en la práctica forense se refiere, para ésta, como secundarios o daños indirectos, destacando la depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales (Bargai y otros., 2007; Echeburúa y otros., 1998; Esbec, 2000; Kessler y otros., 1995). Finalmente y como estamos en un contexto de evaluación forense, el peritaje requiere indefectiblemente de un diagnóstico diferencial de la simulación, es decir, ha de sospecharse y, por tanto, contrastarse como hipótesis (American Psychiatric Association, 2002). Para acometer este triple propósito, sometimiento a prueba de la relación de causalidad, evaluación del daño psíquico y de la simulación, Arce y Fariña (2007; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2009) han creado un protocolo de evaluación.

Por ello, nos hemos planteado llevar a cabo un estudio en el que contrastar la eficacia de los modelos de Arce y Fariña para el establecimiento de la realidad de la declaración y del daño psicológico en casos de violencia de género. Adicionalmente, comprobaremos los modelos tradicionales o estándar de evaluación de la credibilidad del testimonio y de evaluación del daño psicológico para casos de violencia de género. Por último, compararemos la eficacia de los diferentes modelos.

2. MÉTODO

2.1. Participantes.

En el estudio participaron un total de 105 mujeres todas ellas mayores de edad, con una rango que oscilaba entre los 19 y los 73 años y una media de 33,56 ($ET= 1,09$). 51 de estas mujeres habían sufrido realmente violencia de género que habían denunciado judicialmente y por la que el acusado había sido condenado, con una edad que fluctuaba entre los 19 y los 64 años ($M= 37,61$; $ET= 1,48$). Todos los casos implicaban violencia física y psicológica. Las otras 54, con historial de convivencia en pareja, no habían sido objeto de violencia de género, oscilando en edad entre los 21 y los 73 años ($M= 29,74$; $ET= 1,41$).

2.2. Diseño.

La metodología de investigación empleada fue del tipo experimental con datos de archivo y de población normal. En concreto, se planificó un diseño de medida del daño psicológico consecuencia de los malos tratos denunciados a través de la evaluación mediante instrumentación psicométrica, que enfrenta al sujeto a una tarea de reconocimiento de sintomatología, y una entrevista clínico-forense, que implica la asunción de una tarea de conocimiento de la sintomatología informada. Asimismo, se sometió a contraste la memoria de casos reales de violencia de género, tomada de casos de archivo, con la memoria de declaraciones inventadas tomadas de víctimas irreales.

2.3. Procedimiento.

Las evaluaciones de casos reales fueron tomadas de los archivos de la Unidad de Psicología Forense de la USC. Se consideraron declaraciones verdaderas todas aquellas en las que convergían dos criterios: la conformidad del acusado con la condena solicitada por la Fiscalía, esto es, la aceptación de los hechos imputados, y la existencia

en el procedimiento de pruebas claras de culpabilidad (p.e., pruebas documentales, testimoniales, quebrantamientos de la orden de alejamiento) que llevaron a la condena del acusado. En ningún caso se utilizaron las pruebas recabadas en este estudio como pruebas de cargo. Por su parte, las denuncias inventadas fueron recabadas entre mujeres mayores de edad que convivían o habían convivido en pareja, y que, tras presentarles un listado de acciones propias de violencia de género, manifestaban no haber sido sometidas nunca a ninguna de ellas por su pareja. Para ello, se las había instruido en lo que denominamos “instrucciones de engaño/simulación”. En línea con las recomendaciones de Rogers (1997a) para la implementación de este tipo de diseños, se prestó especial atención a que las instrucciones fueran comprensibles (ya se habían mostrado como tales en estudios previos, Arce y otros., 2009; Arce y otros., 2007), específicas y contextualizadas para casos de violencia de género. Éstas consistían en pedirles que se pusiesen en el lugar de una mujer que presentaba una denuncia irreal de malos tratos y que iba a ser evaluada por ello en el contexto forense. La denuncia inventada de malos tratos se justificaba en la obtención de algún beneficio asociado (v. gr., guarda y custodia de los hijos, venganza, compensaciones económicas). Además, se les informaba de la relevancia de los resultados para la detección de las víctimas no reales (i.e., las secuelas indirectas en los hijos, condenas a inocentes). No se les dio ninguna instrucción de entrenamiento, únicamente que hicieran sus presentaciones creíbles y que se implicaran en la tarea (se les advirtió a aquéllas que, por uno u otro motivo, no pudieran o quisieran implicarse en la tarea que dejaran de participar en el estudio). Se les dio cerca de una semana para que planificaran la denuncia y evaluación. Finalmente, se procedió a un *debriefing* en el que se prestó atención a si las participantes habían ejecutado la tarea de forma satisfactoria (recuerdo y comprensión de las instrucciones), a la motivación para participar, y a la preparación y grado de implicación en la tarea. De este modo, supimos que las participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente y que se habían implicado en la misma. Los resultados confirmaron la comprensión de la tarea e implicación de las participantes ya que mayoritariamente simulaban las secuelas psicológicas de maltratado de género, discriminaron entre secuelas esperadas y no esperadas, todas crearon eventos narrativos constitutivos de violencia de género física y psicológica, e introdujeron síntomas propios de un TEP en la entrevista clínico-forense.

Adicionalmente, procedimos con un screening de los protocolos del MMPI-2 en busca de perfiles de respuestas altamente inconsistentes en la evaluación (Bagby, 2005; Greene, 1997; Timbrook, Graham, Keiller, y Watts, 1993), bien por una aquiescencia extrema (TRIN $Pd \geq 18$ o $T \geq 80$); porque fueran claramente respondidos al azar (VRIN $Pd \geq 18$ o $T \geq 80$; F o Fb $T \geq 120$); bien con un número muy elevado de ítems sin responder o con respuesta doble (esto es, falta de cooperación con la evaluación); o por tratarse de *outliers* (L $Pd > 10$, y K $Pd > 26$), a fin de eliminarlos del estudio. No se encontró ningún protocolo bajo estos supuestos en la población de casos reales, resultado esperable dada la naturaleza de la recogida de la muestra de este estudio (no se recabaron aquellos casos en los que la víctima retira la denuncia o no coopera con las actuaciones judiciales). Nuestra experiencia como forenses avala, entre casos muy probablemente reales, que ciertas víctimas emiten respuestas intencionadamente inconsistentes o anómalas, entendemos, que con el fin de anular la denuncia.

La participación de todas las mujeres fue voluntaria y autorizada

Entrevistadores entrenados, con experiencia forense y científica en este tipo de reevaluación obtuvieron las entrevistas del estado clínico en formato de entrevista clínico-forense y de los hechos en días distintos o con un largo intervalo entre una tarea y otra a fin de controlar los efectos del cansancio. El orden de obtención de las entrevistas fue rotado. En torno a 8-10 días después volvieron a ser convocadas, para administrarles el MMPI-2 y obtener una segunda declaración. También se dejó un tiempo prudencial entre ambas tareas o se las sometió a ellas en días correlativos. El orden de obtención de las medidas fue rotado. Las entrevistas se grabaron en vídeo para los posteriores análisis de contenido.

2.4. Instrumentos de medida.

Como instrumento de medida del estado clínico en tarea de reconocimiento utilizamos el MMPI-2, baremado para España por TEA (Hathaway y McKinley, 1999). Dados nuestros propósitos de medida de la salud mental de los participantes, tomamos las diez escalas clínicas básicas. La primera de las escalas clínicas básicas es la hipocondría (*Hs*), que hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de

trastornos mentales o de los sujetos normales. La segunda, la escala de depresión (*D*), evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos. La tercera, la escala de histeria de conversión (*Hy*), fue elaborada para diferenciar histéricos de conversión de personas normales. Sus ítems aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo. La cuarta, la escala de desviación psicopática (*Pd*), mide psicopatía o personalidad asocial y los ítems se refieren a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores. La quinta, la escala de masculinidad-feminidad (*Mf*), cubre un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en las que generalmente difieren varones y mujeres. La sexta, la escala de paranoia (*Pa*), la componen ítems que comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad acentuada. La séptima, la escala de psicastenia (*Pt*), es una escala que posibilita diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, está compuesta por ítems referidos a ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones. La octava, la escala de esquizofrenia (*Sc*), evalúa este trastorno. Los ítems aluden a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos. La novena, la escala de hipomanía (*Ma*), hace referencia a un estado maníaco moderado, ya que un estado maníaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala incluyen ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, extraversión y altas aspiraciones. La décima, la escala de introversión social (*Si*), se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y a no participar en las actividades sociales.

Además, se consideraron aquellas otras escalas suplementarias o de contenido de interés para una evaluación forense de las secuelas directas de la violencia de género. En concreto, se tomaron las escalas Pk de Keane, Malloy y Fairbank (1984), y Ps de Schlenger y Kulka (1987)⁴. Ahora bien, estas escalas fueron creadas a partir de muestras de veteranos de la guerra del Vietnam, por lo que no están lo suficientemente

⁴ Estas escalas están altamente correlacionadas y llegan a compartir 26 ítems.

contrastadas en otros contextos, observándose que la capacidad de correcta clasificación varía de unos contextos a otros (Bowler, Hartney, y Ngo, 1998; Koretzky y Peck, 1990). Además, estas escalas están relacionadas con el distrés de modo que pacientes depresivos o con somatización puntúan alto en estas escalas (Lyons y Wheeler-Cox, 1999). Así pues, la utilidad de estas escalas para el diagnóstico del TEP y, más específicamente, para casos de violencia de género, no está firmemente establecida (Friedman, Lewak, Nichols, y Webb, 2001), por lo que estas escalas, junto con aquellas que miden las secuelas indirectas de la violencia de género, han de tomarse como orientativas de la consistencia inter-medidas, pero aisladamente no como determinantes de ésta.

Para el control de la validez de los protocolos, el MMPI-2 cuenta con cuatro escalas de validez estándar: la Escala de Interrogantes (?), la Escala K, la Escala F y la Escala L. La puntuación interrogante, que es la suma del número de ítem dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación, que es un criterio de simulación (American Psychiatric Association, 2002), invalidándose un protocolo con 30 o más ítems no respondidos o con respuesta doble, aunque Graham (2006) advirtió que ese punto de corte es demasiado liberal, reduciéndolo a más de 10. La Escala K (factor corrector) se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de evaluación. En concreto, una puntuación elevada ($T \geq 65$) es propia, entre otras hipótesis, de defensividad en tanto una puntuación baja ($T < 40$) es útil a la hora de detectar a sujetos que fingen tener serias dificultades emocionales (Graham, 2006). La Escala L (Mentira), que fue concebida como un indicador de validez del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación), se compone de 15 ítems, todos puntuados en la dirección *falso*. Los ítems se relacionan con conductas socialmente muy valoradas, pero que raramente son verdad en la mayoría de la gente (la población normal responde a un promedio de 3,5 de estos ítems como falso), de modo que son asumidos por aquellos que quieren dar una impresión inusualmente buena de sí mismos. Así, una puntuación elevada ($T \geq 65$) es indicativa de disimulación en casos forenses (Bagby, Nicholson, Buis, Radovanovic, y Fidler, 1999; Bathurst, Gottfried, y Gottfried, 1997). La Escala F (Incoherencia) se relaciona con

contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que puntuaciones elevadas ($T \geq 65$; Graham, 2006) advierten de una posible simulación. Además, esta escala resulta de valor para el control de la infrecuencia en las respuestas y de *outliers*. Adicionalmente, calculamos los índices producto de las combinaciones de las escalas de validez estándar que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos (Duckworth y Anderson, 1995): el índice F-K y el perfil en “V invertida”. El índice F-K, también conocido como “índice de Gough”, se ha observado que puede detectar los intentos de proporcionar una mala imagen. Si bien se admiten puntos de corte específicos para cada contexto (Graham, 2006), el punto de corte promedio en puntuaciones directas es de 12 (Rogers y otros, 2003). Por su lado, el perfil en “V invertida”, puntuaciones en L y K por debajo de 50 y puntuaciones $F > 80$ (Jiménez y Sánchez, 2003), advierte de exageración de síntomas (Nicholson y otros, 1997).

Además de las escalas de validez estándar, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con éstas, los indicadores adicionales de validez relacionados en la literatura previa con simulación (Berry, Baer, y Harris, 1991; Berry y otros, 1996; Dearth y otros, 2005; Graham, 2006; Greene, 1997; Jiménez y Sánchez, 2003; Rogers y otros, 2003; Rogers, Sewell, y Salekin, 1994): la Escala F Posterior (Fb), la Escala de Disimulación de Gough (Ds) y la Escala de Psicopatología Infrecuente (Fp). Puntuaciones directas > 7 en la Escala Fp (Rogers y otros, 2003); y ≥ 26 en la Escala Ds (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, y Kaemmer, 1989); y una $T \geq 110$, por tratarse de un contexto presumiblemente clínico (Butcher et al, 2001), en la Escala Fb, son indicativas de simulación.

Finalmente, consideramos las escalas de medida de la consistencia de las respuestas, la Escala TRIN y la Escala VRIN, así como el valor absoluto de la diferencia entre F y Fb, $|F - Fb|$ (Greene, 1997). Se considera, para la detección de la simulación, que una puntuación directa igual o superior a 13 en VRIN y TRIN, una puntuación $T > 70$ en la adaptación española del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999), advierte de inconsistencia en las respuestas. La media y desviación típica de $|F - Fb|$ en el grupo normativo son 2,63 y 2,07, respectivamente ($T_{70} = 6,77$) (Greene, 1997).

En la tarea de conocimiento, los sujetos fueron sometidos a una “entrevista clínico-forense” (Arce y Fariña, 2001), o sea, a una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre que se ha mostrado fiable y productiva en el contexto forense (Arce y otros., 2006). Ésta se fundamenta en los modelos narrativos, que prevén que las personas crean narraciones que tienen por objeto describir un evento o situación, y, más específicamente, en las *Anchored Narratives* (Wagenaar, 199; Wagenaar, Van Koppen, y Crombag, 1993), que sostiene que son los episodios o eventos narrativos propios del sujeto en condiciones de anomalía (simulación) y realidad son diferentes. La validez de estos modelos para la evaluación psicológica forense del daño psicológico es tal que se ha encontrado sistemáticamente (véase una revisión del estado de la literatura en Rogers, 1997b) que, si así se le demanda, el sujeto construye una narrativa de su salud mental. El proceder de esta entrevista consiste en pedir a los sujetos que relaten todo aquello que ha cambiado en su vida (i.e., síntomas, conductas y pensamientos) en comparación con el estado anterior a los hechos denunciados. Si no informan *motu proprio* sobre los efectos en las relaciones interpersonales, el contexto de trabajo o académico, las relaciones familiares y, en su caso, de pareja, se procede a reinstaurar esos contextos específicos de evaluación (eje V del DSM-IV). Se optó por este formato de la entrevista frente a una entrevista estructurada⁵ por la facilidad que ésta última supone para una manipulación de las respuestas, ya que la tarea a la que se enfrentan las participantes es de reconocimiento de síntomas (tarea de reconocimiento), no de conocimiento de los síntomas que padecen, tarea que se ha mostrado más válida y productiva para la peritación forense (Arce y otros., 2006; Arce y otros., 2009). Las entrevistas se grabaron en vídeo para los subsiguientes análisis de contenido. Varios fueron los entrevistadores que recabaron los protocolos clínicos. Todos ellos contaban con una amplia experiencia en este tipo de evaluación en el campo forense y científico.

Las declaraciones sobre los hechos que motivaban la denuncia fueron obtenidas por medio de la entrevista cognitiva. La entrevista cognitiva (Fisher y otros, 1989) comprende cuatro técnicas generales de recuperación de memoria:

- 1) La primera técnica consiste en reconstruir mentalmente los contextos físicos y personales que existieron en el momento del crimen (o del hecho a recordar), esto es, la “reinstauración de contextos”. Esto implica que al testigo se le pida que trate de situarse mentalmente en el lugar del suceso teniendo en cuenta:

⁵ Se entiende aquí por entrevista estructurada toda entrevista cuyo formato de preguntas puede servir al sujeto para que confirme síntomas, esto es, serían entrevistas con formatos de pregunta sugestivas.

- Elementos emocionales. Un ejemplo sería la sugerencia "trata de recordar cómo te sentías".
- Elementos secuenciales: "piensa en lo que estabas haciendo en ese momento".
- Características perceptuales: "Ponte de regreso en la escena del crimen y haz un dibujo de la habitación ¿Cómo olía? ¿Qué podías oír?".

La razón que subyace a esta primera técnica es el principio de codificación específica de Tulving, esto es, la información contextual de un suceso se codifica junto con el evento y se conecta de una manera asociativa (Tulving y Thompson, 1973). A su vez, la recuperación verbal del suceso depende del grado en que los índices ambientales de la situación en la que se lleva a cabo el recuerdo se solapan con las propiedades previamente codificadas (Tulving, 1983). Esta primera técnica de la entrevista cognitiva es similar a la usada por parte de jueces y policía, la llamada reconstrucción de los hechos, con la salvedad de que la reconstrucción en la entrevista cognitiva se realiza de forma mental.

- 2) La segunda técnica, el "recuerdo libre", consiste en pedirle al testigo que narre todo lo sucedido, incluyendo la información parcial; se le pide al testigo que informe absolutamente de todo, incluso de los detalles que considere banales para la investigación, porque esos pueden llevar a otros, asociados entre sí en la memoria, que sí sean relevantes. Esta estrategia se presenta especialmente importante a la hora de combinar la información de diferentes testigos. Además, los pequeños detalles, en ciertos casos, pueden resultar en información muy relevante. Con estas dos instrucciones, de imaginarse en la misma situación de nuevo y de recordar todos los detalles posibles, se obtiene una primera versión de lo sucedido. Esta declaración, por tanto, es de tipo narrativo y al sujeto se le deja hablar, no se le interrumpe y no se realizan preguntas. Es preciso señalar que en todo momento ha de procurarse un ambiente propicio para la concentración del testigo, sin ruidos ni ningún otro distractor; y que el entrevistador ha de ganarse la confianza del testigo para que su declaración sea lo más honesta y productiva posible.
- 3) La tercera técnica, el "cambio de perspectiva", trata de animar al testigo a que se ponga en el lugar de la víctima, o de otro testigo del suceso, o incluso del sospechoso, y que informe de lo que vio o hubiera visto desde esa perspectiva, si estuviera ocupando el lugar de esa persona. Esta técnica viene apoyada por los estudios de Bower (1967), quien advirtió que los sujetos al imaginarse los personajes de una historia, recordaban más detalles propios de la perspectiva del

personaje con quien se han identificado, que de otros personajes. De esta manera se obtiene una segunda versión de la entrevista, desde una perspectiva diferente.

- 4) El último componente es la instrucción de intentar recordar desde diferentes puntos de partida, el “recuerdo en orden inverso”. En otras palabras, lo que se pretende es que el individuo narre los hechos desde un orden diferente a cómo se desarrollaron (v. gr., desde el final al principio, desde el medio hacia atrás), con el objetivo de recuperar pequeños detalles que pueden perderse al hacer una narración de los hechos siguiendo la secuencia temporal que éstos tuvieron. Esta técnica intenta reducir el efecto que los conocimientos previos, las expectativas y los esquemas producen en el recuerdo, resultando efectiva para elicitación de detalles adicionales (Memon y otros, 1993). No en vano, como señalan Bower y Morrow (1990), tendemos a recordar el esquema o modelo mental que nos formamos de un evento, más que el evento mismo.

Además de esta versión estándar de la entrevista cognitiva, Fisher y Geiselman (1992) propusieron una versión mejorada. Ésta responde a una adaptación al contexto para la ejecución en un ámbito como el judicial. No obstante, la efectividad y el procedimiento en términos cognitivos son los mismos. Las siguientes fases resumen la estructura general mejorada de la misma.

Fase 1. Presentaciones y personalización de la entrevista (presentación, se usa el nombre del entrevistado).

Fase 2. Establecimiento de la comunicación (creación de atmósfera agradable, de confianza a través de la formulación de preguntas neutras).

Fase 3. Explicación del propósito de la entrevista.

Fase 4. Reinstauración de contextos.

Fase 5. Recuerdo libre.

Fase 6. Preparación para el interrogatorio (pedirle que se concentre intensamente, que diga lo que se le viene a la mente tal como llega, sin “fabricarlo”, que puede decir “no comprendo”, “no sé”, “no recuerdo”, etc., que active y contraste imágenes).

Fase 7. Interrogatorio compatible con el testigo (cada testigo tiene una secuencia de memoria distinta del evento debiendo el interrogatorio ajustarse a esa secuencia).

Fase 8. Recuerdo desde diferentes perspectivas.

Fase 9. Recuerdo en orden inverso.

Fase 10. Resumen (realizado por el entrevistador en función de lo que el entrevistado ha informado).

Fase 11. Cierre (desactivación emocional y de tensiones en el entrevistado).

Nosotros aplicamos la entrevista cognitiva mejorada con dos pasos, recuerdo libre y reinstauración de contextos (es decir, no tomamos el cambio de perspectiva y recuerdo en orden inverso), ya que ofrece los mismos resultados que la entrevista cognitiva completa (Davis, McMahon, y Greenwood, 2005), al tiempo que controla la potencial contaminación proveniente de los interrogatorios. Por esto mismo, tampoco se tomaron notas, ni los entrevistadores llevaban anotaciones de los pasos a dar, guiándose por un principio de escucha activa. Las entrevistas se grabaron en vídeo para los posteriores análisis.

La aplicación de la entrevista cognitiva no está limitada a la reproducción de un suceso de episodio único, ya que permite extender su utilización para recordar hechos que ocurren frecuentemente de una manera similar (Mantwill y otros, 1995), tal y como es propio de la violencia de género continuada. Asimismo, la entrevista cognitiva se puede aplicar en series repetidas (Memon y otros, 1997). Además y para los propósitos de nuestro estudio, la entrevista cognitiva favorece la manifestación de los criterios de realidad (Vrij, 2005).

2.5. Análisis de los protocolos.

Los registros audiovisuales de las entrevistas en formato de discurso libre fueron sometidos a un análisis de contenido sistemático. El objeto de este análisis de contenido era detectar criterios diagnósticos del daño psíquico. Las categorías de análisis fueron tomadas del DSM-IV. Así, creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistema de categorías metódicas. En concreto, las categorías de análisis las conformaron los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático⁶ recogidos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002):

- La reacción de la persona ante el suceso traumático (violencia de género, en este caso) lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.

⁶ El criterio A1, para nuestro caso, “haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física”, se da por supuesto que es la violencia de género que se denuncia.

- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de malestar psicológico intenso cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de reactividad fisiológica cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- La persona realiza esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.
- La persona realiza esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.
- La persona presenta incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
- La persona presenta disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.
- La persona percibe sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
- La persona presenta limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse).
- La persona tiene sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no se confía en realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una vida larga).

- La persona presenta dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- La persona manifiesta irritabilidad o explosiones de ira.
- La persona padece dificultades de concentración.
- La persona presenta hipervigilancia.
- La persona muestra respuestas de alarma exagerada.
- El acontecimiento ha ocasionado un malestar clínico o ha causado una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral, familiar, de relaciones interpersonales o de pareja (Criterio F).

La detección de las categorías respondía a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos. Por ejemplo, el deterioro de memoria puede ser manifestado directamente por el sujeto o ser inferido por el codificador tras la entrevista. Sometida la escala de medida a un contraste de la consistencia interna obtuvimos un coeficiente *alpha de Cronbach* (n=105) de ,850.

A su vez, se codificaron, por los mismos evaluadores pero en distintas tareas, 9 estrategias de simulación a las que los potenciales simuladores recurren a la hora de simular. Para la selección y confección de las categorías seguimos las normas redactadas al respecto por Anguera (1990) con lo que creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido. Las categorías, así como su definición, se muestran a continuación:

- a) No cooperación con la evaluación. Se codifica esta posibilidad cuando el sujeto no mostraba interés en la evaluación o no respondía a la misma (American Psychiatric Association, 2002; Lewis y Saarni, 1993).
- b) Síntomas sutiles. Los síntomas sutiles no son síntomas reales, sino problemas cotidianos que se informan como síntomas asociados a una enfermedad mental (p.e., ser desorganizado, falta de motivación, dificultades en la toma de decisiones ordinaria) (Rogers, 1990).
- c) Síntomas improbables. Son síntomas improbables aquellos que tienen un carácter fantástico o ridículo (opiniones, actitudes o creencias extrañas) y que no

- gozan de referentes reales (esto es, se excluyen aquí los síntomas raros) (Rogers, 1990).
- d) Síntomas obvios. Éstos son síntomas de carácter psicótico que se relacionan con lo que vulgarmente se conoce como locura o enfermedad mental (Greene, 1980).
 - e) Síntomas raros. Esta contingencia se da cuando el sujeto dice padecer síntomas que raramente se dan incluso entre poblaciones psiquiátricas reales (Rogers, 1990).
 - f) Combinación de síntomas. Este indicador de simulación se codifica cuando el participante informa de síntomas reales que difícilmente se dan juntos (v.gr., esquizofrenia y extroversión) (Rogers y Mitchell, 1991).
 - g) Severidad de síntomas. Esta categoría analiza el grado de severidad de los síntomas manifestados. Es frecuente que los simuladores atribuyan a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema (Rogers y Mitchell, 1991).
 - h) Inconsistencia de síntomas (observados y manifestados). Esta categoría tiene por objeto analizar la correspondencia entre los síntomas elicitados por el sujeto y las observaciones del codificador sobre si esos síntomas se corresponden con la actitud, presencia y comportamiento del sujeto (Jaffe y Sharma, 1998).
 - i) Agrupación indiscriminada de síntomas. El sujeto informa de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada (Rogers, 1988).

La unidad de análisis en todas las categorías fue el protocolo, registrándose como presentes o ausentes. Dado que las categorías no se relacionaban con la declaración en su conjunto, se verificó la correspondencia de las codificaciones. De hecho, la codificación directa de las categorías no es sensible a la correspondencia de las medidas. En otras palabras, el hecho de que el codificador marque como presente una determinada categoría no implica que las medidas se estén refiriendo exactamente a las mismas incidencias. Por ello, verificamos que el recuento se refiriera exactamente a las mismas medidas. Se descartó la graduación, como es propia de muchas otras investigaciones científicas porque resta fiabilidad a los resultados y, sobre todo, porque no se corresponde con la tarea forense.

Tras el análisis de contenido de la entrevista de cada sujeto, los codificadores evaluaban si, a tenor de los criterios detectados, se cumplía los criterios del trastorno de estrés postraumático.

Para aquellos casos en los que se halló un cuadro psicótico en el MMPI-2 y un trastorno de estrés postraumático en la entrevista clínico-forense, se llevó a cabo el mismo procedimiento que el descrito para la huella psicológica, pero relativo a los trastornos psicóticos.

Las grabaciones de las declaraciones sobre los hechos objeto de la denuncia fueron sometidas a un análisis de contenido a fin de establecer la validez y realidad de las mismas por medio del procedimiento creado para casos de violencia de género por Arce y Fariña (2006b, 2009; Arce y otros., 2007).

Las categorías de validez, resultantes de la combinación de criterios del Statement Reality Analysis, SRA (Undeutsch, 1967, 1988); del Statement Validity Analysis, SVA (Steller, 1989; Steller y Boychuk, 1992; Steller y otros, 1990) y de los criterios que Arce y Fariña (2006b) concretaron a partir el estudio de la jurisprudencia española, fueron creadas y confeccionadas siguiendo las normas redactadas al respecto por Anguera (1990), dando lugar a un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido en lo que Weick (1985) ha denominado sistemas de categorías metódicas. Las categorías así como su definición se muestran a continuación:

- Prueba (in)suficiente (¿supera la capacidad de memoria del testigo? ¿contiene toda la información necesaria de los hechos?).
- Prueba (in)válida:
 - (In)consistencia interna (¿tiene contradicciones internas en el relato?).
 - (In)consistencia externa (¿Es consistente con otras pruebas robustas o incontrovertibles?).
 - Persistencia en las declaraciones (¿Son estables las declaraciones en hechos y contextos?).
 - (In)consistente con la anterior (¿Hay consistencia inter-declaraciones, aparecen/desaparecen eventos de la agresión centrales para la víctima?).
 - (In)consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza (¿Contiene el relato hechos incompatibles con las leyes científicas o de la naturaleza?).

La unidad de análisis en todas las categorías fue el protocolo, registrándose las categorías como prueba suficiente o insuficiente, y, para las categorías de validez, en consistente o inconsistente. A su vez, se creó una variable resumen de la validez de la prueba de modo que se codificaba como prueba inválida si alguna de las categorías de validez revocaba la prueba y como válida si ninguna de las categorías de validez la

invalidaba. Como la evaluación de las categorías no se relacionaba con la declaración en su conjunto, se verificó la correspondencia de las codificaciones. De hecho, la codificación directa de la categoría no es sensible a la correspondencia de las medidas. En otras palabras, el hecho de que el codificador marque como presente una determinada categoría no implica que las medidas se estén refiriendo exactamente a las mismas incidencias. Por ello, verificamos que el recuento se refiriera exactamente a las mismas medidas.

Con la misma metodología para la creación de un sistema categorial metódico, Arce y Fariña (2006b, 2009, Arce y otros., 2007), habían formulado y contrastado la validez de un modelo general de realidad de las declaraciones adaptado a casos de violencia de género, partiendo de las categorías del Criteria Based Content Analysis, CBCA (Steller y Köhnken, 1994) a las que añadieron categorías complementarias de Arntzen (1970), Szewczyk (1973), Trankell (1972), del SRA (Undeutsch, 1967, 1988), del listado de criterios ampliados del Reality Monitoring, RM, por Spörer (1997), y de los criterios de realidad de Arce y Fariña aplicables a casos de violencia de género. Se revisó conceptualmente cada categoría a fin de crear un sistema metódico de modo que las categorías fueran mutuamente excluyentes (Anguera, 1990), creándose un manual con ejemplos de cada categoría y resolución de dudas. Las categorías de este sistema se relacionan a continuación:

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Los criterios aquí englobados se refieren a la declaración tomada en su totalidad.

- 1.- Estructura lógica.
- 2.- Elaboración inestructurada.
- 3.- Cantidad de detalles.
- 4.- Concreción (SRA).

CONTENIDOS ESPECÍFICOS. Se avalúan partes específicas del testimonio referidas a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones.

- 5.- Engranaje contextual.
- 6.- Descripción de interacciones.
- 7.- Reproducción de conversación.
- 8.- Complicaciones inesperadas durante el incidente.
- 9.- Información perceptual (RM).
- 10.- Operaciones cognitivas (RM, codificación inversa)

PECULIARIDADES DEL CONTENIDO. Se incluyen aquí aquellas características de una declaración que aumentan su concreción o viveza.

- 11.- Detalles inusuales.
- 12.- Detalles superfluos.
- 13.- Incomprensión de detalles relatados con precisión.
- 14.- Originalidad de las expresiones.
- 15.- Asociaciones externas relacionadas (se amplió la definición a otros eventos recuperados asociados a los hechos a enjuiciar, pero no relacionados con ellos, esto es, recuperación de nodos de memoria).
- 16.- Relatos del estado mental subjetivo.
- 17.- Atribución del estado mental del autor del delito.

CONTENIDOS REFERENTES A LA MOTIVACIÓN. Estos criterios desvelan la motivación del testigo para hacer la declaración.

- 18.- Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones durante la declaración.
- 19.- Admisión de falta de memoria.
- 20.- Plantear dudas sobre el propio testimonio.
- 21.- Auto-desaprobación.
- 22.- Perdón al autor del delito.

ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA AGRESIÓN. Elementos del testimonio que no se relacionan con la viveza general de la declaración, sino con el crimen.

- 23.- Detalles característicos de la agresión.

CRITERIOS DE ARCE Y FARIÑA PARA VIOLENCIA DE GÉNERO. Elementos del testimonio

- 24.- Manifestación de padecimiento de síntomas sutiles clínicos (Arce y otros., 2009).
- 25.- Justificación de la agresión (provocadora).
- 26.- Intento de ocultar hechos que agravan la agresión.
- 27.- Comportamiento protector del agresor (que no vaya a la cárcel, que no le pase nada).

28.- Exculpación del agresor (no me quería hacer daño, me pagaba para que me relajara, autodenuncia para exculpar al agresor).

29.- Propuesta de una medida educativa para el agresor (que no beba, métenle miedo, hagan que se porte bien) (codificación inversa).

30.- Echar de menos la agresión.

31.- “Vuelta atrás” en la acusación (no se tomó en el estudio por no poder incluirse en las declaraciones inventadas).

La unidad de análisis en todas las categorías fue el protocolo, registrándose las categorías como presentes o ausentes. En aquellas categorías que no se relacionaban con la declaración en su conjunto, se verificó la correspondencia de las codificaciones. De hecho, la codificación directa de la categoría no es sensible a la correspondencia de las medidas. En otras palabras, el hecho de que el codificador marque como presente una determinada categoría no implica que las medidas se estén refiriendo exactamente a las mismas incidencias. Por ello, verificamos que el recuento se refiriera exactamente a las mismas medidas. Descartamos otras escalas de medida como el grado o intensidad de los criterios no sólo porque la evaluación categórica se ajusta perfectamente al contexto forense, sino también porque las otras alternativas de medida abundan más en la carencia de objetividad del sistema, al no poderse establecer puntos de corte sistemáticos ya que la productividad de la memoria está mediatizada por numerosos factores externos difícilmente controlables como la complejidad del evento, o la capacidad intelectual o narrativa de la persona evaluada. Sometido el sistema categorial metódico a un contraste de la consistencia interna obtuvimos un coeficiente *alpha de Cronbach* (n=105) de ,822.

2.6. Entrenamiento de Codificadores.

En este estudio participaron dos codificadores, uno con experiencia previa en codificación de este tipo de material y con conocimientos de evaluación psicopatológica (Arce y otros., 2007). Los codificadores fueron exhaustivamente entrenados en éste y otros sistemas de codificación. El entrenamiento consistió, tras presentarles y ejemplificarles cada categoría de análisis, en la ejecución con material del estudio que no iban a codificar posteriormente, utilizando el índice de concordancia como

instrumento de cotejo de la ejecución, lo que permitía, constatada inconsistencia, subsanar errores de codificación a través de la homogeneización de criterios.

Las definiciones de las categorías de análisis de los trastornos clínicos se correspondían con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Por ello, los codificadores contaban en la codificación con dicho manual y con un manual de creación propia, con ejemplos de cada categoría, como referencia para la codificación y definición de las categorías de análisis. En relación a los criterios de realidad, confeccionamos un manual con las definiciones y ejemplos de cada categoría de análisis.

2.7. Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones.

Varios fueron los entrevistadores del estudio por lo que es preciso conocer si el factor entrevistador pudiera mediar la productividad de la entrevista. Para ello dividimos los protocolos de víctimas simuladas y reales en dos grupos al azar. Si los protocolos fueran iguales no debería haber diferencias en la sintomatología registrada u observada. Los resultados mostraron protocolos similares en los registros de síntomas tanto en la población de víctimas reales, $SC= 2,40$; $F(1;49)=0,32$; ns , $\eta^2= ,0006$ $1-\beta= ,085$, como en la de víctimas irreales, $SC= 4,17$; $F(1;52)=0,38$; ns , $\eta^2= ,009$; $1-\beta= ,093$. En suma, las entrevistas no están contaminadas por el factor entrevistador. A su vez, estos entrevistadores también se habían mostrado consistentes y productivos en otros estudios (p.e., Arce y otros, 2006).

Los dos codificadores dividieron el material entre ellos. La distribución del material a los codificadores fue aleatoria y combinando entrevistas de casos reales con entrevistas de casos inventados.

Para calcular la fiabilidad intra-jueces, los codificadores repitieron, una semana después del fin de la codificación original, en torno al 20% de las entrevistas que ellos mismos habían evaluado. Asimismo y para obtener la fiabilidad inter-jueces, cada codificador analizó alrededor del 20% de los protocolos que inicialmente había codificado el otro codificador.

Tabla 1. Índice de concordancia de las codificaciones de los contenidos de la entrevista clínico-forense.

<u>VARIABLE</u>	<u>INTRA1</u>	<u>INTRA2</u>	<u>INTER</u>
Miedo intenso	1	1	1
Recuerdos recurrentes	1	1	1
Sueños desagradables	1	1	.8
Revivir el suceso	1	1	1
Malestar psicológico intenso	1	1	.8
Reactividad fisiológica	1	.8	.8
Evitación de pensamientos	1	1	1
Evitación de actividades	1	1	.8
Amnesia	1	.8	1
Disminución del interés	1	1	.8
Distanciamiento de los demás	.8	1	1
Limitación en afectividad	1	1	1
Futuro desolador	1	1	.8
Insomnio	1	1	.8
Irritabilidad	1	1	1
Dificultades de concentración	1	1	1
Hipervigilancia	1	1	.1
Respuestas exageradas sobresalto	1	1	.80
Malestar clínico significativo	1	1	1
Síntomas obvios	1	1	1
Síntomas sutiles	1	1	1
Síntomas raros	1	1	1
Combinación de síntomas	1	1	1
Síntomas improbables	1	1	1
Severidad de síntomas	1	1	.8
No cooperación con evaluación	1	1	1
<u>Consistencia de síntomas</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

Nota: IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos).

Tabla 2. Índice de concordancia de las codificaciones de las categorías de análisis de la validez y realidad de la declaración.

<u>VARIABLE</u>	<u>INTRA1</u>	<u>INTRA2</u>	<u>INTER</u>
Prueba (in)suficiente	1	1	1
(In)consistencia interna	1	1	1
Persistencia en las declaraciones	1	1	1
(In)consistente con la anterior	1	1	1
(In)consistencia leyes científicas naturaleza	1	1	1
Estructura lógica	1	1	1
Elaboración inestructurada	1	1	1
Cantidad de detalles	1	1	1
Concreción	1	,9	,95
Engranaje contextual	1	1	1
Descripción de interacciones	1	1	1
Reproducción de conversación	1	1	1
Complicaciones inesperadas incidente	1	,9	,95
Información perceptual	,9	1	1
Operaciones cognitivas	1	1	1
Detalles inusuales	1	,9	,95
Detalles superfluos	,9	1	1
Incomprensión detalles relatados precisión	1	1	1
Originalidad de las expresiones	1	1	,95
Asociaciones externas relacionadas	1	1	,95
Relatos del estado mental subjetivo	1	1	1
Atribución del estado mental del autor delito	1	1	1
Correcciones espontáneas	1	1	,95
Admisión de falta de memoria	1	1	,9
Plantear dudas sobre testimonio	1	1	,85
Auto-desaprobación	1	1	1
Perdón al autor del delito	1	,9	,95
Detalles característicos de la agresión	1	1	1
Síntomas sutiles en clínico	1	1	1
Justificación de la agresión	1	1	1
Ocultar hechos que agravan agresión	1	1	1

Comportamiento protector del agresor	1	1	1
Exculpación del agresor	1	1	1
Medida educativa o represora del agresor	1	1	1
<u>Echar de menos la agresión</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

Nota: Las categorías “carencia de consistencia externa” y “vuelta atrás en la denuncia” no se pudieron registrar en las declaraciones inventadas tal y como se han recabado.

Se consideran evaluaciones concordantes aquellas que superan el punto de corte de ,80 (Tversky, 1977), que es más restrictivo que los valores kappa. Contrastados nuestros resultados (véanse en las Tablas 1 y 2) podemos sostener que las evaluaciones son consistentes inter-, intra-evaluadores y en el tiempo. Además, los codificadores también fueron consistentes en otros contextos de evaluación y con otros codificadores (p.e., Arce y otros., 2007). En suma, los datos son fiables (Wicker, 1975). En consecuencia, los datos obtenidos del análisis de contenido de las entrevistas clínico-forenses y de las declaraciones son fiables.

3. RESULTADOS

3.1. Contraste del estado clínico real y simulado en las escalas clínicas básicas del MMPI-2.

Encontramos diferencias multivariadas en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 mediadas por el factor población (casos reales vs. casos irreales), $F_{\text{multivariada}}(10;94)=5,22$; $p<,001$; $\eta^2=,357$; $1-\beta=1$. Además, la magnitud del efecto de las instrucciones es elevada ya que explica el 35,7% de la varianza.

Los efectos univariados, que pueden verse en la Tabla 3, muestran diferencias significativas en las 10 escalas clínicas básicas del MMPI-2. A excepción de la escala *masculinidad-feminidad*, la muestra de casos irreales informa de mayor daño que la real. Sucintamente, en masculinidad-feminidad la población de víctimas simuladas advierte de mayor normalidad. En todo caso, ambas poblaciones están en la región de absoluta normalidad (T_{45-55}). Por su parte, las víctimas irreales informan de un mayor desorden clínico en hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia, paranoia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. Dado que la dirección de los efectos se produce en la dirección esperada; esto es, un aumento en las puntuaciones en la condición de simulación, los resultados apoyan una aptitud general para la simulación. Dicha aptitud es, además, efectiva en la medida indirecta por excelencia del daño psíquico producido por el maltrato, la depresión, y en otra patología comórbida, la introversión social (i.e., Bargai y otros., 2007; Echeburúa y otros., 1998; Esbec, 2000; Kessler y otros., 1995). Pero, también hallamos que la población de víctimas irreales asume más patología en dimensiones no relacionadas con la victimación de violencia de género (e.g., Desviación Psicopática, Histeria, Hipocondriasis, Paranoia, Esquizofrenia y Psicastenia), alcanzando tal magnitud ($T>70$) que entrarían dentro de la región patológica. En consecuencia, no han ejecutado correctamente en las patologías que no están directamente ligadas a las secuelas psíquicas de los malos tratos. Finalmente, observamos un cambio hacia la patología en la variable Hipomanía, pero éste no llega a ser de tal calibre ($T<70$) para que nos hallemos ante la simulación de un trastorno maniaco severo, sino moderado. En otras palabras, la población simulada en su afán por

fingir patología consecuencia del maltrato no discrimina efectivamente entre los esperados síntomas depresivos e introversión social y los no esperados de orden psicótico, Desviación Psicopática, Histeria, Hipocondriasis e Hipomanía. Así pues, el sujeto en condiciones de simulación asume dos estrategias: agrupación indiscriminada de síntomas (esto es, asumen todo tipo de síntomas clínicos de forma indiscriminada) y sobresimulación o exageración del daño (informan de un daño mayor que la población de víctimas reales).

Tabla 3. Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 por el factor población. Efectos inter-sujetos.

Escalas	SC	F	p	η^2	M_{real}	M_{irreal}	1- β
Hipocondriasis	27727,89	10,73	,001	,094	66,43	76,63	,901
Depresión	1810,97	8,98	,003	,080	68,43	76,74	,843
Histeria	1545,16	7,28	,008	,066	63,51	71,18	,762
Desviación Psicopática	1110,39	9,97	,002	,088	62,88	70,39	,878
Masculinidad-feminidad	584,61	6,81	,010	,062	52,98	48,26	,734
Psicastenia	3330,17	23,64	,000	,187	62,84	74,11	,838
Paranoia	1926,23	8,84	,004	,079	69,74	78,31	,998
Esquizofrenia	7490,95	30,42	,000	,228	65,80	82,70	1
Hipomanía	701,63	6,99	,009	,064	54,57	59,74	,746
<u>Introversión Social</u>	<u>3868,67</u>	<u>26,76</u>	<u>,000</u>	<u>,206</u>	<u>60,73</u>	<u>72,87</u>	<u>,999</u>

Nota: $gl(1;103)$. M_{real} = Media de la condición de *casos reales*; M_{irreal} = Media de la condición de *casos irreales*.

El autoinforme de un cuadro que raramente presenta la población real pasa por ser uno de los errores que pueden cometer los simuladores (Greene, 1997). En el estudio de casos, observamos que la esquizofrenia fue la psicopatología irrelevante para las secuelas de la violencia de género que más raramente se registró entre los casos reales, el 19,6%, pero nunca como trastorno primario; mientras que entre los casos irreales se halló en el 75,9%, siendo en el 46,3% el trastorno primario. Por ello, la aparición de un cuadro esquizoide como primario es un potencial indicador de simulación. Es preciso considerar que aquellos casos reales con un cuadro esquizofrénico es probable que fueran desestimados legalmente porque este trastorno afecta a la verosimilitud del

testimonio (Seijo, 2007). Por su parte, en las escalas específicas de medida del TEP, que conforma el cuadro clínico diagnóstico primario de las secuelas de malos tratos en la práctica forense (v. gr., Bargai y otros, 2007; Kessler, Sonnega, Hughes, y Nelson, 1995; Sarasua y otros, 2007; Vilariño y otros., 2009), las escalas Pk y Ps (ver la Tabla 4), constatamos un efecto significativo modulado por el factor población. En concreto, la población de casos irreales reconoce más síntomas propios del Trastorno de Estrés Postraumático en ambas escalas Pk y Ps, alcanzando puntuaciones consonantes con una impresión diagnóstica de padecer un Trastorno de Estrés Postraumático ($T > 70$). En resumen, las víctimas simuladas dicen padecer mayores niveles de secuelas consecuencia de la violencia de género que las reales.

Tabla 4. Efectos inter-sujetos. Escalas de medida del TEP por el factor población.

Escalas	SC	F	p	η^2	M_{real}	M_{irreal}	1- β
Escala PK	4384,47	34,49	,000	,245	63,28	76,20	1,000
Escala PS	3976,28	28,82	,000	,224	62,04	74,35	1,000

Nota: $gl(1;103)$. M_{real} = Media de la condición de *casos reales*; M_{irreal} = Media de la condición de *casos irreales*.

El estudio de casos de la huella directa a indirecta de los malos tratos advirtió de un cuadro depresivo en 40 (74,1%) de las víctimas irreales, por 25 (49%) de las reales, $\chi^2(1)=5,96$; $p < ,05$; $\phi = -,258$; y de Introversión social en 35 (64,8%) casos irreales, por 11 (21,6%) reales, $\chi^2(1)=18,21$; $p < ,001$; $\phi = -,436$. En las medidas de la huella psicológica directa de la victimación de malos tratos, en los casos irreales, las escalas Pk y Ps informaron de patología en 41 (75,9), por 28 (54,9%) de los reales, $\chi^2(1)=4,826$; $p < ,05$; $\phi = -,221$. En resumen, las víctimas irreales no sólo logran simular el daño directo (e.g., Trastorno de estrés postraumático) e indirecto (depresión e introversión social) de la violencia de género, sino que la probabilidad de simulación supera la prevalencia de los casos reales.

3.2. Estudio de las escalas originales de control de validez del MMPI-2.

Mediante un contraste multivariado hallamos que las escalas de control de la validez de las respuestas son sensibles a la manipulación del factor población (casos reales vs. casos irreales), $F_{\text{multivariada}}(4;100)=8,07; p<,001; \eta^2=,244; 1-\beta=,998$. Además, este factor da cuenta del 24,4% de la varianza.

Tabla 5. Contrastes univariados. Efecto de la población en las escalas originales de control de la validez del MMPI-2. Pruebas de los efectos inter-sujetos.

<u>Escalas de control de validez</u>	<u>SC</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>η^2</u>	<u>M_{real}</u>	<u>M_{irreal}</u>	<u>1-β</u>
Escala ? (No Respuestas)	39,18	8,80	,004	,079	1,33	0,11	,836
Escala L (Mentira)	999,18	0,41	,536	,004	56,24	62,41	,097
Escala F (Incoherencia)	10418,41	26,91	,000	,207	63,59	83,52	,999
<u>Escala K (Factor Corrector)</u>	<u>453,22</u>	<u>5,57</u>	<u>,020</u>	<u>,051</u>	<u>46,16</u>	<u>42,00</u>	<u>,647</u>

Nota: $gl(1;103)$. M_{real} = Media de la condición de *casos reales*; M_{irreal} = Media de la condición de *casos irreales*.

Los contrastes univariados (consúltese la Tabla 5) informan de una tasa significativamente más elevada de no respuestas en la población de casos reales y una puntuación mayor en la Escala K; al tiempo que una puntuación significativamente menor en la Escala F. Estos resultados alertarían de una posible funcionalidad de las escalas de validez ?, F y K en el contexto forense para la identificación de la simulación.

Por su parte, el estudio de casos en la población de víctimas reales muestra que la Escala de Interrogantes ($Pd \geq 10$) clasifica todos los protocolos, tanto reales como irreales, como válidos. En lo referente a la clasificación de la L ($T \geq 65$) en la población de casos reales, ésta reconoce erróneamente como disimuladores al 17,6% (9); la Escala K, Factor Corrector ($T < 40$), lo haría como simuladores al 19,6% (10), y la Escala F ($T \geq 65$) al 43,1% (22). En la población de casos irreales, la Escala L identificaría erróneamente como disimuladores al 14,8% (8); la K como simuladores acertadamente al 51,9% (28); y la F al 68,5% (37). En resumen, la escala L, $\chi^2(1) = 0,02; ns; \phi = ,038$, no discrimina entre población de casos reales e irreales, en tanto las escalas K, $\chi^2(1) = 10,45; p <,001; \phi = ,335$, y F, $\chi^2(1) = 5,87; p <,05; \phi = ,256$, diferencian en la clasificación de los sujetos entre las muestras de casos reales e irreales, de tal modo que ambas escalas son predictores significativos de simulación. Además, los resultados corroboran que los potenciales simuladores colaboran con la evaluación.

3.3. Índices y configuraciones de las escalas originales de validez.

La comparación de medias en el *índice F-K* o *índice de Gough* participa, $SC=2903,11$; $F(1,432)=24,02$; $p<,001$; $\eta^2=,189$; $1-\beta=,998$, de diferencias significativas entre la población de casos reales ($M=0,63$) y de casos irreales ($M=11,15$). Esto es, el *índice F-K* de los casos irreales es marcadamente más elevado. A su vez, el estudio de casos ($F-K>12$; Rogers y otros, 2003) advierte de simulación en 23 (42,6%) casos irreales, mientras en los casos reales lo hace en 4 (7,8%), lo que confiere una información neta (verdaderos negativos - falsos negativos= 34,8%) de simulación significativa, $\chi^2(1)=14,81$; $p<,001$; $\phi=-,397$. Por su parte, el *perfil en V invertida* (L y $K<50$ y $F<80$, Arce y otros, 2009; Jiménez y Sánchez, 2003) identifica como simuladores a 12 (22,2%) de los casos irreales y a 2 (3,9%) de los casos reales, esto es, presenta una tasa neta de simulación del 18,3%, discriminando significativamente entre casos reales e irreales, $\chi^2(1)=6,01$; $p<,05$; $\phi=-,269$.

3.4. Estudio de las escalas adicionales de control de la validez del MMPI-2.

En la Escala Fb observamos diferencias significativas mediadas por el factor población (ver Tabla 6) de modo que en los casos irreales los valores de Fb son mayores. En el estudio de casos registramos un total de 10 (18,5%) protocolos de casos irreales detectados como tales, por ninguno entre los reales. Es decir, la Escala Fb clasifica correctamente como simuladores al 18,5% de éstos, sin la comisión de ningún falso negativo (caso real identificado como irreal).

Tabla 6. Efectos univariados en las escalas adicionales de control del MMPI-2 mediadas por el factor población. Efectos inter-sujetos.

Variables	SC	F	p	η^2	M_{real}	M_{irreal}	$1-\beta$
Fb (F Posterior)	14080,70	33,14	,000	,243	63,61	86,78	1
Fp	343,47	26,81	,000	,207	3,53	7,15	,999
Ds	4351,29	51,22	,000	,332	20,16	33,04	1

Nota: $gl(1;103)$. M_{real} = Media de la condición de *casos reales*; M_{irreal} = Media de la condición de *casos irreales*.

La escala Fp es sensible al factor población (ver Tabla 6). En concreto, los valores de Fp son significativamente mayores en los casos irreales. Por su parte, el estudio de casos pone de manifiesto una tasa de correcta clasificación de los protocolos irreales del 35,2% ($n=19$), siendo la posibilidad de falsos negativos (informe de simulación en casos reales) de un 2% ($n=1$), resultando una eficacia neta (verdaderos negativos – falsos negativos) del 33,2%, $\chi^2(1)=16,68$; $p<.001$; $\phi=-,423$.

El factor población media diferencias significativas (ver Tabla 6) en la Gough Dissimulation Scale (Ds). En concreto, en las respuestas de los casos simulados los valores de la Escala Ds son mayores. En la misma línea, en el estudio de casos encontramos que la Ds Scale clasifica como verdaderos negativos (correcta identificación de respuestas simuladas) al 74,1% ($n=40$) de los casos, con un porcentaje de falsos negativos del 27,5% ($n=14$), restando en una efectividad neta del 49,3%, $\chi^2(1)=21$; $p<.001$; $\phi=-,466$.

3.5. Medidas de la inconsistencia de las respuestas.

Las escalas de validez TRIN y VRIN y el índice F-Fb (ver Tabla 7) no son sensibles al factor población, al tiempo que TRIN y VRIN no invalidan ningún protocolo ni en casos reales, ni en irreales. En resumen, los protocolos simulados son consistentes.

Tabla 7. Anovas de las medidas de la inconstancia por el factor población. Efectos inter-sujetos.

Medida de la inconsistencia	SC	F	p	η^2	M_{real}	M_{irreal}	$1-\beta$
TRIN	0,03	0,01	,913	,000	9,65	9,61	,051
VRIN	9,59	1,62	,206	,015	7,94	8,55	,243
F-Fb	38,76	0,40	,527	,004	10,33	9,12	,096

Nota: $gl(1;103)$. M_{real} = Media de la condición de *casos reales*; M_{irreal} = Media de la condición de *casos irreales*.

3.6. Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores de validez del MMPI-2.

La consistencia en los resultados de la evaluación es una condición necesaria para que se pueda concluir tanto judicialmente (v. gr., Sentencia del TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808; Sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987) como en la prueba psicológico-judicial (p.e., Hans y Vidmar, 1986; Hastie, Penrod, y Pennington, 1986). Asimismo, para que un perfil sea invalidado, en nuestro caso por simulación, se requiere que, al menos, en dos de las escalas originales de validez relevantes para la simulación (F y K), de sus combinaciones (el *índice F-K* y *perfil en V invertida*) o de las escalas adicionales (Fb, Fp y Ds), los protocolos presenten puntuaciones invalidantes (Lachar, 1974; Roig-Fusté, 1993). Pero este criterio de decisión es necesario someterlo a prueba a fin de contrastar si con dos o más puntuaciones invalidantes se diferencia efectivamente, y en qué medida, entre protocolos reales e inventados. Dos son los modelos a contrastar por este procedimiento. Uno basado en las escalas e índices originales, *Modelo Forense* u *Original*⁷, que discriminan significativamente entre casos reales e irreales (e.g., F, K, Fb, F-K, perfil en V invertida); y un segundo, *Modelo Ampliado*, que incluye todas las escalas que distinguen significativamente entre protocolos reales e irreales (i.e., F, K, Fb, F-K, perfil en V invertida, Fb, Fp y Ds). Los resultados muestran más indicadores de simulación entre los casos irreales tanto con el *Modelo Forense* (38 vs. 110 indicadores de simulación en los casos reales e irreales, respectivamente), $\chi^2(1)=35,03$; $p<,001$, como con el *Modelo Ampliado* (53 vs. 169), $\chi^2(1)=60,61$; $p<,001$. En otras palabras, estadísticamente los indicadores de simulación del MMPI-2 diferencian entre casos reales e irreales. No obstante, este resultado no es válido para el campo forense pues no aporta un criterio de decisión para la toma de decisiones en cada caso concreto (tarea forense) y permite tanto el error tipo I (falsos negativos) como el II (falsos positivos). En el campo forense, el criterio de decisión ha de ser estricto: el error tipo II no es admisible, esto es, el forense no puede informar que

⁷ Este Modelo es el que se aplica en la práctica forense por ser el disponible en la versión comercial del MMPI-2 dado que las escalas Ds y Fp no se incluyen.

un protocolo simulado es honesto por las implicaciones que tiene para la condena del encausado (v. gr., in dubio pro-reo, principio de duda razonable). En la misma línea, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), en los casos con implicaciones forenses, previo al diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático, exige que se descarte siempre la simulación (diagnóstico diferencial). Para la definición de este criterio estricto, a partir de los datos, sólo cabe el análisis de los efectos acumulados de los criterios. Los resultados de estos efectos acumulados para el *Modelo Forense* y para el *Modelo Ampliado*, que pueden verse en la Tabla 8, ponen de manifiesto que con la aplicación del *Modelo Forense* se precisaría de más de 4 criterios para discernir entre protocolos reales e irreales, y en el *Modelo Ampliado* de más de 5. La aplicación de este criterio de decisión redundaría en la correcta identificación del 9,3% y el 18,5% (para el *Modelo Forense* y *Ampliado*, respectivamente) de los verdaderos negativos (casos simulados identificados como tales), el 100% de los verdaderos positivos (casos reales identificados como tales) y de los falsos negativos (identificación como simulado de un protocolo real) en ambos modelos, pero resultaría incorrecta la clasificación del 90,7% y del 81,5% de los casos irreales como reales (falsos positivos). Como quiera que la práctica forense no admite ningún falso positivo, estos criterios no son válidos para su aplicación en este contexto.

Tabla 8. Indicadores de simulación por población. Efectos acumulados.

Nº de Indicadores/población	<u>Modelo forense</u>		<u>Modelo ampliado</u>	
	Real	Irreal	Real	Irreal
0	28(54,9%)	10(18,5%)	27(52,9%)	8(14,8%)
1	14(27,5%)	14(25,9%)	9(17,6%)	7(13%)
2	5(9,8%)	11(20,4%)	6(11,8%)	9(16,7%)
3	2(3,9%)	7(13%)	6(11,8%)	7(13%)
4	2(3,9%)	7(13%)	1(2%)	6(11,1%)
5		5(9,3%)	2(3,9%)	7(13%)
6			-----	6(11,1%)
7			-----	4(7,4%)

3.7. Estudio de la fiabilidad de los resultados en la entrevista clínico-forense.

No se registró contingencia alguna de simulación en la muestra de víctimas reales de violencia de género. Por su parte, en las entrevistas clínico-forenses de las simulaciones se detectó que, al menos, habían empleado alguna estrategia de simulación 31 de los 54 casos, es decir, la mitad de la población de simuladoras, $\chi^2(1)=0,49$; *ns*, fueron informadas como tales en el estudio de las estrategias de simulación. Tres fueron las estrategias que hemos observado que emplearon las simuladoras a la hora de aparentar daño clínico: informar de sintomatología sutil (no advierten de síntomas reales, sino de problemas cotidianos que confunden con sintomatología asociada a una enfermedad mental); agrupación indiscriminada de síntomas (dicen que padecen problemas clínicos de forma indiscriminada) y severidad de síntomas (atribuyen a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema). De las tres estrategias que hemos encontrado productivas, las simuladoras recurren con una frecuencia significativa a informar de síntomas sutiles y a la asignación de máxima severidad a los síntomas informados (ver Tabla 9), en tanto la combinación de síntomas tiene una presencia marginal (igual al margen de error estadísticamente admisible). A su vez, no se observa que las personas en condición de simulación no cooperen con la evaluación; utilicen estrategias propias de cuadros psicóticos (síntomas improbables, obvios o raros), ni apunten padecer una combinación de síntomas que difícilmente se dan juntos, a la vez que muestran un comportamiento consistente con lo manifestado.

Tabla 9. Frecuencia y probabilidad de detección de simulación en casos irreales. Contraste de la productividad de las categorías (valor de prueba 0,05).

<u>Estrategia</u>	<u>F_{observada}</u>	<u>p_{observada}</u>	<u>Z</u>	<u>p</u>
Síntomas sutiles	23	,426	12,68	,001
Agrupación de síntomas	3	,056	0,20	ns
Severidad de síntomas	8	,148	3,30	,001

Nota: $n=54$. F_{observada}= Frecuencia observada; p_{observada}= Probabilidad observada. Sólo se relacionan aquellas estrategias que fueron productivas. El valor de contraste de Z fue el de la significatividad estadística ,05. Téngase presente que entre las víctimas reales no se registró ninguna estrategia de simulación.

3.8. Estudio de la huella psíquica en la entrevista clínico-forense.

Tabla 10. Prueba de χ^2 para la tabla de contingencia del tipo de muestra (víctimas reales vs. víctimas irreales) por los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático (presente vs. ausente).

VARIABLE	%irreal	%real	χ^2	p	ϕ
CRITERIO A					
Temor intenso	72,2	94,1	7,38	,007	-,290
CRITERIO B					
Recuerdos recurrentes	27,8	51	5,00	,025	-,238
Sueños acontecimiento	13	43,1	10,48	,001	-,337
Revivir el suceso (flashback)	3,7	17,6	4,05	,044	-,228
Malestar exposición estímulos	40,7	80,4	15,57	,000	-,405
Respuestas fisiológicas	16,7	45,1	8,71	,003	-,309
CRITERIO C					
Evitación de pensamientos	25,9	60,8	11,63	,001	-,352
Evitación de actividades	16,7	51	12,40	,000	-,364
Incapacidad recuerdo	0	7,8	2,52	,112	-,205
Disminución del interés	44,4	70,6	6,29	,012	-,264
Distanciamiento de los demás	27,8	41,2	1,54	,215	-,141
Reducción vida afectiva	20,4	39,2	3,62	,057	-,206
Futuro limitado	18,5	39,2	4,54	,033	-,229
CRITERIO D					
Dificultades con sueño	27,8	64,7	12,96	,000	-,370
Irritabilidad o ira	13	49	14,44	,000	-,391
Dificultades de concentración	14,8	31,4	3,19	,074	-,197
Hipervigilancia	13	35,3	6,03	,014	-,262
Respuestas exageradas sobresalto	5,6	29,4	8,90	,003	,316
CRITERIO F					
Malestar clínico significativo	50	74,5	5,68	,017	-,252

Nota: gl(1).

La comparación de los registros de los criterios del trastorno de estrés postraumático observados en las muestras de víctimas reales e irreales de violencia de género, evidenció que las víctimas reales ($M= 9,3$; $ET= 0,52$) informan de más sintomatología clínica relacionada con el trastorno de estrés postraumático, $SC= 588,39$; $F(1;103)= 42,89$; $p<,001$, $\eta^2= ,294$; $1-\beta= 1$, que las víctimas simuladas ($M= 4,52$; $ET= 0,50$). En la comparación criterio a criterio, hallamos mayor presencia en la población de casos reales de los criterios (consúltese la Tabla 10): responder con un temor, una desesperanza o un terror intensos; recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que provocan malestar; sensación de que el hecho traumático está ocurriendo; malestar psicológico al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el hecho traumático; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas; sensación de un futuro limitado; dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad o ataques de ira; hipervigilancia; respuestas exageradas de sobresalto; y malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En relación a la huella psíquica esperada, el trastorno de estrés postraumático, encontramos que las víctimas reales de violencia de género (58,8%) presentan en mayor medida, $\chi^2(1)=32,11$; $p<,001$; $\phi=-,537$, este trastorno que las víctimas simuladas (5,6%). Contrastada la eficacia de la simulación en la tarea de conocimiento (5,6%) y reconocimiento (75,9%), se puede sostener que la tarea de reconocimiento facilita más la simulación, $\chi^2(1)= 32,82$; $p<,001$ ⁸, o que la de conocimiento la dificulta. Aún así, 3 víctimas irreales fueron capaces de simular dicho daño en la tarea de conocimiento y reconocimiento.

⁸ Prueba de McNemar.

3.9. Estudio global de la detección de la simulación.

Dado que ni la evaluación psicométrica ni la entrevista clínico-forense cumplen por sí mismas con el objetivo de aislar totalmente la simulación, es, por tanto, obligado pasar a analizar la utilidad de la combinación de ambas medidas. De hecho, la literatura ha informado sistemáticamente que es necesario la unión de una evaluación psicométrica, especialmente mediante el MMPI-2, aunque también el SCL-90-R, con la entrevista clínica, para discriminar entre casos reales y simulados (Arbisi, 2005; Arce y otros., 2009; Gothard y Rogers, 1995; Polusny y Arbisi, 2006; Rogers, 1997b; Vilariño y otros., 2009). Esta combinación permite, adicionalmente, evaluar la consistencia inter-medidas. De hecho, ni legal ni científicamente se puede admitir una medida o una prueba como válida si no es consistente o persistente. Así, hallamos que 3 víctimas irreales fueron capaces de simular la huella psíquica consecuencia de la violencia de género, tanto en la medida psicométrica como en la entrevista clínico-forense. Además, para ser efectiva y válida para aplicación forense, ha de aportar un punto de corte que discrimine entre respuestas honestas y simuladas siendo el error tipo II igual a 0 (falsos positivos). Dado que se registraron, cuando menos, 3 criterios invalidantes (MMPI-2 + estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense) del *Modelo Forense* y 5 del *Modelo Ampliado*, entre los protocolos irreales consistentes inter-medidas, éstos serían los puntos de corte con lo que el margen de falsos negativos alcanzaría el 7,8%, y el 3,9%, para el modelo forense y ampliado, respectivamente. El análisis caso a caso de los falsos positivos puso de manifiesto que se trataba de los casos con mayor gravedad. Para reducir al mínimo posible los falsos positivos se han propuesto 3 modelos: el modelo de decisión clínica de Cunnien (1997), el modelo de criterios positivos de Arce y Fariña (2007a, 2009; Arce y otros, 2009), y el modelo de la validez divergente de Arce y Fariña (2007, 2009; Arce y otros, 2009). El primero no se puede contrastar en este estudio por su naturaleza. El segundo advirtió de sintomatología no accesible a la simulación en los falsos positivos, pero no así entre los 3 casos irreales consistentes inter-medidas. También se registraron, entre los casos reales, criterios que validan los resultados por ser contrarios a la simulación ($L > 70$, $K > 70$, un diferencial en

puntuaciones directas <-9 en el *índice de Gough*, o la observación de un *perfil en V*), pero no en los casos irreales consistentes inter-medidas. Por último, el tercer modelo evidenció falta de consistencia inter-medidas en otras variables diferentes a la huella psíquica entre los simuladores efectivos. En concreto, en los 3 casos se observaron en el MMPI-2 en todos ellos una impresión diagnóstica de patología en la tríada psicótica (psicastenia, paranoia y esquizofrenia), en tanto en la entrevista clínico-forense no se registraron tales patologías. En suma, los falsos positivos pueden minimizarse e incluso llegar a ponerse a cero con estos modelos que el forense habrá de aplicar entre los casos en que ha hallado la huella psíquica de forma consistente inter-medidas y con 3 ó 5 criterios invalidantes acorde al modelo forense o ampliado.

3.10. Estudio de la validez de las declaraciones.

Tabla 11. Prueba de chi cuadrado para el estudio de los criterios de validez.

Variable	χ^2	p	ϕ	% _{real}	% _{irreal}
Inconsistencia interna	6,21	,05	-,279	0	14,8
Falta de persistencia de las declaraciones	44,66	,001	-,673	0	63
Inconsistencia con la anterior	60,38	,001	-,778	0	75,9
<u>Inconsistencia leyes científicas y naturaleza</u>	----	----	----	0	0

Nota: $gl(1)$. La categoría “carencia de consistencia externa” no se pudo codificar en las declaraciones inventadas. En todo caso, señalar que no se detectó ninguna contingencia entre las declaraciones reales.

Para proceder al análisis de contenido de las declaraciones, éstas han de tener suficiente amplitud para ello (Arce y Fariña, 2006a, 2006c, 2009; Raskin y Steller, 1989). Al respecto, hallamos que todas las declaraciones reales eran prueba suficiente, no conformando prueba suficiente para un análisis de la realidad el 18,5% de las declaraciones inventadas, discriminando este criterio entre declaraciones reales e inventadas, $\chi^2(1)=8,40$; $p<,01$; $\phi=-,315$. Por lo que se refiere a la validez de las declaraciones, encontramos (ver Tabla 11) que el 14,8% de las declaraciones inventadas adolecen de consistencia interna, el 63% de persistencia, el 75,9% de inconsistencia con la anterior, a la vez que todas eran consistentes con las leyes científicas y de la naturaleza. Contrastado el cumplimiento de los criterios de validez registramos que el 90,7% de las declaraciones inventadas eran prueba inválida, $\chi^2(1)=83,16$; $p<,001$; $\phi=-$

,909. Si tomáramos una única declaración, la tasa de invalidez de las declaraciones se reduciría al 14,8% de lo que se desprende que el estudio de la validez basado en dos declaraciones es más potente que el basado en una, $\chi^2(1)=29,49$; $p<,001$. En consecuencia, estos datos avalan la pertinencia de someter las declaraciones, previamente al análisis de contenido, al criterio de prueba suficiente y a los criterios de validez del Sistema de Evaluación Global de Arce y Fariña (2006a, 2006c, 2009).

3.11. Estudio de la realidad de las declaraciones⁹.

El contraste del modelo original de Arce y Fariña (2006a, 2009, Arce y otros., 2007) para casos de violencia de género, consistente en una combinación de criterios de los realidad de Arntzen y Szewczyk, del CBCA, RM, SRA y criterios específicos de violencia de género de los propios Arce y Fariña, ha puesto de manifiesto que las declaraciones reales ($M= 15,94$) contienen más criterios de realidad que las inventadas ($M= 9,28$), $SC= 1164,57$; $F(1;103)=125,78$; $p<,001$, $\eta^2= ,550$; $1-\beta= 1$. En el análisis de casos hallamos que en las declaraciones inventadas podría haber hasta 16 criterios de realidad, pero si nos ceñimos a las declaraciones válidas y suficientes bajaría a 12 criterios. Así, entre las declaraciones válidas y suficientes la presencia de más de 12 criterios es propia de declaraciones reales. Con la combinación de estos dos criterios se detectarían todas las declaraciones inventadas (verdaderos negativos), con una tasa del 9,9% de falsos negativos (no identificación como casos reales de aquellos que los son) (ver Tabla 12).

Tabla 12. Indicadores de realidad en las declaraciones reales por modelos.

Nº de criterios/modelo	Original	Ajustado	Robusto	CBCA
2			1(2%)	
3		1(2%)		
4			1(2%)	
5		2(3,9%)	2(3,9%)	
6		2(3,9%)	4(7,8%)	
7		5(9,8%)	6(11,7%)	

⁹ Tomamos la segunda declaración porque se ha informado que, en secuencias de declaraciones, es más productiva que la primera (McCauley y Fisher, 1995). En todo caso, no se observaron diferencias significativas ni en la productividad total de las categorías, ni en ninguno de los criterios, entre la primera y la segunda entrevista.

8		10(19,6%)	11(21,6%)	
9	1(2%)	7(13,7%)	12(23,5%)	1(2%)
10	1(2%)	15(29,4%)	10(19,6%)	2(3,9%)
11	1(2%)	7(13,7%)	4(7,8%)	3(5,9%)
12	2(3,9%)	2(3,9%)		14(11,8%)
13	5(9,8%)			10(27,5%)
14	4(7,8%)			7(13,7%)
15	5(9,8%)			4(7,8%)
16	12(23,5%)			3(5,9%)
17	4(7,8%)			1(2%)
18	7(13,7%)			
19	6(11,8%)			
20	2(3,9%)			
23	1(2%)			

Siguiendo el procedimiento de Arce y Fariña pasamos a contrastar un modelo ajustado (ver Tabla 13) consistente en tomar las variables que discriminan significativamente entre declaraciones reales e inventadas (e.g., estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, reproducción de conversaciones, complicaciones inesperadas, detalles inusuales, detalles superfluos, originalidad de las expresiones, asociaciones externas relacionadas, relatos del estado mental subjetivo, correcciones espontáneas, planteamiento de dudas sobre el testimonio, autodesaprobación, sintomatología sutil). Con este modelo ajustado encontramos que las declaraciones reales ($M= 11,12$) contienen más criterios de realidad, $SC= 928,86$; $F(1;103)=161,39$; $p<,001$, $\eta^2= ,610$; $1-\beta= 1$, que las inventadas ($M= 5,17$). El estudio de casos puso de manifiesto que las declaraciones inventadas podrían contener hasta 12 criterios de realidad y 4 entre las que eran prueba válida y suficiente para un estudio de la realidad con lo que se cometería un 2% de falsos negativos (ver Tabla 12) tomando como criterio de decisión la presencia de 4 criterios de realidad entre las declaraciones que eran prueba suficiente y válida.

Tabla 13. Prueba de chi cuadrado para el estudio de la combinación de los criterios del CBCA, RM, SRA y los criterios de violencia de género de Arce y Fariña.

Variable	χ^2	p	ϕ	% _{real}	% _{inventada}
----------	----------	---	--------	-------------------	------------------------

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Estructura lógica	6,21	,013	,279	100(51)	85,2(46)
Elaboración inestructurada	46,30	,000	,683	90,2(46)	22,2(12)
Cantidad de detalles	27,22	,000	,530	96,1(49)	48,1(26)
Concreción	59,45	,000	,772	86,3(44)	9,3(5)

CONTENIDOS ESPECÍFICOS

Engranaje contextual	0,00	1	,095	100(51)	98,1(53)
Descripción de interacciones	0,45	,501	,135	100(51)	96,3(52)
Reproducción de conversaciones	19,42	,001	,454	98(50)	61,1(33)
Complicaciones inesperadas	4,41	,036	,229	29,4(15)	11,1(6)
Información perceptual	0,09	,759	,049	54,9(28)	50(27)
Operaciones cognitivas	0,37	,543	-,093	5,9(3)	11,1

PECULIARIDADES DEL CONTENIDO

Detalles inusuales	10,68	,001	,339	52,9(27)	20,4(11)
Detalles superfluos	16,68	,000	,423	98(50)	64,8(35)
Incomprensión detalles relatados	----	--	----	0	0
Originalidad de las expresiones	33,72	,000	,586	84,3(43)	25,9(14)
Asociaciones externas relacionadas	28,09	,000	,537	62,7(32)	11,1(6)
Relatos estado mental subjetivo	5,11	,024	,250	96,1(49)	79,6(43)
Atribución estado mental autor delito	0,00	1	-,006	96,1(49)	96,3(52)

CONTENIDOS REFERENTES A LA MOTIVACIÓN

Correcciones espontáneas	14,44	,000	,391	49(25)	13(7)
Admisión de falta de memoria	3,50	,061	,202	62,7(32)	42,6(23)
Plantear dudas sobre testimonio	9,65	,002	,323	49(25)	18,5(10)
Auto-desaprobación	5,88	,015	,256	58,8(30)	33,3(18)
Perdón al autor del delito	3,70	,054	,224	13,7(7)	1,9(1)

ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA AGRESIÓN

Detalles característicos del delito	0,24	,622	,089	7,8(4)	3,7(2)
-------------------------------------	------	------	------	--------	--------

CRITERIOS DE ESPECÍFICOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Síntomas sutiles	23,94	,000	,497	60,8(31)	13,0(7)
Justificación	3,57	,059	,213	19,6(10)	5,6(3)
Ocultar hechos	2,52	,663	,112	7,8(4)	0
Protector	1,49	,222	,176	5,9(3)	0
Exculpación	0,00	,960	,062	3,9(2)	0
Medida educativa	0,00	1	-,052	2(1)	3,7(2)
<u>Echar de menos la agresión</u>	<u>0,00</u>	<u>,977</u>	<u>,101</u>	<u>2(1)</u>	<u>0</u>

Nota: $gl(1)$. %_{real}= % en las declaraciones reales; %_{inventada}= % en las declaraciones inventadas. La categoría “Vuelta atrás en la denuncia” no se puede registrar en las declaraciones inventadas. En todo caso, no se detectó ninguna contingencia entre las declaraciones verdaderas.

Con el modelo robusto (variables que discriminan significativamente y con un tamaño del efecto moderado o elevado¹⁰) encontramos que las declaraciones reales ($M= 8,28$) contienen más criterios de realidad que las inventadas ($M= 3,07$), $SC= 709,34$; $F(1;103)=154,54$; $p<,001$, $\eta^2= ,598$; $1-\beta= 1$. El estudio de casos puso de manifiesto que las declaraciones inventadas podrían contener hasta 9 criterios de realidad y 2 entre las que eran prueba válida y suficiente para un estudio de la realidad con lo que, tomando como criterio de decisión la presencia de más de dos criterios en las declaraciones prueba válida y suficiente, los falsos negativos se cifrarían en el 2% (ver Tabla 12).

Los criterios de realidad del CBCA, cuyos resultados del valor clasificatorio de las declaraciones reales pueden verse en la Tabla 12, también aparecen en mayor medida más en las declaraciones reales ($M= 12,61$) que en las inventadas ($M= 8,07$), $SC= 539,13$; $F(1;103)=120,76$; $p<,001$, $\eta^2= ,540$; $1-\beta= 1$. Las declaraciones inventadas llegan a contener hasta 13 criterios de realidad del CBCA. Éste se complementa con los criterios de validez del SVA. Adoptado el modelo del SVA basado en dos declaraciones forenses¹¹, la estimación de la validez basada en los criterios del SVA (las categorías

¹⁰ Los tamaños del efecto son moderados cuando $w \geq 30$ y elevados cuando $w \geq 50$ (Cohen, 1988).

¹¹ Aunque como contraste de la secuencia de declaraciones se propone tomar las obrantes en el procedimiento, éstas no son obtenidas por métodos válidos para el análisis de contenido. En el SVA la consistencia de las declaraciones no se mide a través de la obtención de dos declaraciones, sino de la comparación de la declaración obtenida por medios forenses con las obrantes en el procedimiento. Está suficientemente demostrado que las declaraciones judiciales/policiales estándar implican una presión hacia el testigo, preguntas de respuesta corta, secuencias inapropiadas o la obtención de poca información (Fisher, Geiselman, y Raymond, 1987; Jones 1987). En el caso concreto español, las declaraciones obrantes en el procedimiento, téngase presente que es la jueza o juez quien instruye, los interrogatorios judiciales del denunciante y denunciado son llevados a cabo por el propio juez, el abogado de la defensa, la fiscalía y, si hubiera, la acusación particular. Estos interrogatorios se graban y transcriben, que es lo

aplicables serían consistencia inter declaraciones; consistencia con otras pruebas¹²; y la consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza) invalidaría el 75,9% de las declaraciones inventadas. Entre aquellas declaraciones válidas acorde al SVA, también registramos la presencia de hasta 13 criterios de realidad por lo que la aplicación como regla de decisión la detección de >13 criterios de realidad redundaría en una tasa de falsos negativos del 51,1% (ver Tabla 12). Si se suma el CBCA con los criterios de validez de Arce y Fariña, entre las declaraciones prueba válida y suficiente encontramos hasta 10 criterios de realidad con lo que resultaría, si se toma como criterio de decisión entre las declaraciones válidas y suficientes la presencia de más de 10 criterios, un margen de falsos negativos del 5,9%.

que se les aporta, en su caso, a los forenses, y que consisten generalmente en un par de folios. De este modo, las preguntas se relacionan más con materias legales (p.e., tipificación de delito, motivación, coartadas), que con la reconstrucción en recuerdo libre y no contaminado de los hechos. De facto, la función de los letrados o fiscalía es intentar desmontar o robustecer el testimonio, no la obtención de la realidad. Nuestros jueces y juezas, abogados, fiscales y policías no obtienen los testimonios por medio de entrevistas con validez forense como la cognitiva. Al respecto, en un estudio de archivo con sentencias judiciales, Arce, Novo y Seijo (2009) no hallaron que la falta de consistencia entre las declaraciones obrantes en el procedimiento y las forenses o manifestadas en la vista oral fuera una causa judicial para invalidar la credibilidad del testimonio de la denunciante. Dado que en las declaraciones inventadas no podíamos contar con las obrantes en el procedimiento, este criterio no podría someterse a prueba, pero también es cierto que no existe jurisprudencia que lo avale, al tiempo que sería muy dudoso que esa carencia de consistencia fuera prueba admisible para invalidar el testimonio, dado los modos de obtención de los interrogatorios judiciales. Por ello, este criterio sería improductivo en nuestro contexto judicial. Así, si bien no está en el SVA, un modo de medir la consistencia de las declaraciones es la obtención de dos declaraciones por medios forenses. Por ello definimos este criterio como la consistencia entre las dos declaraciones forenses en los hechos centrales constitutivos de las agresiones (consistencia con la anterior).

¹² Este criterio no se puede medir en declaraciones inventadas, pero un estudio de archivo con sentencias españolas (Arce, Seijo y Novo, 2009) no mostró que la falta de consistencia de las declaraciones de la denunciante con otras pruebas fuera causa observada para desestimar las credibilidad del testimonio de la acusación. En otras palabras, salvo casos anecdóticos la declaración de la denunciante era consistente con otras pruebas relevantes (i.e., documentales, forenses, policiales) o no se estimaba que tal inconsistencia mermara la credibilidad del testimonio.

4. DISCUSIÓN.

Este estudio presenta unas limitaciones que merman su generalización que han de tenerse presentes. Primera, se asume que todos los casos reales lo son sobre la base de la sentencia judicial que lo confirma, pero esta garantía no es absoluta. Segunda, se presume que las víctimas reales de violencia de género con huella psicológica están capacitadas para informar de ella, específicamente en una tarea de conocimiento, pero éste puede no ser el caso. Así, no hay garantías de que en todos los casos reales con daño, éste se haya medido. No obstante, en el foro judicial lo que no se puede demostrar mediante prueba no existe. Tercera, los jueces instructores o sentenciadores pueden haber desestimado otras declaraciones reales porque, entre otros motivos, no conformaron prueba suficiente o que las propias víctimas invalidaron, por lo que el margen de no clasificación correcta de casos reales es previsiblemente superior al hallado. Ahora bien, estas denuncias no se pueden considerar legalmente como válidas por lo que no mediarían los resultados de los casos forenses. Cuarta, hemos asumido una equiparación entre simulación en condiciones reales y de laboratorio en recreaciones de alta fidelidad pero, de hecho, no son totalmente similares (Bray y Kerr, 1982; Fariña y otros, 1994; Konecni y Ebbesen, 1992). Quinta, la casuística objeto del estudio fue exclusivamente de violencia de género, por lo que se han de tomar con excesiva cautela estos resultados en otros tipos de casuísticas. Sexta, dado que los casos irreales no fueron tomados de archivo, no se pudo replicar todo el proceso legal en sí con las consiguientes limitaciones en la validez ecológica del diseño. En todo caso, ha de tenerse presente que nuestro sistema judicial raramente concluye que la acusación es falsa (Montalbán, 2009). Séptima, los criterios de decisión sirven para guiar el juicio que se forme el perito psicólogo, pero éste puede, si está en condiciones de justificarlo convenientemente, reajustarlos a la luz de su caso, tal como cuando la víctima, como consecuencia de las distorsiones cognitivas de la victimación, deja de colaborar en la pericial o lo hace intermitentemente. Con estas observaciones en mente, formulamos las siguientes conclusiones para la práctica forense:

- a) Contrariamente a las predicciones del modelo criminológico (American Psychiatric Association, 2002; Bagby y otros, 1997), la actitud de las

participantes de casos irreales es colaboradora con la evaluación, tanto en la medida psicométrica ($? < 10$) como en la entrevista clínico-forense (todas construyen un evento narrativo). Dada la naturaleza de este estudio no se verificó falta de cooperación por parte de las víctimas reales, pero los datos de los archivos judiciales advierten de un 11% de casos de retirada de la denuncia (El Mundo, 2010). En suma, la falta de cooperación es indicativa de casos reales y no de inventados.

b) La Psicopatología informada en la medida psicométrica, MMPI-2, por la población de casos irreales incluye las secuelas propias de la violencia de género. Es decir, la población general goza de la capacidad suficiente para simular el daño esperado de una víctima de violencia de género. Ésta, además, se cifra aproximadamente en el 75%. Para ello se sirven de dos estrategias: asunción indiscriminada de síntomas (esto es, asumen todo tipo de síntomas clínicos forma indiscriminada) y sobresimulación o severidad de síntomas (informan de un daño mayor que la población de víctimas reales). De estos resultados se derivan tres implicaciones para la práctica forense. Primera, la validez discriminante o divergente es de valor para el estudio de la simulación, esperándose en los casos irreales psicopatología no relacionada con la violencia de género que, como vimos en la tarea de conocimiento, no informaban de ella. Segunda, la asunción indiscriminada de síntomas lleva aparejado que los casos irreales contengan síntomas raros, es decir, síntomas que raramente presenta la población enferma. Al control de esta disfunción se orientan las escalas de control F, Fb y Fp que se han mostrado útiles en la detección de esta estrategia. Ahora bien, no son prueba forense definitiva porque la población de víctimas reales también incluye casos de éstos, estimados entre los casos reales en aproximadamente el 25% (Greene, 1997), si bien en la población de casos irreales ascendió a aproximadamente el 75%, siendo en casi el 50% (46,3%) el trastorno primario. Tercera, la población simuladora asume el estereotipo erróneo de que la sintomatología que presenta ha de ser de una intensidad severa lo que lleva, junto con la combinación indiscriminada de síntomas, a aparentar un daño prácticamente inexistente entre las víctimas reales.

c) La evaluación de la población simuladora no da muestras de inconsistencia ni en la medida psicométrica (TRIN y VRIN validan todos los protocolos), ni en la

entrevista clínico-forense (lo observado es consistente con lo manifestado). En otras palabras, la capacidad de simulación es consistente intra-medidas.

- d) Dado que en la práctica forense el criterio de decisión ha de ser estricto, los falsos positivos no son admisibles, el modelo psicométrico de detección de la simulación basado en las escalas, índices y configuraciones de validez extraídas del MMPI-2 no es válido por sí solo para la práctica forense ya que de éste no se puede extraer un criterio de decisión sin la comisión de falsos positivos. A lo más que llega este modelo es a identificar inequívocamente a auténticos simuladores, pero en unas tasas realmente bajas: alrededor del 10% y del 20%, aplicando el *Modelo Forense* o el *Modelo Ampliado*, correspondientemente. Esta falta de eficacia del modelo psicométrico descansa en dos motivos. Primero, en línea con lo informado por Greene (1997) para las muestras clínicas, la población de casos reales también presenta indicios sistemáticos de simulación. Segundo, los simuladores pueden llegar a disponer de la capacidad de superar los controles de validez del MMPI-2.
- e) La demanda a los casos irreales de la creación de un evento narrativo de su estado clínico consecuencia de la violencia de género, entrevista clínico-forense, se mostró como una herramienta potente contra engaño. De hecho, solamente un 5% de los casos irreales fueron capaces de simular la huella psíquica primaria, el Trastorno de Estrés Postraumático, sin que fueran detectados por los controles de la simulación que incluye. Adicionalmente, las víctimas reales fueron capaces de crear en ésta un evento narrativo que incluía la huella psicológica de la violencia de género en una tasa similar a la informada para este tipo de casos, 50-60% (Echeburúa y Corral, 1998; Vilariño y otros., 2009), y consistente con la evaluación psicométrica. No obstante, esta técnica tampoco es totalmente válida para la práctica forense pues no cumple con el criterio estricto que demanda esta aplicación: no se admite ningún falso positivo.
- f) Si en la evaluación del daño psicológico en casos de violencia de género, los psicólogos forenses están aplicando el *Modelo Forense* psicométrico y la entrevista clínica estándar, que nunca detectó simulación (Rogers, 1997c), realmente no están discriminando las evaluaciones reales de las irreales, esto es, no están cumpliendo adecuadamente la tarea forense.

- g) La simulación es sumamente accesible en la tarea de reconocimiento, mientras que lo es poco en la de conocimiento. Ésta última, además, posibilita establecer una relación causa-efecto. Por tanto, la evaluación forense del daño psicológico ha de pivotar sobre la tarea de conocimiento, siendo la evaluación psicométrica accesoria o suplementaria de ésta. No obstante, es ineludible combinar la evaluación por medio de la entrevista clínico-forense con la psicométrica, porque la primera no es prueba forense válida y suficiente por sí misma.
- h) Las estrategias de simulación detectadas en la entrevista clínico-forense son, en parte, las mismas que las empleadas en la medida psicométrica. Así, acuden, al igual que en la evaluación en tarea de reconocimiento, a las estrategias de severidad de síntomas y agrupación indiscriminada de síntomas, pero, a diferencia de la evaluación psicométrica, informan de sintomatología sutil, lo que pone de manifiesto inhabilidad en una tarea de conocimiento para simular el daño psíquico consecuencia de la violencia de género.
- i) La combinación de la evaluación psicométrica del daño psicológico unida a la entrevista clínico-forense permite la concreción de un modelo válido para el desempeño forense. Éste, además, corrobora el propuesto por Arce y Fariña (2007; Arce y otros, 2009). El protocolo de decisión de realidad de daño implica la constatación de éste de modo consistente inter-medidas (psicométrica y entrevista clínico-forense). La verificación, en aquellos casos consistentes en la huella psicológica inter-medidas, de tres criterios invalidantes (MMPI-2 + estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense), aplicando el *Modelo Forense* o cinco el *Modelo Ampliado*, permite controlar totalmente el error tipo II, pero con el coste de falsos negativos del 7,8%, y el 3,9%, para el *Modelo Forense* y *Modelo Ampliado*, respectivamente. La reducción de estos costes, si bien es factible adoptando el modelo de decisión clínico de Cunnien (1997), el modelo de criterios positivos de Arce y Fariña (2009; Arce y otros, 2009), o el modelo de la validez divergente de Arce y Fariña (2009; Arce y otros, 2009), permanece incierta.
- j) Tanto en el testimonio de las víctimas reales como en las irreales de violencia de género, se registró un evento narrativo en el que se incluía violencia física y psicológica. En suma, las víctimas irreales están capacitadas para presentar un testimonio que avale con hechos la denuncia. No obstante, una de cada cinco declaraciones inventadas no era prueba suficiente, bien por no contener un

evento narrativo completo de los hechos, bien por no superar la capacidad de retentiva del testigo, para poder ser sometida a un análisis de la realidad.

- k) Aplicados los criterios de validez de la declaración del Sistema de Evaluación Global, 9 de cada 10 declaraciones inventadas resultan prueba inválida. Este procedimiento, basado en dos declaraciones, es más potente que el tradicional (SVA, SRA, RM), basado en una declaración.
- l) Los criterios de realidad de las declaraciones de Arce y Fariña (2006a, 2009; Arce y otros, 2007), provenientes de los diferentes sistemas categoriales formulados (i.e., Arntzen, Szewczyk, SRA, CBCA, RM, SEG), discriminan significativamente entre declaraciones reales e inventadas de violencia de género.
- m) El modelo tradicional de evaluación de la credibilidad del testimonio creado originariamente para aplicar a menores en casos de agresión sexual, que se aplica por analogía a todo tipo de casos y poblaciones, del SVA/CBCA resultaría, acorde a la tarea forense (error tipo II=0), en una ejecución realmente pobre derivada de la tasa de falsos negativos del 51,1%.
- n) La aplicación del Sistema de Evaluación Global resultaría, adaptado a las demandas de la tarea forense, en una tasa de falsos negativos del 9,9%, 2% y 2%, utilizando los criterios de realidad del modelo original, ajustado y robusto, respectivamente. Estos tres modelos presentan unas tasas de ejecución forense aceptables, con ligeros mejores resoluciones para los modelos ajustado y robusto.

En conclusión, de los anteriores resultados se desprende que los modelos de evaluación del daño psicológico y de la credibilidad del testimonio de uso habitual no se pueden generalizar a casos de violencia de género. No obstante, partiendo de los postulados de éstos, los modelos de decisión forense de Arce y Fariña, sí se han mostrado válidos y objetivos para el desempeño forense. Aún así, para el futuro queda pendiente afrontar la reducción de los falsos negativos.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Abe, N., Okuda, J., Suzuki, M., Sasaki, H., Matsuda, T., Mori, E., Tsukada, M. y Fujii, T. (2008). Neural correlates of true memory, false memory, and deception. *Cerebral Cortex*, *13*, 830–836.
- Abe, N., Suzuki, M., Mori, E., Itoh, M., y Fujii, T. (2007). Deceiving others: Distinct neural responses of the prefrontal cortex and amygdala in simple fabrication and deception with social interactions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*, 287–295.
- Abe, N., Suzuki, M., Tsukiura, T., Mori, E., Yamaguchi, K., Itoh, M. y Fujii, T. (2006). Dissociable roles of prefrontal and anterior cingulate cortices in deception. *Cerebral Cortex*, *16*, 192–199.
- Abram, H. S. (1970). *Psychological aspects of stress*. Springfield, IL: Thomas.
- Aldea, M. J. (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, *138*, 411-436.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1993a). Interrogando a testigos, víctimas y sospechosos: La obtención de la declaración. En M. Diges y M. L. Alonso-Quecuty (Eds.), *Psicología forense experimental* (pp. 85-98) Valencia: Promolibro.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1993b). Información post-evento y reality monitoring: cuando el testigo “no puede” ser honesto. En M. Diges y M. L. Alonso-Quecuty (Eds.), *Psicología forense experimental* (pp. 183-191). Valencia: Promolibro.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 171-184). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 49-58.
- American Psychiatric Association (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1ª. ed.). Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Anderson, R. C., y Ortony, A. (1975). On putting apples into bottles. A problem of polysemy. *Cognitive Psychology*, 7, 167-180.
- Anderson, R. C. y Pichert, J. S. (1978). Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 1-12.
- Anderson, W. P., Trethowan, W. H., y Kenna, J. C. (1959). An experimental investigation of simulation and pseudo-dementia. *Acta Psychiatrica et Neurlogica Scandinavica*, 34.
- Anguera, Mª. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, Mª. T. Anguera, y J. Gómez (Eds.), *Metodología de la investigación en las ciencias del comportamiento* (pp. 125-236). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Arbisi, P. A. (2005). Use of the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations. En J. N. Butcher (Ed.), *Practitioners handbook for the MMPI-2* (pp. 407-442). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arbisi, P. A. y Ben-Porah, Y. S. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequency-Psychopathology Scale, F(p). *Psychological Assessment*, 7(4), 424-431.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 645-650.

- Arce, R. y Fariña, F. (1995). El estudio psicosocial de la víctima. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 431-447). Madrid: Pirámide.
- Arce, R. y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2003). La obtención del testimonio y evaluación de la veracidad de las declaraciones. En G. Buela-Casal, D. Bunde, y E. Jiménez (Comps.), *Manual de psicología forense*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006a). *Construcción y validación de un sistema categorial metódico de realidad para casos de violencia de género*. Inédito, Unidad de Psicología Forense, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R. y Fariña, F. (2006b). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibilidad y de la huella psíquica en el contexto penal. En Consejo General del Poder Judicial (Ed.), *Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 39-103). Madrid: Consejo General de Poder Judicial.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006c). Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 563-601). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007a). Evaluación forense de la huella psíquica consecuencia de la violencia de género. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera, y F. Tortosa. (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e Intervención* (pp. 47-57). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de València.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007b). La posible simulación de la víctima. Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el sistema de evaluación global. En P. Rivas y G. L. Barrios (Dirs.), *Violencia de género: Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (pp. 357-367). Navarra: Thomson Aranzadi.
- Arce, R. y Fariña, F. (2009). Evaluación psicológica forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el sistema de evaluación global. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.147-168). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2), 278-283.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21(2), 241-247.
- Arce, R., Fariña, F. y Freire, M. J. (2002). Contrastando la generalización de los métodos empíricos de detección del engaño. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 71-86.
- Arce, R., Fariña, F. y Vivero, A. (2007). Estudio exploratorio de la efectividad de las técnicas de análisis de contenido de las declaraciones en casos de violencia de género. En C. Guillén y R. Guil (Coords.), *Psicología social: Un encuentro de perspectivas* (pp.590-604). Cádiz: Asociación de Profesionales de la Psicología Social.
- Arce, R., Pampillón, M.C. y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385-408.
- Arce, R., Vilariño, M., y Alonso, M. A. (2008, Diciembre). *Estudio de sentencias de violencia de género con menores implicados: Carga de la prueba y decisiones sobre menores*. I Congreso de Multidisciplinar sobre Interferencias Parentales tras la Ruptura de Pareja, Santiago de Compostela.
- Arias, I. y Pape, K. (1999). Psychological abuse. Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence Victims*, 14(1), 55-67.
- Arntzen, F. (1970). *Psychologie der zeugenaussage* [La psicología del testigo]. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Aronoff, G. M., Mandel, S., Genovese, E., Maitz, E. A., Dorto, A. J., Klimek, E. H. y Staats, T. E. (2007). Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Practice*, 7 (2), 178-204.
- Ashmore, R. D. (1990). Sex, gender, and the individual. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality. Theory and Research* (pp.486-527). Nueva York: The Guilford Press.
- Astin, M. C., Lawrence, K. J., y Foy, D. W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8, 17-28.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (2006). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

- Bacchiochi, J. R. y Bagby, R. M. (2006). Development and Validation of the Malingering Discriminant Function Index for the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment, 87* (1), 51-61.
- Bagby, R. M. (2005, Abril). *Detecting overreporting on the MMPI-2. Workshop presented at the 40th Annual MMPI-2/MMPI-A Workshops*. Fort Lauderdale, FL.
- Bagby, R. M., Buis, T. y Nicholson, R. A. (1995). Relative effectiveness of the standard validity scales in detecting fake-bad and fake-good responding: replication and extension. *Psychological Assessment, 7*, 84-92.
- Bagby, R. M., Nicholson, R. A., Bacchiochi, J. R., Ryder, A. G., & Bury, A. S. (2002). The predictive capacity of the MMPI-2 and PAI validity scales and indexes to detect coached and uncoached feigning. *Journal of Personality Assessment, 78*, 69-86.
- Bagby, R. M., Nicholson, R. A., Buis, T., Radovanovic, H. y Fidler, B. J. (1999). Defensive responding on the MMPI-2 in family custody and access evaluations. *Psychological Assessment, 11*(1), 24-28.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. A., Cameron, S. L., Rector, N. A., Schuller, D. R. y Seeman, M. V. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment, 68*(3), 650-664.
- Baldwin, J. (1993). Police interview techniques. Establishing truth or proof? *British journal of Criminology, 33*, 325-352.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G., y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence, 22*(5), 267-275.
- Bathurst, K., Gottfried, A. W., y Gottfried, A. E. (1997). Normative data for the MMPI-2 in child custody litigation. *Psychological Assessment, 7*, 419-423.
- Beaber, R. J., Marston, A., Michelli, J., y Mills, M. J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenia individuals. *American Journal of psychiatry, 142*, 1478-1481.
- Bembibre, J. e Higuera, L. (2009a). Eficacia de la entrevista cognitiva en función de la profesión del entrevistador: Policías frente a psicólogos. En F. Expósito (Coord.). *Libro de Resúmenes. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.*

- Bembibre, J. e Higuera, L. (2009b). Eficacia de la entrevista cognitiva en la evaluación de la credibilidad del testimonio. En F. Expósito (Coord.). *Libro de Resúmenes. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense*. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Bembibre, J. e Higuera, L. (2010). A vueltas con el error de Otelo: aplicación del modelo de control de fuentes a la credibilidad del testimonio y su afectación por la carga emocional. *Psicothema*, 22 (1), 125-130.
- Bender, S. D. y Rogers, R. (2004). Detection of neurocognitive feigning: development of a multi-strategy assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 49-60.
- Ben-Shakhar, G. (2002). A critical review of the control question test. En M. Kleiner (Ed.). *Handbook of polygraph testing (pp.103-126)*. New York: Academic Press.
- Bensi, L., Gambetti, E., Nori, R. y Giusberti, F. (2009). Discerning truth from deception: the sincere witness profile. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1 (1), 101-121.
- Bermúdez, M. P., Matud, M.P. y Navarro, L. (2009). Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja. En F. Fariña, R. Arce y G. Buéla-Casal (Ed.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal (pp.109-118)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bernard, L. C. (1990). Prospects for faking believable memory deficits on neuropsychological tests and the use of incentives in simulation research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 715-728.
- Berry, D. T. R., Baer, R. A., y Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical psychology Review*, 11, 585-598.
- Berry, D. T. R., Adams, J. J., Clark, C. D. Thacker, S. R., Buerger, T. L., Wetter, M. W. Baer, R. A., y Boerden, J. W. (1996). Detection of a cry for help on the MMPI-2: A analog investigation. *Journal of Personality Assessment*, 67, 26-36.
- Binder, L. M. (1992). Forced-choice testing provides evidence of malingering. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 377-380.
- Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J. y Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 21-37.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., Forneris, C. A., y Jaccaard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research & Therapy*, 34, 1-10.

- Blandón-Gitlin, I., Pezdek, K., Rogers, R. y Brodie, L. (2005). The effects of event familiarity on criterion-based content analysis ratings: An experimental study. *Law and Human Behavior, 29*, 187-197.
- Blandón-Gitlin, I., Pezdek, K., Lindsay, D. S. y Hagen, L. (2009). Criteria-based Content Analysis of true and suggested accounts of events. *Applied Cognitive Psychology, 23*, 901-917.
- Böhm, C. (2005). El peritaje psicológico sobre la credibilidad de declaraciones testimoniales en Alemania. Nuevos desafíos. En R. Arce, F. Fariña y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica* (pp.93-101). Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local. Xunta de Galicia.
- Böhm, C. y Steller, M. (2008). Testimonio y trastorno límite de personalidad. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno judicial y delincuencia* (pp.135-147). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Bonachera, R. (2009). Declaración de la víctima de violencia de género como prueba de cargo. En F. Expósito (Coord.). *Libro de Resúmenes. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense*. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Boon, J., y Noon, E. (1994). Changing perspectives in cognitive interviewing. *Psychology, Crime and Law, 1*, 59-69.
- Bower, G. (1967). A multicomponent theory of memory trace. En K. W. Spence y J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 1) (pp. 229-325). Nueva York: Academic Press.
- Bower, G. H. y Morrow, D. G. (1990). Mental models in narrative comprehension. *Science, 247*, 44-48.
- Bowler, R. M., Hartney, C., y Ngo, L. H. (1998). Amnestic disturbance and posttraumatic stress disorder in the aftermath of a chemical release. *Archives of Clinical Neuropsychology, 13*, 455-471.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry, 58*(9), 12-15.
- Bray, R. M., y Kerr, N. L. (1982). Methodological considerations in the study of the psychology of the courtroom. En N. L. Kerr, y R. M. Bray (Eds.), *The psychology of the courtroom*. Nueva York: Academic Press.

- Breslau, N., Chilcota, H., Kessler, R. y Davis, G. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N. y Davis, G. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal Psychiatry*, 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P. y Peterson, E. (1995). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. y Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brill, N. Q. (1943). War neurosis. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 28, 489-498.
- Brooks, N. (1995). Compensation for psychological injury. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 427-444). Chichester: John Wiley and Sons.
- Bromet, E., Sonnega, A. y Kessler, R. (1998). Risk factors for DSM-III-TR Posttraumatic Stress Disorder: findings from the national comorbidity survey. *American Journal Epidemiol*, 147(4), 353-361.
- Brown, L., Sherbenou, R. J. y Johnsen, S. K. (1995). *TONI-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.
- Bull, R. (1997). Entrevistas a niños testigos. En F. Fariña, y R. Arce (Eds.), *Psicología e investigación judicial* (pp. 19-38). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Burkett, B. G. y Whitley, G. (1998). *Stolen Valor: how the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Dallas, TX: Verity Press.

- Bury, A. S. y Bagby, R. M. (2002). The detection of feigned/uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment, 14*, 472-484.
- Butcher, J. N. (2005). Assessing MMPI-2 profile validity. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference*. 2nd edition (pp. 128-132). New York: Oxford University Press.
- Butcher, J.N. y Ben-Porath, Y.S. (2004). Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. *Australian Psychologist, 39*, 44-50.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2. Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., y Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration, scoring, and interpretation, revised edition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calcedo, A. (2003). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 1-18). Barcelona: Masson.
- Caldwell, A. B. (1997). *Forensic questions and answers on the MMPI/MMPI-2*. Los Angeles, CA: Caldwell Report.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema, 19*(3), 446-451.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*, 1331-1336.
- Campos, L. y Alonso-Quecuty, M. L. (1999). The cognitive interview: Much more than simply "try again". *Psychology, Crime and Law, 5*, 47-59.
- Carballal, A. (2009). *Evaluación forense de la huella psíquica como prueba de cargo en casos de víctimas de violencia de género*. Tesis doctoral no publicada, Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.

- Carvajal, C. (2002). Trastorno por Estrés Postraumático. Aspectos Clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(2), 20-34. Descargado el 15 de Septiembre de 2009 de, http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext.
- Castillejo, R. (2009). Intervención legal en violencia de género. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.39-59). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Center for Disease Control (1988). *Vietnam experience study: Psychological and neuropsychological evaluation*. Atlanta, GA: Center for Disease Control.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Mujeres maltratadas por su pareja*. [Documento WWW]. URL <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST007-3271.pdf>
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Mujeres asesinadas por su pareja*, España (2009). [Documento WWW]. URL <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST014-3291.pdf>
- Chiriboga, D. (1989). Divorce at midlife. En R. A. Kalish (Ed.), *Midlife loss: Coping strategies* (pp. 179-218). Newbury Park: SAGE.
- Clark, M. E., Gironde, R.J. y Young, R.W. (2003). Detection of back random responding: effectiveness of MMPI-2 and Personality Assessment Inventory validity indices. *Psychological Assessment*, 15, 223-234.
- Clarke, C., y Milne, R. (2001). *National evaluation of the PACE investigative interviewing course*. London: Home Office.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.) Hillsdale, NJ: LEA.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B. y Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivor of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims*, 20, 625-643.
- Colwell, K., Hiscock-Anisman, C. K. y Memon, A. (2002). Interviewing techniques and the assessment of statement credibility. *Applied Cognitive Psychology*, 16, 287-300.
- Colwell, K., Hiscock-Anisman, C. K., Memon, A., Taylor, L. y Prewett, J. (2007). Assessment Criteria Indicative of deception (ACID): An integrated system of investigative interviewing and detecting deception. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 4, 167-180.

- Conroy, M. A. y Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2 (3), 29-51
- Crocq, M. A. y Crocq, L. (2000). From Shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2, 47-55.
- Cunnien, A. J. (1997). Psychiatric and Medical Syndromes Associated with Deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. Nueva York: Guilford Press.
- Curiel, A. M. (2006). Maltrato y suicidio. En C. García, R. López y A. M. Curiel (Eds.), *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 87-96). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Da Costa, J. M. (1871). On irritable heart: A clinical study of a form of cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Clinical Sciences*, 61, 17-52.
- Daly, O. E. y Johnston, T. G. (2002). The Derryhirk Inn incident: the psychological sequelae. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 461-464.
- Dando, C. J., Wilcock, R., y Milne, R. (2008). The cognitive interview: Inexperienced police officers' perceptions of their witness interviewing behaviour. *Legal and Criminological Psychology*, 13, 59-70.
- Dando, C., Wilcock, R. y Milne, R. (2009). The cognitive interview: The efficacy of a modified mental reinstatement of context procedure for frontline police investigators. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 138-147.
- Darles-Bornoz, J. y Lépine, J. (1999). Predictive factors of chronic Posttraumatic Stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Davatzikos, C., Ruparel, K., Fan, Y., Shen, D. G., Acharyya, M., Loughhead, J. W., Gur, R. C. y Langleben, D. D. (2005). Classifying spatial patterns of brain activity with machine learning methods: Application to lie detection. *Neuroimage*, 28, 663-668.
- Davidson, H. A. (1949). Malingered psychosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 13, 157-163.
- Davidson, J. (2000). Trauma: impact of post-traumatic stress disorder. *Journal Psychopharmacol*, 14, 5-12.
- Davis, M. R., McMahon, M., y Greenwood, K. M. (2005). The efficacy of mnemonic components of the cognitive interview: Towards a shortened variant for time-critical investigations. *Applied Cognitive Psychology*, 19, 75-93.

- Dearth, C. S., Berry, D. T. R., Vickery, C. D., Vagnini, V. L., Baser, R. E., Orey, S. A., y Cragar, D. E. (2005). Detection of feigned head injury symptoms on the MMPI-2 in head injuries patients and community controls. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 95-110.
- DePaulo, B. M. y Jordan, A. (1982). Age changes in deceiving and detecting deceit. En R. S. Feldman (Ed.), *Development of nonverbal behavior in children* (pp. 151-180). New York: Springer-Verlag.
- DePaulo, B. M., Lindsay, J. L., Malone, B. E., Muhlenbruck, L., Charlton, K. y Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129, 74-118.
- DePaulo, B. M., Stone, J. L. y Lassiter, G. D. (1985). Deceiving and detecting deceit. En R. B. Schenkler (Ed.), *The self and social life* (pp. 323-370). New York: McGraw-Hill.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Duckworth, J. C., y Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counselors and clinicians*. Bristol: Accelerated Development.
- Duncan, J. (1995). *Medication compliance in schizophrenic patients*. Comunicación no publicada, Universidad del Norte de Texas, Denton.
- Düinkel, F. (1989). *La víctima en el Dret Penal. El tractament penal centrat en l'autor ¿passara a centrar-se en la víctima?* Ponencia presentada en las Jornadas "El Dret penal i la víctima: cap a una privatizació del sistema?", Barcelona.
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21 (4), 1191-1242.
- Eaton, W. O., McKeen, N. A. y Campbell, D. W. (2001). The waxing and waning of movement: implications for psychological development. *Developmental Review*, 21, 205-223.
- Echeburúa, E. y Corral, P. de (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. de (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. de (2003). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de crímenes violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.

- Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1), 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B. e I. Zubizarreta, (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Ekman, M. y O'Sullivan, M. (1994). Riesgos en la detección del engaño. En D. C. Raskin (Ed.), *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales* (pp. 253-280). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1989).
- Ekman, P., Roper, G. y Hager, J. C. (1980). Deliberate facial movement. *Child Development*, 51, 886-891.
- Elhai, J. D., Frueh, B. C., Davis, J. L., Jacobs, G. A., y Hamner, M. B. (2003). Clinical presentations in combat veterans diagnosed with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 385-397.
- Elhai, J. D., Naifeh, J. A., Zucker, I. S., Gold, S. V., Deitsch, S.E. y Frueh, B.C. (2004). Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd). *Assessment*, 11, 139-144.
- Ellsberg, M. C., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO-multicauntry study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Ellsberg, M.C., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkiyist, A. (2000). Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51, 1595-1610.
- El Mundo (2010. Febrero, 9). *El 80% de las sentencias de violencia de género condena al agresor*. Documento WWW]. URL <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/02/09/espana/1265719274.html>
- Embry, C. (1990). *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology and treatment*. Washington: Americam Psychiatric Press.

- Emmett, D., Clifford, B. R., y Gwyer, P. (2003). An investigation of the interaction between cognitive style and context reinstatement on the memory performance of eyewitnesses. *Personality and Individual Differences*, 34, 1495–1508.
- Erdmann, K., Volbert, R., y Bohm, C. (2004). Children report suggested events even when interviewed in a non-suggestive manner: What are its implications for credibility assessment? *Applied Cognitive Psychology*, 18, 561-589.
- Esbec, C. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo (Eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 111-254). Madrid: Edisofer.
- Esplin, P. W., Boychuk, T. y Raskin, D. C. (1988, junio). A field validity study of criteria based content analysis of children's statements in sexual abuse cases. Comunicación presentada en el NATO *Advances Study Institute on Credibility Assessment*, Maratea: Italia.
- Europa Press (2010, Febrero, 16). *Condenados casi 100.000 hombres por violencia de género en tres años y medio*. [Documento WWW]. URL <http://www.europapress.es/nacional/noticia-condenados-casi-100000-hombres-violencia-genero-tres-anos-medio-20090421214004.html>
- Eysenck, H. J. (1984). Crime and personality. En D. J. Müller, D. E. Blackman, y A. J. Chapman (Eds.), *Psychology and law* (pp. 85-100). Nueva York: Wiley and Sons.
- Farwell, L. A., y Smith, S. S. (2001). Using brain MERMER testing to detect knowledge despite efforts to conceal. *Journal of Forensic Sciences*, 46, 135–143.
- Fariña, F., Arce, R. y Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad. *Psicothema*, 7, 395-402.
- Farr, V. L. y Yuille, J. C. (1988). Investigating and assessing the credibility of children's allegations of sexual abuse: Issues for professionals. *Preventing Sexual Abuse*, 1 (1), 8-12.
- Fattah, E. (1967): Towards a criminal classification of victims. *International Review of Criminal Police*, 209, 162-169.
- Feder, B. J. (2001, October 9). Truth and justice, by the blip of a brain wave. *New York Times*, p. F3.
- Feldman, R. S. y Phileppot, P. (1993). Children's deception skills and social competence. En G. Goodman y B. Bottoms (Eds.), *Child victims, child witnesses* (pp.80-90). New York: Guilford Press.

- Fernández-Guinea, S. (2001). La neuropsicología forense: consideraciones básicas y campos de aplicación. *Revista de Neurología*, 8 (32), 783-787.
- Fernández, J., Bernal, M. M., y Fariña, F. (1991). Efectos de contexto en la estructura interna de las categorías. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44(1), 11-19.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T. y Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal behavior. *Journal of traumatic stress*, 11, 103-112.
- Fisher, R. P. y Geiselman, R. E. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interview*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Fisher, R. P., Geiselman, R. E. y Amador, M. (1989). Field test of the cognitive interview: Enhancing the recollection of actual victims and witness of crime. *Journal of Applied Psychology*, 74, 722-727.
- Fisher, R. P., Geiselman, R. E., y Raymond, D. S. (1987). Critical analysis of police interviewing techniques. *Journal of Police Sciences and Administration*, 15, 177-185.
- Fisher, R. P., Geiselman, R. E. y Raymond, D. S. (1987). Critical analysis of police interviewing techniques. *Journal of Police Sciences and Administration*, 15, 177-185.
- Foa, E. B. (1997, septiembre). *Post-traumatic stress disorder. Theory and treatment: An update*. Trabajo presentado en el XXVII Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Venecia.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato en la pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17 (1), 90-95.
- Ford, C. V., King, B. K. y Hollander, M. H. (1988). Lies and Liars: psychiatric aspects of prevarication. *American Journal of Psychiatry*, 145, 554-562.
- Franklin, C. L. y Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 548-551.

- Freire, M. J. (2000). *Evaluación de la credibilidad de testigos identificadores y simulación de victimación*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Santiago de Compostela.
- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S., y Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: LEA.
- Ganis, G., Kosslyn, S. M., Stose, S., Thompson, W. L., y Yurgelun-Todd, D. A. (2003). Neural correlates of different types of deception: An fMRI investigation. *Cerebral Cortex*, 13, 830–836.
- García, C., López, R. y Curiel, A. (2006). *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- García-Domingo, L., Negro-López, S. y Fernández-Guinea (2004) Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista de Neurología*, 38 (8), 766-774.
- Gardner, R. A. (1987). The sexual abuse legitimacy scale. En R. A. Gardner (Ed.), *The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse* (pp. 171-210). Cresskill, N.J.: Creative Therapeutics.
- Gillis, J. R., Rogers, R., y Bagby, M. (1991). Validity of the M Test: simulation-design and natural-group approaches. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1), 130-140.
- Gisbert, J.A. (1991). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Gisbert, J.A. (2005). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Masson.
- Gisbert, J. y Gisbert, M. (1998). El daño psíquico de causa exógena y su valoración médico-legal. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 5, 51-60.
- Gleason, W. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and victims*, 8 (1), 53-68.
- Gnisci, A., Caso, L. y Vrij, A. (en prensa). Have you made up your story? The effect of suspicion and liars' strategies on reality monitoring. *Applied Cognitive Psychology*.
- Godoy-Cervera, V. y Higuera, L. (2008). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) y la entrevista cognitiva aplicados a la credibilidad del testimonio de adultos. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno judicial y delincuencia* (pp.117-125). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

- Godoy-Cervera, V. y Sánchez, E. (2009). Análisis de contenido basado en criterios (CBCA): Técnica auxiliar en la credibilidad testimonial del menor infractor. En F. Expósito (Coord.), *Libro de resúmenes. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense* (pp. 112-113). Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14* (2), 99-132.
- González, H. y Pérez, M (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza D. L.
- González-Ordi, H. y Iruarrizaga, I. (2005). Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo, 26*, 129-137.
- Gothard, S. (1993). *Detection of malingering in mental competency evaluations*. Tesis doctoral no publicada, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Gothard, S., Rogers, R., y Sewell, K.W. (1995). Feigning incompetency to stand trial. An investigation of the Georgia Court Competency Test. *Law and Human Behavior, 19*(4), 363-373.
- Gothard, S., Viglione, D. J., Meloy, J. R., y Sherman, M. (1995). Detection of malingering in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior, 19*(5), 493-505.
- Graham, J.R. (1992). *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical scales*. Brujas: Workshop.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Granhag, P. A., Strömwall, L. A. y Landström, S. (2006). Children recalling an event repeatedly; Effects on RM and CBCA scores. *Legal and Criminological Psychology, 11*, 81-98.
- Green, B., Lindy, J. y Grace, M. (1985). Posttraumatic stress disorder. Toward DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 406-411.
- Green, D. G., Rosenfeld, B., Dole, T., Pivovarova, E. y Zapf, P. A. (2008). Validation of an abbreviated version of the Structured Interview of Reported Symptoms in Outpatient and Community Setting. *Law and Human Behavior, 32*, 177-186.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Nueva York: Grune y Stratton.

- Greene, R. L. (1997). Assessment of Malingering and defensiveness by Multiscale Inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. Nueva York: Guilford Press.
- Grignolo, F. M., Moscone, F., y Boles-Carenini, A. (1988). Assessment of malingering visual acuity by Lotmar's visometer test. *Annual of Ophthalmology*, 20(9), 335-339.
- Grinker, R. R. y Spiegel, J. P. (1945). *Man under stress*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Gronau, N., Ben-Shakhar, G., y Cohen, A. (2005). Behavioral and physiological measures in the detection of concealed information. *Journal of Applied Psychology*, 90, 147-158.
- Grote, C., Kaler, D., y Meyer, R. G. (1986). Personal injury law and psychology. En M. I. Kurke y R. G. Meyer (Eds.). *Psychology in product liability and personal injury litigation*. Washington, DC: Hemisphere.
- Hankins, G. C., Barnard, G. W., y Robbins, L. (1993). The validity of the M Test in a residential forensic facility. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21(1), 111-121.
- Hans, V.P. y Vidmar, N. (1986). *Judging the jury*. Nueva York: Plenum Press.
- Hanson, I., Greenberg, M.S. y Hymer, S. (1987). Describing the Crime Victim: Psychological Reactions to Victimization. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (4), 299-315.
- Hare, R. D., Forth, A. E. y Hart, S. D. (1989). The psychopath as prototype for pathological lying and deception. En J. C. Yuille (ed.), *Credibility assessment* (pp. 25-49). Dordrecht: Kluwer.
- Hastie, R., Penrod, S. y Pennington, N. (1983). *Inside the jury*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press (trad. Castellana: La institución del jurado en Estados Unidos. Sus intimidades. Madrid: Cívitas, 1986).
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Haward, L. R. C. (1981): Psychological consequence on being the victim of a crime. En S. Lloyd-Bostock (Ed.), *Law and psychology*. Oxford: Centre for Socio-Legal Studies.

- Hawes, S. W. y Boccaccini, M. T. (2009). Detection of overreporting of psychology on the Personality Assessment Inventory: A meta-analytic review. *Psychological Assessment, 21* (1), 112-124.
- Hawk, G. L., y Cornell, D. G. (1989). MMPI profiles of malingerers diagnosed in pretrial forensic evaluations. *Journal of Clinical Psychology, 45*(4), 673-678.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp. 96-131). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Helzer, J. E., Robins, L. M. y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *The New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.
- Hernández-Fernaud, E. y Alonso-Quecuty, M. (1997). The cognitive interview and lie detection: A new magnifying glass for Sherlock Holmes? *Applied Cognitive Psychology, 11*, 55-68.
- Heydon, J. (1984). *Evidence, cases and materials*. Londres: Butterworths.
- Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Mundy, E., y Galovski, T. E. (2002). Detection of malingered MVA related posttraumatic stress disorder: an investigation of the ability to detect professional actors by experienced clinicians, psychological tests, and psychophysiological assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice, 2*, 33-54.
- Higueras, L. (2003). *Aplicación de la entrevista cognitiva con los criterios de control de Fuentes a la evaluación de la credibilidad del testimonio*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Hirigoyen, M. F. (1998). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Hollien, H. (1990). *The acoustics of crime: The new science of forensic phonetics*. Nueva York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndrome*. New York: Jason-Aronson.
- Iacono, W. G. y Patrick, C. J. (1999). Polygraph ("lie detector") testing: The state of the art. En A. K. Hess, y I. B. Weiner (eds.), *The handbook of forensic psychology* (pp. 440-473). Nueva York: Wiley and Sons.
- Inbau, F. E., Reid, J. E., Buckley, J.P. y Jayne, B. C. (2001). *Criminal Interrogation and confessions* (4ª ed.). Gaithersburg, Maryland: Aspen Publisher.

- Inda, M., Lemos, S., López, A. M. y Alonso, J. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*, 26, 99-108.
- Iverson, G. L. y Binder, L. M. (2000). Detecting exaggeration and malingering in neuropsychological assessment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 829-858.
- Jaffe, M. E. y Sharma, K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California's "Three Strikes and you're Out" Law. *Journal of Forensic Sciences*, 43(3), 549-555.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Joffe, R. D. (1992). *Criteria based content analysis: An experimental investigation with children*. Tesis Doctoral, University of British Columbia.
- Johnson, M. K. y Raye, C. L. (1981). Reality Monitoring. *Psychological Review*, 88, 67-85.
- Jones, S. E. (1987). Judge- versus attorney-conducted voir dire: An empirical investigation of juror candor. *Law and Human Behavior*, 11, 131-146.
- Kane, A. W. (1999). Essentials of malingering assessment. En M. J. Ackerman (Ed.), *Essentials of forensic psychological assessment*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kardiner, A. (1947). *War stress and neurotic illness*. Washington: Research Council.
- Kardiner, A., White, B. V., y French, T. M. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Washington: National Research Council.
- Kassin, S. M. y Norwick, R. J. (2004). Why people waive their Miranda rights: The power of innocence. *Law and Human Behaviour*, 28, 211-221.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., y Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Kessler, R., Sonnega, A., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Kessler, R., Sonnega, A., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Köhnken, G. (1999). *Assessing credibility*. Pre-conference of the EAPL Programme of Applied Courses, Dublin.
- Köhnken, G., Milne, R., Memon, A., y Bull, R. (1999). The cognitive interview: A meta-analysis. *Psychology, Crime, & Law*, 5, 3-27.
- Köhnken, G., Schimossek, E., Aschermann, E. y Höfer, E. (1995). The cognitive interview and the assessment of the credibility of adults' statements. *Journal of Applied Cognitive Psychology*, 80, 671-684.
- Konecni, V. J., y Ebbesen, E. B. (1992). Methodological issues on legal decision-making, with special reference to experimental simulations. En F. Lösel, D. Bender, y T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law. International perspectives* (pp. 413-423). Berlín: Walter de Gruyter.
- Koretzky, M. B., y Peck, A. H. (1990). Validation and cross-validation of the PTSD subscale of the MMPI with civilian trauma victims. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 296-300.
- Koss, M.P., Goodman, L.A., Browne, A., Fitzgerald, L.F., Keita, G.P. y Russo, N.P. (1995). *No safe haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*, Washington, APA.
- Kozel, F. A., Revell, L. J., Lorberbaum, J. P., Shastri, A., Elhai, J. D., Horner, M. D., Smith, A., Nahas, Z., Bohning, D. E. y George, M. S. (2004). A pilot study of functional magnetic resonance imaging brain correlates of deception in healthy young men. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16, 295-305.
- Krystal, H. (1969). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Kropp, P. R., y Rogers, R. (1993). Understanding Malingering: Motivation, Method, and Detection. En M. Lewis, y C. Saarni, (Eds.). *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford Press.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), 137-148.

- Kubo, K. y Nittono, H. (2009). The role of intention to conceal in the P300-based Concealed Information Test. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 227-235.
- Kucharski, L. T., Duncan, S., Egan, S. S. y Falkenbach, D. M. (2006). Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants. *Behavioral Science and the Law*, 24, 633-644.
- Kucharski, L. T., Toomey, J. P., Fila, K. y Duncan, S. (2007) Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88 (1), 25-32.
- Kurtz, R., y Meyer, R. G. (1994). *Vulnerability of the MMPI-2, M Test, and SIRS to different strategies of malingering psychosis*. Comunicación presentada al encuentro de la American Psychology-Law Society, Santa Fe, NM.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 1(22), 99-105.
- Labrador, F. J., Rincón, P., Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lachar, D. (1974). Prediction of early US Air Force freshman cadet adaptation with the MMPI. *Journal of Counseling Psychology*, 21(5), 404-408.
- Lally, S. J. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 491-498.
- Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Horowitz, D. y Abbot, C. B. (2007). Does the Type of Prompt Affect the Accuracy of Information Provided by Alleged Victims of Abuse in Forensic Interviews? *Applied Cognitive Psychology*, 21, 1117-1130.
- Lamers-Winkelmann, F. y Buffing, F. (1996). Children's testimony in the Netherlands: A study of Statement Validity Analysis. En B. L. Bottoms y G. S. Goodman (Eds.), *International perspectives on child abuse and children's testimony* (pp.45-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Landrove, G. (1989). *La moderna victimología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Landry, K. L. y Brigham, J. C. (1992). The effect of training in criteria-based content analysis on the ability to detect deception in adults. *Law and Human Behavior*, 16, 663-676.

- Langleben, D. D., Schroeder, L., Maldjian, J. A., Gur, R. C., McDonald, S. y Ragland, J. D. (2002). Brain activity during simulated deception: An event-related functional magnetic resonance study. *NeuroImage*, *15*, 727–732.
- Langton, C. M. (2007). Rape-related cognition: Current research. En T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech, y D. Fisher (Eds.), *Aggressive offenders' cognition. Theory, research and practice* (pp. 91-116). Chichester: John Wiley and Sons.
- Larrabee, G. (2000). Forensic neuropsychological assessment. En N. J. Vanderploeg (Ed.), *Clinician's guide to neuropsychological assessment* (pp.301-335). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lee, Z., Klaver, J. R. y Hart, S. D. (2008). Psychopathy and verbal indicators of deception in offenders. *Psychology, Crime and Law*, *14* (1), 73-84.
- Lees-Haley, P. R., English, L. T., y Glenn, W. J. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal-injury claimants. *Psychological Reports*, *68*, 203-210.
- Lemos, S. (2005). Simulación, engaño y mentira. *Papeles del Psicólogo*, *26*, 57-58.
- Lerner, M.J. (1970). The desire for justice and reactions to victims. En J. Macaulay y L. Berkowitz (Eds.), *Altruism and helping behavior* (pp.205-229). Nueva York: Academic Press.
- Lewis, M. y Saarni, C. (1993). *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford Press.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. y Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. NuevaYork: Oxford University Press.
- Lindblad, A. D. (1994). Detection of malingered mental illness within a forensic population: An analogue study. *Dissertation Abstracts International*, *54-B*, 4395.
- Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lösel, F., Bender, D., y Bliesener, T. (1992). *Psychology and law: International perspectives*. Berlín: Walter de Gruyter.
- Loxton, D., Schofield, M. y Hussain, R. (2006). Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *Journal of Interpersonal Violence*, *19*, 1092-1107.
- Luna, K. (2008). ¿Es la confianza un indicador válido de la exactitud de un testigo? En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno judicial y delincuencia* (pp.111-116). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

- Lykken, D. T. (1959). The GSR in the detection of guilt. *Journal of Applied Psychology*, 43, 385-388.
- Lykken, D. T. (1981). *A tremor in the blood*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lynn, E. J., y Belza, N. (1984). Factitious post-traumatic stress disorder: the veteran who never got to Vietnam. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 697-701.
- Lyons, J. A., y Wheeler, C. T. (1999). MMPI, MMPI-2 and PTSD: Overview of scores, scales and profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 175-183.
- Maguire M. y Corbett, C. (1987). *The Effects of Crime and the Work of Victim Support Schemes*. Aldershot, Gower.
- Manstead, A. S. R., Wagner, H. L. y MacDonald., C. J. (1986). Deceptive and non deceptive communications: Sending experience, modality, and individual abilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 10, 147-167.
- Mantwill, M., Köhnken, G. y Ascherman, E. (1995). Effects of the cognitive interview on the recall of familiar and unfamiliar events. *Journal of Applied Psychology*, 80, 68-78.
- Manzanero, A. L. y Diges, M. (1994). El papel de la preparación sobre el recuerdo de sucesos imaginados y percibidos. *Cognitiva*, 6, 27-45.
- Masip, J., Sporer, S. L., Garrido, E., y Herrero, C. (2005). The detection of deception with the Reality Monitoring approach: A review of the empirical evidence. *Psychology, Crime, & Law*, 11(1), 99-122.
- Martin, J.J. (2009). Evolución histórica en nuestro derecho: de la violencia intrafamiliar a la violencia de género. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.19-38). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, E. (2008). *La tutela judicial de la violencia de género*. Madrid: Iustel.
- Maqueda, M. L. (2006). Violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica Ciencia Penal y Criminología*, 8. Descargado 3 de Febrero de 2009 de, <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>.
- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltrada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, P., Bermúdez, M.P. y Padilla, V. (2009). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.193-207). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Mawby, R. I. y Walklate, S. (1994). *Critical victimology: International perspectives*. Londres: Sage.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4 (2), 174-189.
- McCauley, M. R., y Fisher, R. (1995). Facilitating children's eyewitness recall with the revised cognitive interview. *Journal of Applied Psychology*, 80, 510-516.
- McMillen, C., North, C. y Smith, E. (2002). Untangling the psychiatric comorbidity of posttraumatic stress disorder in a sample of flood survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 478-485.
- Mechanic, M. B., Uhlmansiek, M. H., Weaver, T. L. y Resick, P. A. (2000). The impact of severe stalking experienced by acutely battered women: an examination of violence, psychological symptoms and strategic responding. *Violence Victims*, 15(4), 443-58.
- Meijer, E. H., Smulders, F. T. Y., Merckelbach, H. L. G. J., y Wolf, A. G. (2007). The P300 is sensitive to concealed face recognition. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 231-237.
- Meijer, E. H., Smulders, F. T. Y. y Wolf, A. G. (2009). The contribution of mere recognition to the P300 effect in a concealed information test. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 221-226.
- Mello, E. W. y Fisher, R. P. (1996). Enhancing older adult eyewitness memory with the cognitive interview. *Applied Cognitive Psychology*, 10, 403-417.
- Melton, G. B., Monahan, J. y Saks, M. J. (1987). Psychologists as law professors. *American Psychologists*, 42, 502-509.
- Memon, A., Cronin, O., Eaves, R. y Bull, R. (1993). The cognitive interview and the child witness. En N. K. Clark y G. M. Stephenson (Eds.), *Issues in criminology and legal psychology: Vol. 20. Children, evidence and procedure*. Leicester: British Psychological Society.
- Memon, A., Wark, L., Bull, R. y Köhnken, G. (1997). Isolating the effects of the cognitive interview techniques. *British Journal of Psychology*, 88, 179-198.
- Mendelsohn, B. (1956). Une nouvelle Branche de la science bio-psycho-sociale: la victimologie. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, X, 2, 95 y ss.
- Mendelsohn, B. (1976). Victimology and contemporary society's trends. *Victimology*, 1(1), pp. 8-28.

- Mertens, R. y Allen, J. J. B. (2008). The role of psychophysiology in forensic assessments: Deception detection, ERPs, and virtual reality mock crime scenarios. *Psychophysiology*, 45, 286-298.
- Meyers, J. E. y Volbrecht, M E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 261-276.
- Mikkelsen, E., Guthel, T. y Emens, M. (1992). False sexual abuse allegations by children and adolescents: Contextual factors and clinical subtypes. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 556-570.
- Miller, L. (1997). Freud and consciousness: The first one hundred years of neuropsychodynamics in theory and clinical practice. *Seminars in Neurology*, 17(2), 171-177.
- Miller, H., y Cartlidge, N. (1972). Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *Lancet*, 1, 580-585.
- Milne, R. y Bull, R. (2002). Back to basics: A componential analysis of the original cognitive interview mnemonics with three age groups. *Applied Cognitive Psychology*, 16, 743-753.
- Ministerio de Igualdad (2008). *Evaluación de la aplicación de la ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género*. [Documento WWW]. URL http://www.migualdad.es/noticias/pdf/informe_ejecutivo-14_julio_2008def.pdf
- Mira, J. J. (1989). *Estudios de psicología en ambientes procesales: Un análisis de metamemoria*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Miranda v. Arizona, 384 U.S. 436 (1966).
- Mirat, P. y Armendáriz, C. (2006). *Violencia de género versus violencia doméstica: consecuencias jurídico-penales*. Madrid: Grupo difusión.
- Mohamed, F. B., Faro, S. H., Gordon, N. J., Platek, S. M., Ahmad, H. y Williams, J. M. (2006). Brain mapping of deception and truth telling about an ecologically valid situation: Functional MR imaging and polygraph investigation-initial experience. *Radiology*, 238, 679-688.
- Montalbán, I. (2009). *Comunicado de la presidenta del observatorio contra la violencia doméstica y de género*. Documento <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetDoc?DBName=dPortal&UniqueKeyValue=150999&Download=false&ShowPath=false>

- Moral, G. del (2004). Aspectos penales de la violencia doméstica. La actuación del ministerio fiscal. En I. Montalbán (Dir.), *Encuentros "Violencia doméstica"* (pp. 455-523). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Morris, R. A. (1994). La admisibilidad de pruebas derivadas de la hipnosis y el polígrafo. En D. C. Raskin (Ed.), *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales* (pp. 281-295). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1989).
- Mott, F. W. (1919). *War neuroses and shell shock*. London: Oxford University Press.
- Muelleman, R. L., Lenaghan, P.A. y Pakieser, R. A. (1996). Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 486-492.
- Myers, A. B. R. (1870). *On the etiology and prevalence of diseases of the heart among soldiers*. London: J. Churchill.
- Myers, C. M. (1915). Contributions to the study of shell shock. *Lancet*, 13, 316-320.
- Nadelson, C. (1989). Consequences of Rape: clinical and treatment aspects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(4), 187-192.
- National Research Council. (2003). *The polygraph and lie detection*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nichols, D. S., y Greene, R. L. (1991). *New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2*. Comunicación presentada al 26 Simposio Anual sobre Desarrollos Recientes en el Uso del MMPI (MMPI-2/MMPI-A), St. Petersburg Beach, FL.
- Nicholson, R. A., Mouton, G. J., Bagby, R. M., Buis, T., Peterson, S. A., y Buigas, R. A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristic analysis. *Psychological Assessment*, 9(4), 471-479.
- Novo, M. (2000). *Heurísticos y evidencia en la toma de decisiones en la sala de justicia*. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.
- Novo, M. y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: Aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.63-74). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Norris, M. P., y May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22 (3), 315-323.
- O'Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Snow, A., Gielen, A., Dienemann, J. y Campbell, J. (2006). Depression, PTSD and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 99-110.

- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14* (1), 3-23.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: Resumen del informe*. Ginebra: OMS.
- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Ossipov, V. P. (1944) Malingering: The simulation of psychosis. *Bulletin of the Menninger Clinic, 8*, 31-42.
- Osuna, E. (2009). Aspectos clínicos y médicos-legales de la violencia de género. En F. Fariña, R. Arce y G. Buéla-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.169-190). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pallares, M.C. (1993). *A vida das mulleres na galicia medieval (1100-1500)*. Santiago: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago.
- Parker, A. D. y Brown, J. (2000). Detection of deception: Statement Validity Analysis as a means of determining truthfulness or falsity of rape allegations. *Legal and Criminological Psychology, 5*, 237-259.
- Peris, J.M. (1988). Aproximación a la victimología. Su Justificación frente a la criminología. *Cuadernos de Política Criminal, 34*, 39-128
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. y Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 46-59.
- Perkonig, A. y Wittchen, H. U. (1998). Traumatic events and DSM-IV post-traumatic stress disorder in adolescents and young adults. En A. Maerker, M. Schützwohl y Z. Solomon (Eds.). *Post-traumatic stress disorder: a life span developmental perspective* (pp. 114-133). Göttingen: Hogrefe
- Peters, U. H. (1989). Die psychischen Folgen der Verfolgung: Das Ueberlebenden-Syndrom. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 57*, 169-191.
- Petersen, E. y Viglione, D. (1991). *The effect of psychological knowledge and specific role instruction of MMPI malingering*. San Diego: California School of Professional Psychology.

- Pezdek, K., Finger, K. y Hogde, D. (1997). Planting false childhood memories: The role of event plausibility. *Psychological Science*, 8, 437-441.
- Pezdek, K., Morrow, A., Blandon-Gitlin, I., Goodman, G. S., Quas, J. A., Saywitz, K. J., Bidrose, S., Pipe, M. E., Rogers, M. y Brodie, L. (2004). Detecting deception in children: event familiarity affects criterion-based content analysis ratings. *Journal of Applied Psychology*, 89, 119-126.
- Pollock, P. H. (1996). A cautionary note on the determination of malingering in offenders. *Psychology Crime and Law*, 3 (2), 97-110.
- Polusny, M. A., y Arbisi, P. A. (2006). Assessment of psychological distress and disability after sexual assault in adults. En G. Young, A. W. Kane, y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 97-125). New York: Springer.
- Poole, D. A., & Lamb, M. E. (1998). *Investigative interviews of children: A guide for helping professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K. S., Butcher, J. N., y Seelen, J. (2000). *The MMPI, MMPI-2 & MMPI-A in court: A practical guide for expert witnesses and attorneys*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Porot, A. (1977). *Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica*. Barcelona: Labor.
- Porter, S. y Yuille, J. C. (1996). The language of deceit: An investigation of the verbal clues in the interrogation context. *Law and Human Behavior*, 20, 443-458.
- Porter, S., Yuille, J. C. y Lehman, D. R. (1999). The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events: Implications for the recovered memory debate. *Law and Human Behaviour*, 2, 517-537.
- Puleo, A. (2005). Del ecofeminismo clásico al desconstruccionista: principales corrientes de un pensamiento poco conocido. En C. Amorós y A. De Miguel (Eds.), *Teoría feminista. De la Ilustración a la globalización* (pp.121-152). Madrid: Minerva.
- Queipo, D. (2006). Aspectos médico legales del maltrato. En C. García, R. López y A. M. Curiel (Eds.), *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 61-67). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Raskin, D. C. y Esplin, P. W. (1991). Assessment of children's statements of sexual abuse. En J. Doris (Ed.), *The suggestibility of children's recollections* (pp. 153-165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Raskin, D. C., y Steller, M. (1989). Assessing credibility of allegations of child sexual abuse: Polygraph examinations and statement analysis. En H. Wegener, F. Lösel,

- y J. Haisch (Eds.), *Criminal behaviour and the justice system: Psychological perspectives* (pp. 290-302). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ray, S. L. (2008). Evolution of posttraumatic stress disorder and future directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 217-225.
- Ribas, E. R. (2008). *Violencia de género y violencia doméstica*. Valencia: Tirant lo blanch.
- Riggs, D., Caufield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316.
- Resnick, P. J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 2(1), 20-38.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering Psychosis. En R. Rogers (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Roberts, K. P. y Lamb, M. E. (en prensa). Reality-Monitoring characteristics in confirmed and doubtful allegations of child sexual abuse. *Applied Cognitive Psychology*.
- Rodríguez, M. J., Seijo, D. y Suárez, A. (2005). Elicitación del recuerdo en el testigo: Entrevista Cognitiva vs. Entrevista Estándar. En R. Arce, F. Fariña y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica* (pp.93-101). Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local. Xunta de Galicia.
- Rogers, R. (1986). *Conducting insanity evaluations*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Rogers, R. (1988). Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (1ª ed., pp. 250-268). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (1997a). Researching dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 398-426). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1997b). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 373-397). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1997c). Introduction. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 1-19). Nueva York: Guilford Press.

- Rogers, R., Gillis, J. R., y Bagby, R. M. (1990). The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. *Behavioural Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- Rogers, R., Gillis, J.R., Bagby, R.M., y Monteiro, E. (1991). Detection of malingering on the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS): A study of coached and uncoached simulators. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 673-677.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E., y Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation on the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 89-96.
- Rogers, R., Hinds, J. D., y Sewell, K. W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 244-257.
- Rogers, R., Jackson, R. L. y Kaminski, P. L. (2004). Factitious psychological disorders: The overlooked response style in forensic evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 3, 115–129.
- Rogers, R., Jackson, R. L., Sewell, K. W. y Salekin, K. L. (2005). Detection strategies for malingering: A confirmatory factor analysis of the SIRS. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 511–525.
- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M. y Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. y Mitchell, C. N. (1991). *Mental health experts and the criminal courts: A handbook for lawyers and clinicians*. Scarborough, ON: Thomson Professional Publishing Canada.
- Rogers, R., Ornduff, S. R., y Sewell, K. W. (1993). Feigning specific disorders: A study of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 60(3), 554-560.
- Rogers, R., Payne, J. W., Berry, D. T. R. y Granacher Jr., R. P. (2009). Use of the SIRS in Compensation Cases: An examination of its validity and generalizability. *Law and Human Behavior*, 33, 213-224.

- Rogers, R., Payne, J. W., Correa, A. A., Gillard, N. D. y Ross, C. A. (2009). A study of the SIRS with severely traumatized patients. *Journal of Personality Assessment*, *91*(5), 429-438.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A. y Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, *10*, 160-177.
- Rogers, R., Sewell, K. W. y Salekin, R. T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, *1*, 227-237.
- Rogers, R., Ustad, K. L. y Salekin, R. T. (1998). Convergent validity of Personality Assessment Inventory: A study of emergency referrals in a correctional setting. *Assessment*, *5*(1), 3-12.
- Rogers, R. y Vitacco, M. J. (2002). Forensic assessment of malingering and related response styles. En B. Van Dorsten (Ed.), *Forensic Psychology: From Classroom to Courtroom* (pp. 83–104). New York, NY: Kulwer Academic Press.
- Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offset.
- Rojas, M. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rosen, G. M. (1995). The Aleutian Enterprise sinking and posttraumatic stress disorder: misdiagnosis in clinical and forensic settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, *1*, 82–87.
- Rosen, G. M. (2006). DSM's cautionary guideline to rule out malingering can protect the PTSD data base. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*, 530-535.
- Rosen, G. M. y Phillips, W. R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *32*, 132–133.
- Rosen, G. M. y Taylor, S. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 201-210.
- Rosenfeld, J. P. (2005). Brain fingerprinting: A critical analysis. *Scientific Review of mental health practice*, *4*, 20–37.
- Rosenfeld, J. P. (2009). Foreword and overview. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *34*, 145-148.
- Rosenfeld, J. P., Biroshak, J. R. y Furedy, J. J. (2006). P300-based detection of concealed autobiographical versus incidentally acquired information in target and non-target paradigms. *International Journal of Psychophysiology*, *60*, 251–259.

- Rosenfeld, J. P., Biroshak, J. R., Kleschen, M. J. y Smith, K. M. (2005). Subjective and objective probability effects on P300 amplitude revisited. *Psychophysiology*, *42*, 356–359.
- Rosenfeld, J. P., Labkovsky, E., Lui, M. A., Winograd, M., Vandenboom, C. y Chedid, K. (2008). The Complex Trial Protocol (CTP): A new, countermeasure-resistant, accurate P300-based method for detection of concealed information. *Psychophysiology*, *45*(6), 906–919.
- Rosenfeld, J. P., Soskins, M., Bosh, G. y Ryan, A. (2004). Simple, effective countermeasures to P300-based tests of detection of concealed information. *Psychophysiology*, *41*, 205–219.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane place. *Science*, *172*, 250-258.
- Ruby, C. L. y Brigham, J. C. (1997). The usefulness of the criteria-based content analysis technique in distinguishing between truthful and fabricated allegations. *Psychology, Public Policy, and Law*, *3*, 705-737.
- Sadow, L., y Suslick, A. (1961). Simulation of a previous psychotic state. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 452-458.
- Saks, M. y Hastie, R. (1986). *Social Psychology in court*. Londres: Van Nostrand.
- Santtila, P., Roppola, H. y Niemi, P. (1999). Assessing the truthfulness of witness statements made by children (aged 7-8, 10-11, and 13-14) employing scales derived from Johnson's and Raye's model of reality monitoring. *Expert Evidence*, *6*, 273-289.
- Sapir, A. (1987). *The LSI course on scientific content analysis (SCAN)*. Phoenix, AZ: Laboratory for Scientific Interrogation.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, *19*(3), 459-466.
- Schaaf, K. y McCanne, T. (1998). Relationship of childhood sexual, physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Neglect*, *22*(11)1119-1133.
- Schiebe, S., Bagby, R. M., Miller, L. S. y Dorian, B. J. (2001). Assessing posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, *13*(3), 369-374.

- Schlenger, W. E., y Kulka, R. A. (1984, Agosto-Septiembre). *Performance of the Keane-Fiarbank MMPI scale and other self-report measures in identifying post-traumatic*. Comunicación presentada en la 95th Annual Convention of the American Psychological Association, Nueva York.
- Schollemberger, J., Campbell, J., Sharps, P.W., O'Campo, P., Gielen, A. C., Dienermann, J. y Kub, J. (2003). African American HMO enrollees. Theirs experiences with partner abuse and its effect on their health and use of medical services. *Violence Against Women*, 9, 599-618.
- Schooler, J. W., Gerhard, D. y Loftus, E. F. (1986). Qualities of the unreal. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 12, 171-181.
- Seijo, A. (2007). *Asignación de credibilidad a los testimonios: Un estudio de las decisiones judiciales*. Trabajo Tutelado de Tercer Ciclo, Universidad de Santiago de Compostela.
- Selye, H. y Fortier, C. (1950). Adaptive reaction to stress. *Psychosomatic Medicine*, 12, 149-157.
- Seymour, T. L. y Kerlin, J. R. (2008). Successful detection of verbal and visual concealed knowledge using an RT-based paradigm. *Applied Cognitive Psychology*, 22, 475-490.
- Seymour, T. L., Seifert, C. M., Shafto, M. G., y Mosmann, A. L. (2000). Using response time measures to assess “guilty knowledge”. *Journal of Applied Psychology*, 85, 30-37.
- Show, B., Stellman, J., Stellman, S., Sommer, J. y Sommer, J. (1988). Post-traumatic Stress Disorder among american legionnaires in relation to combat experience in Vietnam. Associated and contributing factors. *Environmental Research*, 47(2) 175-192
- Shuman, D. W. (1994). *Psychiatric and psychological evidence*. Deerfield, IL: Clark Boardman Callaghan.
- Sierra, J. C., Jiménez, E. M^a y Bunce, D. (2006). Técnicas de evaluación en psicología jurídica y forense. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buena-Casal (Eds.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp.485-525). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Simon, R. (1995). *Posttraumatic stress disorder in litigation*. Washington: American Psychiatric Press.

- Solomon, S. D. y Davidson (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 5-11.
- Soria, M. A., Maeso, J. y Ramos, E. (1993). Delincuencia y victimización. En M. A. Soria (Comp.). *La víctima: entre la justicia y la delincuencia. Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos de la victimización*. Barcelona: PPU.
- Spence, S. A., Farrow, T. F. D., Herford, A. E., Wilkinson, I. D., Zheng, Y. y Woodruff, P. W. (2001). Behavioural and functional anatomical correlates of deception in humans. *NeuroReport*, 12, 2849–2853.
- Spence, S. A., Kaylor-Hughes, C. J., Farrow, T. F. D., y Wilkinson, I. D. (2008). Speaking of secrets and lies: The contribution of ventrolateral prefrontal cortex to vocal deception. *NeuroImage*, 40, 1411–1418.
- Spitzer, R. L. y Endicott, J. (1978). *Schedule of affective disorders and schizophrenia*. Nueva York: Biometric Research.
- Sporer, S. L. (1997). The less travelled road to truth: Verbal cues in deception detection in accounts of fabricated and self-experienced events. *Applied Cognitive Psychology*, 11, 373-397.
- Sporer, S. L. (2008). Lessons from the origins of eyewitness testimony research in Europa. *Applied Cognitive Psychology*, 22, 737-757.
- Sporer, S. L. y Schwandt, B. (2006). Paraverbal indicators of deception: A meta-analytic synthesis. *Applied Cognitive Psychology*, 20, 421-446.
- Sporer, S. L. y Schwandt, B. (2007). Moderators of nonverbal indicators of deception. A meta-analytic synthesis. *Psychology, Public Policy, and Law*, 13(1), 421-446.
- Steffan, J. S. y Morgan, R. D. (2008). Diagnostic accuracy of the MMPI-2 Malingering Discriminant Function Index in the detection of malingering among inmates. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 392-398.
- Steller, M. (1989). Recent developments in statement analysis. En J. C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment*. (pp. 135-154). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Steller, M. y Boychuck, T. (1992). Children as witness in sexual abuse cases: Investigative interview and assessment techniques. En H. Dent y R. Flin (Eds.), *Children as witness*. Chichester: Wiley and Sons.
- Steller, M. y Köhnken, G. (1994). Análisis de declaraciones basados en criterios. En D. C. Raskin (Ed.), *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales* (pp. 217-245). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1989).

- Steller, M., Raskin, D. C., Yuille, J. C. y Esplin, P. (1990). *Child sexual abuse: Forensic interviews and assessment*. Nueva York: Springer.
- Story, D. L. (2000). *Validation of a short form of the structured interview of reported symptoms (SIRS)*. Miami, Florida: Carlos Albizu University.
- Street, A. y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilty. *Violence Victims*, 16(11), 65-78.
- Strömwall, L. A., Bengtsson, L., Leander, L. y Granhag, P. A. (2004). Assessing children's statements: The impact of a repeated experience on CBCA and RM ratings. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 653-668.
- Strömwall, L. A., Granhag, P. A. y Hartwing, M. (2004). Practitioners' beliefs about deception. In P. A. Granhag y L. A. Strömwall (Eds.), *Deception detection in forensic context* (pp. 229-250). Cambridge: Cambridge University Press.
- Strong, D.R., Greene, R.L. y Schinka, J.A. (2000). A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings. *Psychological Assessment*, 12, 166-173.
- Sweet, J. J. (1999). Malingering: Differential diagnosis. En J. J. Sweet y otros (1999). *Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice. Studies on neuropsychology, development, and cognition*. (pp. 255-285). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Swenson, L. C. (1997). *Psychology and law for the helping professions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Szewczyk, H. (1973). Kriterien der beurteilung kindlicher zeugenaussagen [Criterios de evaluación de los testimonios de los niños]. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 46, 46-66.
- Taylor, S. y Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.
- Tesser, A., y Paulhus, D. (1983). The definition of self: Private and public self-evaluation management strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 672-682.
- Tetlock, P. E. y Manstead, A. S. (1985). Impression management versus intrapsychic explanations in social psychology: A useful dichotomy? *Psychological Review*, 92(1), 59-77.

- Timbrook, R. E., Graham, J. R., Keiller, S. W., y Watts, D. (1993). Comparison of Weiner-Harmon Subtle-Obvious scales and the standard validity scales in detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. *Psychological Assessment*, 5, 53-61.
- Toomey, J. A., Kucharski, L. T. y Duncan, S. (2009). The utility of the MMPI-2 Malingering Discriminant Function Index in the detection of malingering. A study of criminal defendants. *Assessment*, 16(1), 115-121.
- Trankell, A. (1972). *Reliability of evidence. Methods for analyzing and assessing witness statements*. Stockholm: Beckman (Orig. 1963).
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Tulving, E. y Thomson, D. M. (1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*, 80, 353-370.
- Turnbull, G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, 29(2), 87-91.
- Tye, M. J. C., Amato, S. L., Honts, C.R., Deveitt, M. K., y Peters, D. (1999). The willingness of children to lie and the assessment of credibility in an ecologically relevant laboratory setting. *Applied Developmental Science*, 3, 92-109.
- Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der glaubhaftigkeit von zeugenaussagen. En U. Undeutsch (Ed.), *Handbuch der psychologie, Vol. II: Forensische psychologie* (pp. 26-181). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Undeutsch, U. (1988). The development of statement reality analysis. En J. Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 101-119). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.
- United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Viena: United Nations Publications.
- Urta, J., y Vázquez, B. (1993). *Manual de psicología forense*. Madrid: Siglo XXI.
- Utitz, E. (1950). Caracterología. *Monográficas Psicológicas*, 4 (44), (número completo).
- Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona: Labor.
- Vallejo-Pareja, M. (1998). *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Van der Kolk, B. A. y Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

- Vázquez, B. (1998). *El perfil psicológico de la mujer maltratada*. Madrid: Centro de Estudios de la Administración de Justicia.
- Verdejo, A., Alcázar-Córcoles, M. A., Gómez-Jarabo, G. A. y Pérez-García, M. (2004). Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense. *Revista de Neurología*, 39(1), 60-73.
- Verschuere, B., Crombez, G., De Clercq, A. y Koster, E. H. W. (2004). Autonomic and behavioral responding to concealed information: Differentiating orienting and defensive responses. *Psychophysiology*, 41, 461–466.
- Verschuere, B., Crombez, G., Degrootte, T. y Rosseel, Y. (en prensa). Detecting concealed information with reaction times: validity and comparasion with the polygraph. *Applied Cognitive Psychology*.
- Vilar-López, R., Santiago-Ramajo, S., Gómez-Río, M., Verdejo-García, A., Llamas, J.M. y Pérez-García, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 379-388.
- Vilariño, M., Arce, R. y Carballal, A. (2009, Noviembre). *Epidemiología de víctimas reales de violencia de género*. Comunicación presentada al V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense, Granada, España.
- Vilariño, M., Fariña, F. y Arce, R. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury in gender violence: validating a protocol for forensic setting. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(2), 221-243.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit*. Chichester: Wiley.
- Vrij, A. (2005). Criteria-based content analysis: A qualitative review of the first 37 studies. *Psychology, Public Policy and Law*, 11, 3-41.
- Vrij, A. (2008). *Detecting lies and deceit: Pitfalls and opportunities*. Chischester: John Wiley and Sons.
- Vrij, A. y Akehurst, L. (1998). Verbal communication and credibility: statement validity. En A. Memon, A. Vrij y R. Bull (Eds.), *Psychology and law. Truthfulness, accuracy and credibility* (pp.3-31). Londres: McGraw-Hill.
- Vrij, A., Akehurst, L., Soukara, S. y Bull, R. (2002). Will the truth come out? The effect of deception, age, status, coaching and social skills on CBCA scores. *Law and Human Behavior*, 26, 261-283.

- Vrij, A., Akehurst, L., Soukara, S. y Bull, R. (2004). Detecting deceit via analyses of verbal and nonverbal behavior in children and adults. *Human Communication Research, 30*, 8-41.
- Vrij, A., Edward, K., Roberts, K. P. y Bull, R. (1999, julio). *Detecting deceit via criteria based content analysis, reality monitoring and analysis of non verbal behavior*. The First Joint Meeting of the American Psychology-Law Society and the European Association of Psychology and Law, Dublin.
- Vrij, A., Edward, K., Roberts, K. P. y Bull, R. (2000). Detecting deceit via analysis of verbal and non verbal behavior. *Journal of Nonverbal Behavior, 24*, 239-263.
- Vrij, A., Mann, S. y Fisher, R. P. (2006). An empirical test of the Behaviour Analysis Interview. *Law and Human Behavior, 30*, 329-345.
- Vrij, A., Mann, S. A., Fisher, R. P., Leal, S., Milne, R. y Bull, R. (2008). Increasing cognitive load to facilitate lie detection: the benefit of recalling an event in reverse order. *Law and Human Behavior, 32*, 253-265.
- Vrij, A., Mann, S. y Kristen, S. (2007). Cues to deception and ability to detect lies as a function of police interview styles. *Law and Human Behavior, 31*, 499-518.
- Vul, E., Harris, C., Winkielman, P. y Plisher, H. (2009). Puzzlingly High Correlations in fMRI Studies of Emotion, Personality, and Social Cognition. *Perspectives on Psychological Science, 4*, 274-290.
- Wachspress, M., Berenberg, A. N. y Jacobson, A. (1953). Simulation of psychosis. *Psychiatric Quarterly, 27*, 463-473.
- Wagenaar, W. A. (1995). Anchored narratives: A theory of judicial reasoning. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurrin y C. Wilson (Eds.), *Psychology, Law and Criminal Justice* (pp. 267-285). Berlin: Walter de Gruyter.
- Wagenaar, W. A., Koppen, P. J. y Crombag, H. F. M. (1993). *Anchored narratives. The psychology of criminal evidence*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington: APA.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behaviour, 5*, 491-507.
- Waslyliw, O. E., Grossman, L.S., Haywood, T. W. y Cavanaugh, J. L. Jr. (1988). The detection of malingering in criminal forensic groups: MMPI Validity Scales. *Journal of Personality Assessment, 52*(2), 321-333.
- Wechsler, D. (1976). *WAIS: Escala de inteligencia para adultos* (2ª ed.). Manual. Madrid: TEA.

- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey, y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (vol. 1) (pp. 567-634). Hillsdale, N. J.: LEA.
- Welburn, K. R., Fraser, G. A., Jordan, S. A., Cameron, C., Webb, L. M. y Raine, D. (2003). Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 109–130.
- Wicker, A. W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.
- Wittmann, L., Moergeli, H., Martin-Soelch, C., Znoj, H. y Schnyder, U. (2008). Comorbidity in posttraumatic stress disorder: a structural equation modeling approach. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 430-440.
- Woods, S. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Mental Health Nursing*, 21(3), 309-324.
- Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D. y Campbell, J. C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship so intimate partner violence and IFN- γ levels. *American Journal of Community Psychology*, 36, 159-175.
- Wright, A. M. y Holliday, R. E. (2007). Enhancing the recall of young, young-old and old-old adults with cognitive interviews. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 19-43.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K. y Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal Psychiatry*, 155, 1163-1171.
- Yuille, J. C. (1988). The systematic assessment of children's testimony. *Canadian Psychology*, 29, 247-262.
- Yuille, J.C., Hunter, R., Joffe, R. y Zaparniuk, J. (1993). Interviewing children in sexual abuse cases. En G. Goodman y B. Bottoms (Eds.), *Child Victims, Child Witnesses: Understanding and Improving Children's Testimony* (pp. 221-230). New York: The Guilford Press.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D. y Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence. I. The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 41, 503–511.

- Yule, W., Williams, R. y Joseph, S. (1999). Posttraumatic stress disorders in adults. En W. Yule (Ed.), *Posttraumatic stress disorders. Concepts and therapy* (pp.1-24). Nueva York: Jonh Wiley and Sons.
- Zaparniuk, J., Yuille, J. C. y Taylor, S. (1995). Assessing the credibility of true and false statements. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 343-352.
- Zirinsky, S. (Writer). (2002, June 14). "It's all in your head" [Television series episode] *48 Hours*. New York: Columbia Broadcasting System.
- Zuckerman, M., DePaulo, B. M. y Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14) (pp. 1-59). Nueva York: Academic Press.