

	GOBIERNO DE ESPAÑA	MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES	SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
			DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

EVALUACIÓN FORENSE DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL: SIMULACIÓN Y REALIDAD

RESPONSABLE: RAMÓN ARCE FERNÁNDEZ
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de mayo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título: Evaluación forense de la enfermedad mental en la incapacidad temporal:
Simulación y realidad.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ramón Arce Fernández. Universidad de Santiago de Compostela.

INVESTIGADORES:

- Francisca Fariña Rivera. Universidad de Vigo.
- Mercedes Novo Pérez. Universidad de Santiago de Compostela.
- María José Vázquez Figueiredo. Universidad de Santiago de Compostela.

SOLICITANTE:

Universidad de Santiago de Compostela.

Expediente FIPROS: 2006/101.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO	5
PSICOLOGÍA DE LAS DECLARACIONES Y CONFESIONES.	6
Introducción	6
Entrevista no forense vs. forense.....	7
Las diferentes aproximaciones a la evaluación de la credibilidad del testimonio	30
ESTUDIO DE LA SIMULACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO LEGAL.	55
Definición de simulación	55
Diferentes clasificaciones de la simulación.....	56
La detección de la simulación de trastornos mentales	61
PLANTEAMIENTO EMPÍRICO	82
INTRODUCCIÓN	83
MÉTODO	86
Participantes	86
Diseño.....	86
Instrumentos de medida.....	87
Procedimiento	90
Análisis de los protocolos	91
Entrenamiento de Codificadores.....	93
Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones	93
RESULTADOS	98
Estudio de la simulación en las escalas del MMPI-2	98
Estudio del cambio en la evaluación clínica en el MMPI-2	99
Estudio de la simulación en las escalas de validez del MMPI-2	100
Estudio de la simulación en una tarea de conocimiento: la entrevista clínico-forense.....	107
Estudio global de la detección de la simulación	114
DISCUSIÓN	115
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	118
ANEXOS	138

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

PSICOLOGÍA DE LAS DECLARACIONES Y CONFESIONES.

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 entorno 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. Su éxito va a depender de una serie de factores tales como la habilidad del entrevistador, el grado de colaboración del entrevistado, el tiempo transcurrido desde el suceso y, claro está, del tipo de entrevista. 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%). 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. Para hacer frente a esta paradoja, 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 secuencialidad 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.

Entrevista no forense vs. forense

Entrevista no forense.

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 ello, 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, 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, 2002).

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 no estructurada 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 (1997) 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.)¹.

El SIRS. (Rogers, 1992) es un entrevista estructurada que tiene como finalidad evaluar el fingimiento de síntomas y los estilos de respuesta que relata el entrevistado. Este cuestionario se compone de 172 ítems divididos en: “Cuestiones detalladas”, centradas en la sintomatología específica y su gravedad; “Cuestiones Repetidas”, que formuladas paralelamente a las detalladas ponen a prueba la consistencia de las respuestas; y “Cuestiones Generales”, para comprobar síntomas específicos, problemas psicológicos generales y patrones sintomáticos. Los ítems se estructuran en ocho escalas primarias para la evaluación de la simulación. Además, su carácter estructurado no permite que el entrevistador ponga en práctica sus propias averiguaciones clínicas, ya que tiene que ceñirse a las cuestiones que aparecen en el instrumento.

No obstante, Rogers (1997) 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.

Entrevista forense.

Cuando un testigo observa un acontecimiento son muchos los factores que intervienen en la calidad de su testimonio, por ejemplo, el modo de recoger la información

¹ De ahora en adelante nos referiremos a la “Structured Interview of Reported Symptoms” (Rogers, 1997) como S.I.R.S.

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. Algunas de estas diferencias se presentan a continuación. 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, 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 de quien la lleva a cabo, la forense ha de partir una serie de presupuestos que deben seguirse con independencia de la orientación de quien la realiza.

Steller et al. (1989) 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 del ámbito de la entrevista forense con menores, Poole y Lamb (2002) establecieron dos principios generales que deben guiar la misma:

- a) “Comprobación de hipótesis” en lugar de “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.
- b) Desde un punto de vista legal, servirnos 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.

- c) 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 (Poole y Lamb, 2002). 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 ciega 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 sobre lo sucedido, al evitarse la influencia que éstos puedan ejercer sobre el niño.

La entrevista standard o policial.

Cuando hablamos de entrevista estándar nos referimos la forma de entrevista real 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, testigos o 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*), muestra que en ellas se emplea una variedad de técnicas persuasivas y manipulativas, entre las que destacan (Bull, 1999):

- a) -Indicar la inutilidad de la negociación o desmentido.
- b) -Generar la creencia de que la policía contaba con más pruebas de las que realmente tenía.
- c) -Minimizar la gravedad de la agresión o ofensa.
- d) Manipular la autoestima del sospechoso.
- e) 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” (PACE) (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 (1992) 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 este 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 tácticas 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 el 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.

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 casos 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.

De acuerdo con Gudjonsson (2003), 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 que más efectivas para la confesión: apelar a la conciencia del sospechoso; identificar y presentar contradicciones en la negación del sospechoso y el relato; dar justificaciones morales o ayudas psicológicas para el crimen; o emplear alabanzas y halagos.

Finalmente, mencionar que según señalan Montimer y Shepherd (1999) con relación a las entrevistas policiales a sospechosos, 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 un

heurístico anclado generalizado. Estos y otros estudios, junto con las declaraciones de jefes de Placía 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).

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 esta concebido supone los siguientes problemas:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 una información sesgada por el efecto del entrevistador no ingenuo.

- d) Las carencias de entrenamiento y de conocimientos psicológicos dificultan sustancialmente la consecución de una información válida desde el punto de vista psicológico, pero también se produce un deterioro en la consecución de una 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 toda aquella información que puede 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 si mismo, la descripción del suceso. Finalmente, con referencia al orden arbitrario decir que este 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 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.

La Entrevista Cognitiva (Fisher y Geiselman, 1992).

Son dos los principios teóricos que subyacen a los diferentes procedimientos que conforman la entrevista cognitiva (Cognitive Interview, C.I.)²:

- a) 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).
- b) 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).

Ante la necesidad de los procedimientos existentes de entrevista fue creada la C.I. siendo el resultado de una serie de técnicas de entrevista que pretenden conseguir un incremento en la calidad y cantidad de información. Geiselman y Fisher, dos psicólogos norteamericanos, desarrollaron este procedimiento en la década de los ochenta. La C.I. desarrollada 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 todo.
- b) Reinstauración mental de contexto.
- c) Recuerdo de los sucesos en una variedad de ordenes temporales distintos.
- d) Cambio de perspectiva.

La primera instrucción, el recuerdo de todo, 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. Sucede, 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 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.

La reinstauración mental de contexto 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 (p.e. “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.

² A partir de ahora la Entrevista cognitiva (Fisher y otros, 1989) será denominada “C.I.”

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 (recuerdo de los sucesos en una variedad de órdenes temporales distintos). 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 al realizar un relato de los hechos manteniendo la secuencia temporal que estos tuvieron. 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. En esta línea, Geiselman (1987) indicó que aquella información del suceso inconsistente o contradictoria con el esquema del sujeto puede no ser recordada por él. Asimismo, 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. 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.

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, Millne y Bull (1999) toman 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 que tendría 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 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 de 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; es necesario dejar muy claro al entrevistado, cuando le demos la instrucción, que no hay que conjeturar ni adivinar, para no tomar testimonios falsos como reales.

La CI, al margen de estas cuatro técnicas, incluye otra que puede ser de gran ayuda de cara a facilitar el recuerdo de un determinado hecho, estamos hablando de 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 compleja, siendo precisa la ayuda del entrevistador para aumentar la concentración del testigo en el proceso.

El entrevistador puede ayudar la estimulación del recuerdo del testigo sobre las personas a través de la técnica “*memory jogs*”, formulando preguntas del tipo:

- a) ¿Te recuerda a alguien que conoces? ¿Por qué? ¿Tenía alguna característica especial?
- b) ¿Su modo de vestir recuerda a alguien? ¿Por qué? ¿Qué impresión te generó?
- c) ¿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 una conducción más correctamente su testimonio.

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*” (E.C.I)³ se compone de siete fases claramente diferenciadas. La CI. 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.
 - 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 ECI 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 el 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. Podría suceder que el entrevistado desconociese el motivo por el cual se realiza la entrevista, por ello el entrevistador debería explicarle en que 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 recuerde que ocurrió, incluyendo detalles que puedan parecerle triviales o repetitivos. Además, se le indica que debe evitar

³ A partir de ahora la "Entrevista Cognitiva Mejorada" se denominará mediante las siglas ECI.

conjeturas o suposiciones, así como narrar cosas que no haya observado realmente.

- d) Reinstauración del contexto. Tal como se había indicado para la CI., 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 ECI. Se basa en dos pasos: activación de la imagen y comprobación de ella. 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 CI 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 CI 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 entrevista cognitiva 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 CI 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 et al. (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 CI:

- 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).

Finalmente, Fisher et al. (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.

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:

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

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 (2001) 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 le 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, adoptamos 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; 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.

Algunas consideraciones sobre estos formatos de entrevista.

El gran 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, Pampillón y Fariña, 2002; Rogers, 1997). Otro aspecto es que su declaración sea lo suficientemente amplia como para ser objeto de análisis. Una segunda limitación es el tiempo que se requiere para realizar exitosamente estos procedimientos. Finalmente, no podemos olvidar que la finalidad 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 entrevista

cognitiva 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 et al. (1995) y Köhnken, Milne, Memon y Bull (1999) encontraron diferencias significativas entre la entrevista cognitiva y la estándar en el número de detalles incorrectos y fabulados. Köhnken et al. (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 precio 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 entrevista cognitiva que convendría reseñar es que su empleo no afecta significativamente al uso del CBCA⁴; 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, Schimossek, Ascherman y Höfer (1995). Incluso, siendo necesario más investigación al respecto, podría ser que la entrevista cognitiva facilitase la distinción entre relatos verdaderos y falsos (Hernández-Fernaud y Alonso-Quecuty, 1997).

En definitiva, tanto la entrevista cognitiva como la entrevista forense se muestran como una alternativa válida y procedimientos robustos para trabajar con testigos.

⁴ Criteria Based Content Analysis (Análisis de contenido basado en criterios) es una técnica diseñada para la evaluación de la credibilidad de las declaraciones de niños víctimas de abusos sexuales, creada por Steller y Köhnken (1994).

Las diferentes aproximaciones a la evaluación de la credibilidad del testimonio

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 el 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 el 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 el 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.

La investigación psicológica acerca de la exactitud del testimonio, y más en concreto sobre la detección del engaño en las declaraciones, ha tomado diferentes enfoques que la literatura, en función del valor y de la relevancia judicial, ha concretado en correlatos del comunicador, indicios no verbales, indicios fisiológicos y análisis de la declaración (p. e., Sporer, 1997; Vrij, 2000).

Correlatos de personalidad del comunicador.

Si retrocedemos en el tiempo encontramos que las mujeres gallegas de la Edad Media no podía testificar ya que se encontraban bajo sospecha de engaño, el cual se justificada en el engaño de Eva. Tan sólo se les permitía testificar en “hechos mujeriles” de escasa trascendencia (p.e., sucesos ocurridos en el río, fuente o molino) (Pallares, 1993). Se podría suponer que las cosas han cambiado con el paso del tiempo, pero quizás sólo aparentemente. 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 o la deficiencia mental ligera (Ford, King y Hollander, 1988).

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 et al., 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 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).

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

- 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.

Indicios fisiológicos.

En cuanto a la medida fisiológica, el polígrafo se ha tomado como detector de la mentira. Presenta un funcionamiento consistente en el registro de los trazos de diferentes

indicadores fisiológicos (respuesta galvánica de la piel, tasa cardíaca, respiración o presión sanguínea) ante una serie de preguntas. Sin embargo, no existe un patrón único de respuesta fisiológica asociado a la mentira (Lykken, 1981). Por consiguiente, lo único que si 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.

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 para el estudio del caso en dos: 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 demostración⁵. 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. En la siguiente tabla tenemos un ejemplo de lo que podría ser una secuencia de preguntas:

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. Bastantes veces, 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

⁵ La demostración suele consistir en pedir al sujeto que elija un número entre dos cualquiera, tal como el 2 y el 7, y que trate de negar haber elegido ese número cuando se le presenta entre el uno y el diez. Una vez emitidas las respuestas, se le indica al sujeto que se ha observado un cambio ante el número crítico en relación con los demás. Por último, se le sugiere que sea sincero ya que de lo contrario se detectará su testimonio falso (Bradley y Janise, 1981).

actualidad, normalmente, se acude a un método numérico, denominado Zona de Comparación (ZOC). Aquí, 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. Los resultados intermedios tendrían valor inconcluyente aunque estos se estiman en torno al 10%.

Secuencia hipotética de preguntas tipo TPC

PI. ¿Va a ser sincero a lo largo de este interrogatorio?

PN. ¿Ha cursado Ud. la enseñanza obligatoria?

PC. ¿Había disparado anteriormente una pistola?

PR. ¿Cogió la pistola que había en el maletero del coche?

PC. ¿Robó Ud. alguna vez cuando era joven?

PN. ¿Le gusta el fútbol?

PR. ¿Disparó la pistola?

PN. ¿Juega habitualmente a las quinielas?

PC. ¿Le gustaba rodearse, cuando era joven, de lujos que no podía permitirse?

PR. ¿Mató Ud. al Sr. J.P. de un tiro?

Nota: PI= Pregunta inicial de choque, no se evalúa; PC= pregunta control; PR= pregunta relevante/crítica; PN= pregunta neutra.

Se cuenta, también, con el test del conocimiento culpable (TCC) que consiste en formular preguntas cuyo cono cimiento 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:

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

- · Por la puerta principal.
- · Por la puerta trasera.
- Por el Balcón.
- · Por el garaje.

b) 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.

Análisis del contenido de la declaración.

Esta aproximación mantiene que el contenido de un mensaje en sí mismo contiene indicios que nos ayudarían 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 ya con instrumentos los suficientemente refinados como para ser utilizados exitosamente en determinados casos. Así, tenemos como instrumento 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 aquellos procedimientos, de menor importancia, basados en indicios verbales para la distinción de verdad y mentira.

Control de la realidad/ Reality Monitoring (RM).

Jonson y Raye (1981) establecieron un marco de referencia para entender como 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 un esquema en el cual se resume el modelo de Control de la Realidad propuesto por Jonson y Raye (1981):

- a) Tipos de atributos que pueden formar parte de los recuerdos.
 - Contextuales.
 - Sensoriales.
 - Operaciones cognitivas.
- b) 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 para una revisión), 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 que 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, parece trascendente que la declaración debe de ser obtenida lo más inmediatamente 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. Sporer (1997) incrementó la lista de criterios a ocho:

- 1) Claridad (viveza en vez de vaguedad).
- 2) Información perceptual (información sensorial tal como sonidos, gustos o detalles visuales).
- 3) Información espacial (lugares, ubicaciones).
- 4) Información temporal (ubicación del evento en el tiempo, descripción de secuencias de eventos).
- 5) Afecto (expresión de emociones y sentimientos durante el evento).
- 6) Reconstrucción de la historia (plausibilidad de reconstrucción del evento tras la información dada).
- 7) Realismo (plausibilidad, realismo y sentido de la historia).
- 8) 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.

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). No obstante, 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). 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. 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 (SRA). Sin embargo, no explicó el motivo de la inclusión de estos criterios ni presentó apoyo empírico alguno. 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:

a) Criterios derivados de la declaración.

- 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.

- 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).

b) 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).

c) Criterios derivados de las secuencias de declaraciones

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

Como se puede apreciar las tres primeras agrupaciones de criterios se aplicarían sobre una declaración, mientras que el último criterio se vincularía con más de una declaración. Por lo tanto, no se analizan sólo las declaraciones independientemente sino que a la vez se estudia la relación entre ellas, a través de este último compendio 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:

- a) La intensidad o grado de las manifestaciones en los distintos criterios.
- b) El número de detalles de la narración que se relacionan con uno o más criterios.
- c) Las capacidades del testigo para informar (edad, inteligencia, sugestión, etc.).
- d) Las características del evento narrativo (complejidad, relevancia, etc.).

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 CBCA se compone de cinco categorías genéricas con 19 criterios para evaluar, estos son:

a) Características generales:

- Estructura lógica (coherencia y consistencia interna).
- Elaboración inestructurada (presentación desorganizada).
- Cantidad de detalles (abundancia de detalles o hechos distintos).

b) Contenidos específicos:

- Engranaje contextual (ubicación de la narración en un espacio y tiempo).
- Descripción de interacciones (cadena de acciones entre el testigo y otros actores).
- Reproducción de conversación (réplica de conversaciones).
- Complicaciones inesperadas durante el incidente (por ejemplo, interrupción imprevista).

c) Peculiaridades del contenido:

- Detalles inusuales (detalles con baja probabilidad de ocurrencia)
- -Detalles superfluos (detalles irrelevantes que no contribuyen significativamente a los hechos)
- Incomprensión de detalles relatados con precisión (explicitación de detalles que el menor no comprende pero realmente sí tienen sentido)
- Asociaciones externas relacionadas (inclusión de información externa a los hechos en sí pero relacionada con ellos, tal como en una agresión sexual recordar conversaciones anteriores sobre este tema)
- Relatos del estado mental subjetivo (referencias a sentimientos, emociones o cogniciones propias)

- Atribución del estado mental del autor del delito (referencias al estado mental del agresor y atribución de motivos).

d) Contenidos referentes a la motivación:

- Correcciones espontáneas (correcciones espontáneas o mejoras de la declaración)
- Admisión de falta de memoria (reconocimiento de lagunas de memoria)
- Plantear dudas sobre el propio testimonio
- Auto-desaprobación (actitud crítica sobre su propia conducta)
- Perdón al autor del delito (la declaración de la víctima favorece al acusado, o evitación de más acusaciones)

e) Elementos específicos de la agresión:

- Detalles característicos de la ofensa (descripciones que contradicen las creencias habituales sobre el delito)

Los criterios de contenido expuestos pueden analizarse como presentes o ausente, 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. 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), además de que generalmente se comporta como un discriminador efectivo entre declaraciones verdaderas y falsas (p.e., Köhnken et al., 1995) y que resulta más efectivo en la detección del testimonios verdaderos que falsos (v. gr., Vrij, 2000).

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

El Análisis de la Validez de las Declaraciones (SVA) (p.e. Steller, 1989; Steller y Boychuck, 1992) se ha propuesto como una técnica aditiva al CBCA, que 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, Raskin, Yuille y Esplín, 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).

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

Al margen de estos métodos con resultados tan fructíferos, ha surgido otros en la misma línea. Entre ellos destaca el Análisis de Contenido Científico (SCAN) (Sapir, 1987). Partiendo de su experiencia personal en el interrogatorio de sospechosos, Sapir, 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 si 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.

Algunas consideraciones sobre los diferentes métodos de detección de la mentira.

A continuación, se expondrán los resultados encontrados en varias de las investigaciones que han puesto a prueba los métodos presentados. Dentro los diferentes instrumentos, el que presenta una mayor controversia es el polígrafo. 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 inadmisible (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 resultar interesante ante la existencia de 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).

Con relación a los procedimientos que se fundamentan en la observación de la comunicación no verbal mencionar que están sujetos a dos grandes fuentes de error (Ekman y O'Sullivan, 1994): el error de Otelo y el error de idiosincrasia. 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 más alto para los primeros.

Dentro del campo de los sistemas de análisis de contenido, Yuille (1988) en un primer estudio con dos evaluadores entrenados en el CBCA, 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). Sin embargo, otras investigaciones ofrecen resultados menos prometedores. Así, Porter y Yuille (1996) encontraron que sólo tres de las categorías del SVA/CBCA distinguían entre verdad y mentira. 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. A pesar de ello, observaron, en la misma investigación, un valor de clasificación correcta del 100% de los casos en estudios de campo, por lo tanto se deduce 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 diferente podría deberse a la diferente 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 un alto grado de implicación del sujeto, que posean un elemento de pérdida de control, y con connotaciones negativas. 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 obtenidos 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 (tabla presentada abajo). 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, por lo 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 directamente falsedad.

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 cual se había mencionado con anterioridad, los resultados parecen cambiar de dirección si los sujetos cuentan con tiempo para preparar la mentira. Así, Alonso-Quecuty (1995 para una revisión) encontró 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. Los estudios de contraste de la capacidad predictiva del RM, evidencian un valor predictivo ligeramente menor que el CBCA (Vrij, 2000 para una revisión). 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.

Porcentaje de presencia de los criterios en casos confirmados (verdaderos) y no-confirmados (falsos).

Criterio	Confirmado	No-confirmado
Estructura lógica	100	55
Elaboración no estructurada	95	15
Cantidad de detalles	100	55
Engranaje contextual	100	35
Descripción de interacciones	100	30
Reproducción de conversación	70	0
Complicaciones inesperadas	70	0
Detalles inusuales	95	0
Detalles superfluos	100	5
Incomprensión detalles relatados con precisión	5	5
Asociaciones externas relacionadas	90	0
Relatos del estado mental subjetivo	90	30
Atribución estado mental del autor del delito	40	0
Correcciones espontáneas	100	10
Admisión de falta de memoria	75	35
Plantear dudas sobre el propio testimonio	10	0
Auto-desaprobación	25	0
Perdón al autor del delito	55	5

Finalmente, con relación al análisis de contenido científico (SCAN), que aunque se denomine científico, se fundamente exclusivamente en la intuición del evaluador (Sapir, 1987). En 1996 Porter y Yuille encontraron que la aproximación de la diversidad léxica no diferenciaba entre la verdad y la mentira.

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

Arce y Fariña (2005a, 2005b, 2006a, 2006b) con el propósito de evaluar la credibilidad del testimonio y la huella psíquica controlando, asimismo, una potencial simulación, han desarrollado y validado un protocolo psicológico forense, el *Sistema de Evaluación Global* (SEG). El SEG se estructura en torno a 9 fases que se enumeran y describen brevemente a continuación: obtención de la declaración, repetición de la declaración, contraste de las declaraciones hechas a lo largo del sumario, análisis del contenido de las declaraciones, análisis de la fiabilidad de las medidas, medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático (i.e., TEP, depresión, hipocondría), evaluación de la declaración de los actores implicados, análisis de personalidad de los actores implicados y finalmente, implicaciones para la presentación del informe.

- a) Obtención de la declaración. La declaración de las partes implicadas es 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 declaración 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, como era el caso de los presentados con anterioridad. 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. Se plantean tres hipótesis básicas en este punto. En primer lugar, como se está ante 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, aun 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) Contraste de las declaraciones hechas a lo largo del sumario. En conformidad con el SVA se recaban las otras declaraciones que se han realizado a lo largo del proceso judicial. No obstante, 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. En continuidad con lo anterior, es necesario reseñar la necesidad de tomar con precaución las confesiones por parte del acusado y, sobre todo, aquellas que se producen a cambio de beneficios para el declarante. Las técnicas comúnmente empleadas para la obtención de una confesión siguen estrategias que suponen amenazas, atribución de responsabilidad a causas externas, minimización de la gravedad del crimen o desarrollo de una relación personal con el sospechoso. Concretamente, la estrategia que sigue el dilema del prisionero para la obtención de la declaración puede conducir tanto a estrategias de cooperación como de competición que generan distorsiones en el testimonio (v. gr., Kelley y Stahelski, 1970). En relación con esto, una decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos (Miranda versus Arizona, 1966) declaró este tipo de interrogatorios como coercitivos.

- d) Análisis de contenido de las declaraciones. Para llevarlo a cabo se adoptará el procedimiento SVA/ CBCA. Tal como se había mencionado el SVA a través del estudio del sumario al completo, analiza la validez de la declaración, mientras que el CBCA centrado en el estudio del contenido de la declaración, la consistencia interna de la misma (fiabilidad). Si bien este procedimiento se ideó en un principio para el análisis de testimonios de menores víctimas de agresiones sexuales, también resulta efectiva su aplicación en adultos (p.e., Landry y Brigham, 1992; Sporer, 1997; Vrij et al., 1999; Zaparnuik, Yuille y Taylor, 1995), en secuencias medidas, y en otras casuísticas diferentes a la agresión sexual (Arce, Fariña y Freire, 2002; Porter y Yuille, 1996; Sporer, 1997). En estos casos es evidente que no todas las categorías resultan productivas; en esta línea, Landry y Brigham (1992) limitan el uso a 14 categorías con adultos ya que tres de ellas sólo serían aplicables a menores (incomprensión de detalles relatados con precisión, perdón al autor del delito y

detalles característicos de la ofensa) siendo, a su vez, otras dos (elaboración inestructurada y asociaciones externas relacionadas) no productivas. Por su parte, Arce, Fariña y Freire (2002) encontraron que la categoría “perdón al autor del delito” era productiva en las declaraciones de los adultos, tanto en casos de agresiones sexuales como de amenazas. En definitiva, a priori deberían considerarse todos los criterios a la hora de realizar el análisis debido a que su productividad estará en función del caso, de las particularidades de la acción a examinar y del perfil sociodemográfico del evaluado. Además, la combinación del RM con este procedimiento resulta posible y efectiva, ya que puede añadir sus efectos al análisis (Sporer, 1997; Vrij et al., 1999). Esta combinación mejora ligeramente la fiabilidad del sistema (en simulaciones), mediante la adicción al CBCA de los criterios de información perceptual y operaciones cognitivas del RM (Vrij, 2000). Por consiguiente resulta conveniente la inclusión de estos dos nuevos criterios a los del CBCA. Además este procedimiento puede ser aplicado en medidas repetidas.

- e) **Análisis de fiabilidad de las medidas.** Garantizar la fiabilidad de la medida del objeto pericial es sumamente trascendente, ya que por lo de ahora sólo se cuenta con un instrumento fiable y versátil, pero no una medida fiable. Para tal fin, 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

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.

- f) Medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático (trastorno de estrés postraumático). 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 sucesos 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 de los síntomas 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, tratada en los apartados precedentes, implica una tarea de conocimiento. Téngase presente que en más de 1000 pruebas que han llevado cabo hasta la fecha, incluidas simulaciones de daño psíquico, daño moral, enajenación mental, nunca más del 5% de los sujetos en condiciones de simulación fueron capaces de simular un TEP (Arce y Fariña, 2006a, 2006b). 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. No obstante, es necesario tener presente que no toda agresión produce el trastorno de estrés postraumático y la no presencia del trastorno no implica que la agresión no sea cierta. 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, se ha de continuar con la detección de la identificación de una o

más de las seis estrategias que la literatura ha descrito que adoptan los simuladores y que son productivas en formato de entrevista no directiva: síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, consistencia de síntomas, síntomas improbables y severidad de síntomas (para una definición y ejemplos de cada categoría, Rogers y Mitchell, 1991).

- g) Evaluación de la declaración de los actores implicados. En un principio, la técnica fue ideada para la evaluación del testimonio de la supuesta víctima, no obstante 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.
- h) Análisis de personalidad de los actores implicados. El estudio de la personalidad del supuesto agresor es muy relevante debido a que puede aportar los motivos explicativos de la agresión o cualquier enfermedad mental con implicaciones jurídicas relevantes. El procedimiento más recomendable consiste en el uso conjunto del MMPI con una entrevista clínica en formato de recuerdo libre. Además, este proceder facilita el análisis de la simulación que parece ser común entre los agresores (Rogers, 1997). La simulación viene definida en función de tres características (Gisbert, 1991): voluntariedad consciente del fraude, imitación de trastornos patológicos o sus síntomas y finalidad utilitaria, es decir, el simulador procura la obtención de unos beneficios. Para la medida de la simulación existe un protocolo elaborado por Arce, Pampillón y Fariña (2002) que será tratado en apartados posteriores.
- i) 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 “probablemente cierto”, “probablemente no cierto” y, si es necesario, “indeterminado”. Además, 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.

Recomendaciones para la puesta en práctica de estos procedimientos.

La fiabilidad de todo el procedimiento está, en última instancia en la habilidad del evaluador. Por lo tanto, ha de ser llevado a cabo por profesionales con alta 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; Arce, Pampillón y Fariña, 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, Fariña y Freire, 2002; Arce, Pampillón y Fariña, 2002; Rogers, 1997). Para finalizar, y adentrándonos en las demandas a la estructura judicial, convendría solicitar de la misma que facilite la intervención 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.

ESTUDIO DE LA SIMULACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO LEGAL.

A lo largo de este segundo punto, se persigue realizar una aproximación al campo de la simulación. Para tal fin, se tratará de presentar una definición de la misma, de exponer las diferentes tipologías de simulación y simuladores que han ido aparecido y, para rematar el apartado, se realizará un acercamiento a la temática de la detección de la simulación, presentándose el protocolo de medida de la simulación de Arce, Fariña y Pampillón (2002).

Definición de simulación

En el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; APA, 1995) 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. Según el manual 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.

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.

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.

Para el grupo de los simuladores permanentes Vallejo-Nájera estableció la siguiente tipología:

- a) Simulador inculto. Sujeto de escasa inteligencia y cultura.
- b) Simulador sugestionable. Individuo de personalidad psicopática con fuertes sentimientos de inseguridad que simula 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. En éste, la simulación responde a una necesidad de suscitar admiración y asombro en los demás para satisfacer su vanidad.
- f) Simulador emotivo. Éste se caracteriza por su timidez y cobardía. Simula por miedo al ridículo.
- g) Simulador amoral. 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, según se atienda a sus fines, naturaleza, causas, síntomas o formas de expresión, entre otras (véase Gisbert, 1991, para un análisis más profundo y detallado). A continuación, se presenta de forma resumida la clasificación orientada por las finalidades de la simulación, la naturaleza del fraude y las motivaciones de la simulación, que son las más operativas en términos psicológicos.

De acuerdo con las “finalidades” de la simulación, se diferencian los siguientes tipos:

- a) Simulación defensiva. El simulador pretende evitar una condena o sanción.
- b) Simulación ofensiva. El objetivo de la simulación es intentar dañar a otro mediante la atribución del origen del trastorno que finge.
- c) Simulación exonerativa. Cuando la finalidad de la simulación es la evitación de una obligación, se tipifica como exonerativa.
- d) Simulación lucrativa. El fin de la simulación es la pretensión de explotar la caridad de los demás.
- e) Simulación adulatora. La simulación de defectos o dolencias de sus maestros por parte de los discípulos se denomina adulatora.
- f) Simulación ambiciosa. Como la adulatora pero con el objetivo de obtener honor.
- g) Simulación afectiva. 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. En este caso la enfermedad existe realmente, pero el sujeto procura falsear su origen.
- 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.

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. Aldea (1994), sintéticamente, ha presentado el siguiente perfil del simulador:

- a) La simulación presenta una mayor frecuencia en hombres que en mujeres.
- b) La edad de comienzo se establece entre los 24 y los 56 años.
- c) El nivel sociocultural del simulador suele ser bajo.
- d) Con relación a su adaptación social, el simulador generalmente es oportunista y cambiante.
- e) 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.
- f) La mayor parte de los simuladores rechazan las evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente.
- g) La génesis de la perturbación es siempre consciente.
- h) El control de la sintomatología es siempre voluntario.
- i) La simulación persigue la consecución de una indemnización o algún tipo de ventaja.

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.

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).

Un buen número de investigaciones (p.e., Grote, Kaler y Meyer, 1986; Kane, 1999), en su mayoría realizados 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. No obstante, 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).

Desde esta línea, se plantea que para llevar a cabo una correcta evaluación en aquellos casos en que se sospecha la simulación, 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). Asimismo, 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, Kaler y Meyer, 1986). Además, debemos evitar mostrar expresiones de irritabilidad o incredulidad, pues podríamos generar que el individuo se pusiese a la defensiva (Miller y Cartlidge, 1959).

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), 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 sicopatología, 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. Recomendamos hacer uso de 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.

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. 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 veremos a continuación se han desarrollado una serie de estrategias de detección de simulación. Dentro de estas estrategias 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; Rogers, 1997). En este sentido, Sweet (1999) recomiendan 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.

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, memoria, o sintomatología específica.

Cuestionarios de personalidad.

MMPI y MMPI-2.

En 1994 Shuman manifestó que el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory de 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, 1997). El MMPI-2 es una versión revisada del original MMPI.

Nos encontramos ante un cuestionario de medida de la personalidad, consta de 566 ítems a los que 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 (responsabilidad, control, dominancia, etc.), 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:

- a) 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, 1997).

- b) 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 frases que hacen referencia a comportamientos socialmente aceptables, pero que pocas personas cumplen en todas las ocasiones.
- c) 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). 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, 1997).
- d) 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, 1997).

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):

- a) 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.
- b) Perfil en V: con L y K significativamente sobre F; señala que, posiblemente, la persona miente para dar buena imagen.
- c) 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).

Por su parte, Samuel, DeGirolano, Michals y O'Brien (1994) encontraron que, las personas inmersas en litigios por daño personal, omitían sus respuestas ante un mayor número de preguntas que otras personas. Además, cuanto menor era el tiempo transcurrido entre el daño y la evaluación mayor era la probabilidad de que se produjese un perfil inválido (motivado por un exceso de omisiones) (Kane, 1999). En el MMPI-2 el número de preguntas que los individuos dejan sin contestar es menor, debido a que, en esta nueva versión, se han eliminado cinco de los diez ítems del MMPI que con más frecuencia eran omitidos.

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 et al. (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 las siguientes:

- a) *Escala Fb*, contiene 40 ítems con una frecuencia de respuesta extremadamente baja.
- b) *Escala VRIN*, mide la consistencia de respuestas, por medio de pares de ítems cuyo significado es muy parecido o opuesto.
- c) *Escala TRIN*, diseñada para identificar a personas que tienden a responder sin atender al contenido de los ítems.

Aldea (1994) realizó una revisión de diferentes trabajos para detectar población simuladora (cfr., Beaber, 1985; Bernard, 1990; Binder, 1992; Gillis, 1991; Grignolo, 1988;

Hawk, 1989; Leeshaley, 1990-91) 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, Wasyliw, 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, Mouton, Bagby, Buis, Peterson y Buigas (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.

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, Rogers, 1997; Lyons y Wheeler, 1999; Pope, Butcher y Seelen, 2000).

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:

- a) Las respuestas a los ítems reflejan cuatro grados de aprobación (falso, ligeramente cierto, medianamente cierto y muy cierto).
- b) 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. No obstante, los escasos estudios realizados sobre la detección de simulación mediante el uso de este instrumento oorgan un efecto potencial al

PAI. 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.

Aunque estos investigadores comparten la idea de que el PAI puede resultar útil en la detección e la simulación, recomiendan usarlo como un método de acercamiento, con finalidad exploratoria.

Con posterioridad, el propio Rogers (Rogers et al., 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.

Posteriormente, Rogers, Ustad y Salekin (1998) realizaron un estudio con población penitenciaria para comprobar la validez del PAI. Lo que hicieron fue comparar 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.

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, 1995). 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, 1997):

- a) Complementación de la entrevista tradicional con medidas estandarizadas.
- b) Incorporar a la entrevista tradicional preguntas clínicas, que sirvan como fuente adicional de datos.
- c) Investigación de 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 los tres siguientes parámetros:

- a) Plantear preguntas idénticas en diferentes momentos.
- b) Realizar entrevistas colaterales a otros informadores.
- c) Utilizar la narrativa inestructurada o discurso libre del sujeto con preguntas estructuradas.

Rogers (1990) ofreció un modelo que introduce el estudio de cuatro estrategias de detección de psicopatología fingida: síntomas raros, síntomas obvios, síntomas improbables y agrupación indiscriminada de síntomas. Arce y Fariña (2001), posteriormente, completaron el modelo concretándolo en nueve estrategias que validaron en diferentes estudios. Dicho modelo incluye las siguientes 9 estrategias:

- 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).

De acuerdo con algunos de estos postulados, Cornell y Hawk (1989) observaron, tras realizar una valoración sistemática de las diferencias en la presentación clínica entre 39 simuladores y 25 pacientes psicóticos, que los primeros respondían con menos incoherencia, menos neologismos y más respuestas absurdas que los auténticos pacientes. Además, los simuladores mostraban un comportamiento más exagerado, mayor número de alucinaciones visuales y más síntomas falsos.

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). Existe una versión del SADS aplicable a niños y adolescentes (entre 6 y 18 años), el K-SADS (Ambrosini, 2000). 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, 1997). La estandarización del SADS permite un control sobre estas fuentes de variabilidad.

Rogers (1997) proporcionó 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, 1988; Rogers, 1987; 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), Rogers (1986) desarrolla esta entrevista estructurada 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 (Tesser y Paulhus, 1983; Tetlock y Manstead, 1985; Pollock, 1996), 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, 1997):

- 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, 1997), ya que posibilita distinguir entre sujetos honestos y simuladores (Rogers, Bagby y Dickens, 1992) y entre simuladores de distintos trastornos mentales, auténticos pacientes y sujetos normales, tal como evidencian varios estudios (Melton et al., 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.

Por su parte, 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 obtenidos a través de la entrevista completa, observándose una elevada consistencia entre ambas. Los datos obtenidos 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 et al., 1992; Hankins, Barnard y Robbins., 1993).

No obstante, 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.

A continuación veremos como diversos autores, con el objetivo de evaluar la eficacia del SIRS en la detección de sujetos simuladores, 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. A pesar de que 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.

Una tercera investigación, llevada a cabo por Kurtz y Meyer (1994) evaluó 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.

La utilidad de las escalas de la SIRS como detectoras de simuladores se confirmó, en base a sus significativas correlaciones con los índices de disimulación del Test M y los índices de simulación y consistencia de los ítems del MMPI, encontradas por Rogers, Gillis, Dickens y Bagby (1991). En este mismo, Ustad (1996) comprobó la validez de las escalas primarias del SIRS, comparándolas con diversas escalas del Test M (Beaber, Marston, Michelli y Mills, 1985) y del PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad; Morey, 1991) en una investigación con reclusos sometidos a tratamiento psicológico. Los resultados ofrecieron evidencia de la utilidad del SIRS para detectar posibles simuladores.

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 delinquentes adolescentes. No obstante, Rogers (1997) sostiene, que el SIRS debe ser utilizado con adolescentes sólo como una fuente de datos corroborativos, nunca como un determinante primario de simulación.

Rogers y Mitchell. (1991) mantienen que el SIRS debe ser utilizado como complementación del MMPI, pero nunca como sustituto. Gothard et al. (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.

Protocolo de medida de la simulación de Arce y Fariña (2007a, 2007b).

Para finalizar con este apartado dedicado a la simulación, se procederá con la exposición del Protocolo de Medida de la Simulación de Arce y Fariña. Éste establece una serie de criterios positivos y negativos que sirven de fundamento para el desarrollo del protocolo, y se detallan a continuación:

- a) Criterios positivos: la no evitación de respuestas y la deseabilidad social. Aquellos sujetos que sean evaluados por las escalas de control del MMPI en el sentido de que se abstienen significativamente de dar respuesta (Escala CS) y que tienden a dar respuestas de deseabilidad social, no siguen las estrategias típicas de simulación, lo que debe entenderse más como indicio de veracidad del protocolo que un intento de simulación. Es necesario recordar que este criterio se ha interpretado en términos forenses como un indicador fiable de simulación (v. gr., Rogers, 1992; Lewis y Saarni, 1993; Bagby et al., 1997). No obstante, esta relación no puede ser generalizada a otros contextos legales como la evaluación de daños. Así, cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el daño y la evaluación, mayor será la probabilidad de que se produzca un perfil inválido (debido a un exceso de omisiones) (Kane, 1999). Esto es, la evaluación necesita, en este contexto concreto, que el daño esté consolidado.

Según, Samuel et al. (1994) observaron que, personas implicadas en litigios por daño personal, dejaban más preguntas sin contestar que otras personas. Además, si se emplea el MMPI-2 es necesario tener presente que el número de preguntas que los individuos dejan sin contestar es menor, debido a que, en esta nueva versión, se eliminaron cinco de los diez ítems del MMPI que eran omitidos con más frecuencia.

- b) Criterios negativos. Los resultados obtenidos por Arce y Fariña evidencian que existe una serie de criterios negativos, es decir, que anulan o mitigan la validez del protocolo. Éstos son: 1) los sistemas de medición, MMPI, entrevista u otros, no detectan, en protocolos válidos, enfermedad mental (en otras palabras, si los instrumentos de medida no detectan enfermedad incapacitante alguna no se puede sostener la misma); 2) las escalas de control de validez y sus combinaciones detectan simulación; 3) la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y 4) ausencia de concordancia inter-medidas. El primer criterio es eliminatorio, esto es, si la enfermedad mental no es medible, no se puede sostener no imputabilidad por causa de enajenación mental (téngase presente que hemos excluido la oligofrenia o retraso mental). Los demás, por sí solos, no son determinantes, con lo que se requerirá, cuando menos, la complementación de dos criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir en relación a la no imputabilidad. Para estos últimos indicios de no validez es para los que formulamos el concepto de “invalidéz convergente” que requiere de, al menos, dos indicios de invalidéz para desestimar un protocolo como válido.

Todo ello llevó a los autores a formular el siguiente protocolo de actuación:

- a) Acudir a sistemas de medida complementarios y concordantes, en los que la simulación no sea una tarea fácil (MMPI, SCL-90-R, entrevista, entre otros posibles). Es aconsejable el empleo de dos sistemas de medida que impliquen tareas diferentes tal como reconocimiento (p.e., MMPI) y de conocimiento (p.e., entrevista no directiva). De recurrir a instrumentos psicométricos concordantes debe tenerse en cuenta que la tasa de consistencia no va a ser total. No debe olvidarse que incluso las medidas test-retest se alejan mucho de la perfección.

- b) Análisis de la consistencia interna de las medidas (tales como escalas de control, consistencia temporal en la entrevista, o consistencia interna de la entrevista en relación con el análisis de las seis estrategias que la literatura ha descrito que siguen los simuladores: síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, consistencia de síntomas, síntomas improbables, y severidad de síntomas).
- c) Se recomienda que dos evaluadores, por separado, lleven a cabo la evaluación, con lo que se podrá comprobar la consistencia inter-evaluador. Este sistema sirve para controlar posibles sesgos de medida e interpretación en el evaluador.
- d) Estudio de la fiabilidad: consistencia interna, inter-medidas, inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales, etc.), e inter-evaluadores (Wicker, 1975).
- e) Control de falsos positivos, es decir, enfermos reales considerados simuladores, mediante el estudio de los antecedentes e historia general del sujeto, de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez (véase Roig Fusté, 1993, Graham, 1992), y del cumplimiento de los criterios del Modelo de Decisión Clínica para el establecimiento de la simulación (Cunnien, 1997).
- f) Anamnesis o estudio de los antecedentes. En la realidad se cuenta con más información acerca del sujeto lo que facilita, cuando no determina la evaluación. De este modo, se puede reforzar la evaluación con los antecedentes del sujeto, los datos del entorno, un estudio de su comportamiento, el recabamiento de pruebas documentales, otros testimonios, etc.
- g) Estudio psicológico del grado de responsabilidad. Las medidas objetivas ofrecen datos relativos a la información biológica, pero ésta requiere de una complementación psicológica que clarifique la relación de la enajenación mental con la responsabilidad penal. Es necesario tener presente que ésta se refleja en las capacidades cognitivas o volitivas del sujeto que deben estar anuladas para ser declarado no imputable, o deterioradas para reducir su grado de responsabilidad. Todo ello referido al momento de los hechos.

- h) Para finalizar, puede ponerse también a prueba la validez discriminante. O lo que es lo mismo, realizar una medida no relacionada con el caso, tal como de valores o personalidad (16-PF, S.I.V., o S.P.V.), a la espera de que no guarde relación alguna con la evaluación objetivo y se deseche un intento de manipulación de la imagen, tanto en positivo como en negativo.

El sistema de evaluación debería ceñirse a la siguientes categorías: “probablemente simulador”; “probablemente no simulador”. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza, y utilizar estos términos probabilísticos, puesto que nuestros sistemas de evaluación, tal y como pudo verse en el presente estudio, están sujetos a error. No obstante, tal y como habíamos mencionado para los casos del Sistema de Evaluación Global y el Protocolo de medida de las secuelas psicológicas consecuencia de violencia de género y control de la simulación (Arce y Fariña, 2007a), 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 en mente la máxima “in dubio pro reo”, también aplicable al estudio de la imputabilidad, esto es, en caso de duda razonable decantarse a favor del acusado. Sería recomendable para estos casos recurrir a una tercera categoría “indefinido”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” supone la asunción de un riesgo más allá del margen de error científico.

PLANTEAMIENTO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

De las múltiples prestaciones que concede el Sistema de la Seguridad Social Española, destaca por su importancia social, laboral, sanitaria y económica, el subsidio por incapacidad temporal. De facto, en 2007 el Estado destinó un total de 7.313 millones de euros en los Presupuestos Generales, esto es, en torno al 0,7% del Producto Interior Bruto, a cubrir éstas (Sala y Salas, 2007). Pero ésta no es más que una parte del coste, pues indirectamente repercute gastos en el sistema de salud mental, en la productividad de las empresas o en la competitividad. Esta cifra no es un dato aislado, sino un continuum en el tiempo y, en contraste con la prevalencia de las enfermedades mentales y con las cifras de otros países de nuestro entorno, un estado de la cuestión previsiblemente sujeto a engaño o exageración.

En el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía se define el trastorno mental como “el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración” (BOE de 13 de marzo de 2000). No obstante, es preciso establecer el contenido de lo que puede ser objeto de una incapacidad temporal por trastorno mental. Para ello nos manejaremos en dos parámetros: la enfermedad ha de causar un déficit cognitivo o en el comportamiento que incapacite para el desempeño laboral y el carácter del daño ha de ser temporal (según el artículo 128 del R. D. 1/94, de 20 de junio, BOE de 29 de junio de 1994, de una duración prevista de hasta 12 meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación), en contraposición al permanente. Como consecuencia, se descartan los trastornos propios de incapacidad permanente, tal como la demencia, los trastornos disociativos⁶, la esquizofrenia o los trastornos psicóticos (esto es, aquellos que anulan las capacidades cognitivas o volitivas del sujeto o aquellos que las merman significativamente como para

⁶ Se excluyen los síntomas disociativos del Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno por Estrés Agudo y Trastorno de Somatización.

incapacitarlos laboralmente) porque han de ser objeto de un análisis de incapacitación, en su caso, permanente. Asimismo se descartan los trastornos propios de la infancia, aunque no sus plasmaciones en la edad adulta. Esto es así porque para ser un trabajador se ha de ser adulto (>16 años) y para ser objeto de baja se ha de estar en edad de trabajar y contar con historial laboral. Tampoco, por su propia naturaleza, se puede considerar como causa de una baja temporal ni el retraso mental, por su carácter permanente, ni los trastornos sexuales y de la identidad sexual, éstos porque no son causa en sí mismos de incapacidad laboral. Los trastornos cognoscitivos (demencia, delirium, trastornos amnésicos y otros), aunque puedan incapacitar temporalmente no son objeto de una evaluación forense mental porque lo imprescindible es la determinación de la etiología (v. gr., enfermedad médica, sustancias) a fin de poder establecer su alcance y curso. Por su parte, los trastornos inducidos por sustancias no son propios de la valoración de incapacidad temporal y, en todo caso, la evaluación de su estado y tratamiento correspondería no al técnico en evaluación de incapacidad por causa psíquica, sino a los profesionales de la evaluación y tratamiento de las drogodependencias. Por su parte, los trastornos de la conducta alimentaria no son objeto de una evaluación de incapacidad laboral temporal porque no se relacionan directamente con ésta. No obstante, de llegar a ser el caso su evaluación podría llevarse a cabo en términos biológicos. Finalmente, no pueden ser causa de incapacidad temporal los trastornos de la personalidad ya que en sí mismos son incompatibles con la temporalidad ya que se definen como un patrón *permanente e inflexible* de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Las causas que pueden llevar a una incapacidad laboral temporal pueden ser endógenas al sujeto (enfermedad común) o derivadas del propio trabajo (enfermedad profesional o accidente). Entra éstas últimas contamos el acoso laboral, estrés laboral, exigencias laborales, burnout, conflicto, exigencias profesionales y accidentes laborales. Las secuelas primarias de éstas (se clasifican como primarias porque posibilitan el establecimiento de una relación causa efecto entre las características y circunstancias del trabajo y las secuelas) son el Trastorno Adaptativo y, en algunos casos, el Trastorno de Estrés Postraumático, siendo los trastornos secundarios Somatización, Ansiedad, Depresión, Manías Persecutorias e Hipocondriasis (p.e, Ausfelder, 2000; Gómez, Burgos y Martín, 2002; González de Rivera, 2002; Leymann, 1996; Piñuel y Zabala, 2000). Estos trastornos secundarios son los referentes centrales de las causas endógenas junto cualquier

otro trastorno no permanente que pueda resultar en incapacitante para un desempeño laboral adecuado, a saber: los Trastornos del Sueño y el Trastorno Transitorio de Despersonalización. En suma, las causas de incapacidad laboral temporal por causa psíquica se circunscriben a los Trastornos del Estado del Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Somatomorfos (se excluyen los asociados a enfermedad médica), Trastornos del Sueño, y Trastornos Adaptativos (sólo referido al Trastorno Transitorio de Despersonalización).

Pero, en el contexto de evaluación médico-legal no es suficiente con diagnosticar un trastorno o trastornos, sino que ha de sospecharse simulación (American Psychiatric Association, 2002). Para este doble objetivo, el diagnóstico clínico y control de la simulación, la evaluación clínica tradicional no es válida ya que no informa sistemáticamente de simulación porque no la sospecha (Rogers, 1997a), siendo necesaria la adopción de una aproximación multimétodo para tal cometido (Rogers, 1997b). Dicha aproximación multimétodo ha de implicar la ejecución de tareas distintas: una evaluación psicométrica y una evaluación por medio de entrevista. La tarea de reconocimiento es abordada usualmente a través del MMPI-2 cuya eficacia en la detección de la simulación ha sido contrastada (i.e., Pope, Butcher y Seelen, 2006), mientras que en la entrevista se han utilizado entrevistas estructuradas como la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) (Spitzer, Williams, Gibbon y First 1995), la Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS) (Blake et al., 1998), la Structured Interview for PTSD (SIP) (Davidson, Malik y Travers, 1997) o la PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I) (Foa, Riggs, Daneu y Rothbaum, 1993). Ahora bien, los formatos de entrevista usados implican, al igual que la evaluación psicométrica, el sometimiento al participante a una tarea de reconocimiento de síntomas que facilita la ejecución del simulador al tiempo que dificulta la discriminación entre verdaderos enfermos y simuladores (Arce, Pampillón y Fariña, 2002).

En este contexto, nos planteamos llevar a cabo un estudio experimental con un doble objetivo. Primero, evaluar el potencial de simulación de un estado mental propio de una incapacidad temporal en una tarea de reconocimiento, el MMPI-2, y en una tarea de conocimiento, la entrevista clínico forense (Arce y Fariña, 2001). Segundo, conocer del potencial de detección del mismo de las escalas de validez del MMPI-2, de las configuraciones de las escalas de validez del mismo, del análisis de las estrategias de

simulación en la entrevista clínico-forense, de la consistencia inter-medidas y de su efecto acumulativo.

MÉTODO

Participantes

Para la realización del estudio tomamos 150 sujetos legos en psicopatología, trabajadores por cuenta ajena, el 24,7% (37) con afiliación sindical, que no habían estado en baja temporal por causa psíquica, 62 varones (41,3%) y 88 mujeres (58,7%), todos ellos mayores de 18 años, con un rango de edad entre los 18 y 64 años y un promedio de 32,65 ($DT=9,63$). Por lo que se refiere al estado civil, el 68,6% (103) estaban casados o vivían en pareja, el 28,7% (43) solteros, y el 2,7% (4) separados/divorciados. En lo referente al nivel de estudios, se tuvo en cuenta que todos dispusieran de una capacitación mínima para simular al tiempo que se controlaron posibles daños cerebrales o déficits en las funciones neuropsicológicas adquiridos por medio de entrevistas. Así, el 55,3% cursaban o habían cursado estudios universitarios habiendo concluido éstos el 32%, el 12% bachillerato, el 14% formación profesional y 18,6% completaran la enseñanza obligatoria. Salarialmente, los ingresos mensuales oscilaban entre aproximadamente los 600 y los 3000€, estando alrededor del 50% entre los 800 y los 1500€.

Diseño

La metodología de investigación empleada fue del tipo experimental y en un ambiente de simulación de alta fidelidad. De hecho, para dotar de mayor realismo a este experimento y para lograr una mayor implicación de los participantes, recurrimos al ofrecimiento de una recompensa de tipo económico (150 Euros) a las cuatro mejores simulaciones. En concreto, se planificó un diseño de medidas repetidas para conocer la capacidad de simulación de los participantes en el instrumento psicométrico de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense (Butcher y Miller, 1999), el MMPI-2, manipulando para ello las instrucciones administradas: respuesta al MMPI-2 bajo las *instrucciones estándar* y respuesta al MMPI-2 bajo *instrucciones de simulación* de daño psíquico. Éstas consistían en solicitarles que se pusiesen en el lugar de una persona

que simulaba una incapacidad laboral temporal por causa psíquica y a la que se le va valorar la salud mental al respecto. La falsa baja se justificaba en base a la obtención de algún beneficio asociado (v. gr., malestar familiar, problemas laborales, u otras causas). A su vez, se planificó un contraste de la ejecución de los sujetos en dos formatos de tarea distintos: tarea de reconocimiento en el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) y tarea de conocimiento en la *entrevista forense* (Arce y Fariña, 2001).

Instrumentos de medida

Como instrumentos de medida en la tarea de reconocimiento utilizamos la adaptación española de TEA del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999). Dados nuestros propósitos de medida de la salud clínica y de la simulación, tomamos las diez escalas clínicas básicas y las escalas de validez. 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 los 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), que 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.

Para el control de la validez de los protocolos, el MMPI-2 cuenta con cuatro escalas originales de validez: La Escala de No Respuestas (?), 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 (American Psychiatric Association, 2000), invalidándose un protocolo con 30 o más ítems no respondidos, aunque Graham (2006) advierte 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) fue construida para detectar a aquellas personas que intentan deliberadamente presentar una imagen socialmente deseable, tomando aquellos ítems que las sitúan en la posición social más favorable (disimulación), estableciéndose generalmente como punto de corte para la disimulación una puntuación T superior a 70 (Graham, 2006). La Escala F (Infrecuencia), 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 ($T > 70$) son indicativas de una potencial simulación (Bagby, Rogers, Buis y Kalembe, 1994). A su vez, calcularemos 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 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

de 30 en puntuaciones T (12 en puntuaciones directas) (Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 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 et al., 1997). Adicionalmente, el estudio de los resultados nos llevó a prestar atención al estudio del *Perfil en V* porque, si bien se dirige a la medida de la disimulación (Lachar, 1974), también puede un papel significativo a través de la validez discriminante en el análisis de la simulación.

Además de las escalas de validez estándar del protocolo, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con éstas, los indicadores adicionales de validez relacionados en la literatura previa con la simulación (Berry, Baer y Harris, 1991; Berry et al., 1996; Dearth et al., 2005; Graham, 2006; Greene, 1997; Jiménez y Sánchez, 2003; Rogers et al., 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 et al., 2003); puntuaciones directas en la Escala Ds ≥ 26 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989); y una puntuación T > 70 en 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 la diferencia en valores absolutos 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 los grupos normativos son 2,63 y 2,07, respectivamente, tomándose una T de ≥ 70 como punto de corte ($T_{70} = 6,77$).

En la tarea de conocimiento, los sujetos fueron sometidos a una “entrevista clínico forense” (Arce y Fariña, 2001). Esta entrevista es la adaptación de la entrevista cognitiva mejorada (Fisher y Geiselman, 1992) usada en el contexto forense por los psicólogos para obtener una evaluación del estado clínico. El procedimiento consiste, tras instaurar un ambiente agradable y explicar el propósito de la entrevista, en pedir a los sujetos que relaten, en formato de discurso libre, todo aquello que ha cambiado en su vida (i.e., síntomas, conductas, pensamientos) en relación a antes de presentar el estado que motiva la solicitud de una baja laboral temporal consecuencia de un deterioro en la salud mental.

Posteriormente se reinstauran, de ser necesario, contextos significativos (eje V del DSM-IV) para la evaluación clínica (i.e., relaciones interpersonales, el contexto de trabajo o académicos, relaciones familiares y, en su caso, de pareja). Finalmente, el entrevistador resume lo manifestado por el evaluado y, en la evaluación de casos reales, se cierra la entrevista con la desactivación emocional del evaluado. Se optó por este formato de entrevista frente a las entrevistas estructuradas como la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) (Spitzer et al., 1995) por la facilidad que suponen para una manipulación de las respuestas los instrumentos en los que los sujetos tienen que reconocer síntomas (tarea de reconocimiento) y no describirlos directamente, en función de lo que padecen (tarea de conocimiento), al ser incluidos los síntomas en las preguntas. La entrevista clínico forense presupone la asunción de que los casos clínicos son capaces de delimitar los síntomas, conductas y pensamientos que tienen a menos que no se muestren colaboradores, sufran lesiones neurológicas o padezcan una deficiencia mental (ambas contingencias se descartan en nuestro caso). En esta línea, estudios previos han mostrado que la entrevista clínico forense es fiable y productiva en el contexto forense (Arce et al., 2002; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006; Fariña, Arce y Novo, 2004).

Procedimiento

En un primer momento, la tarea de los participantes consistió en responder a la versión española del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) bajo las “instrucciones estándar” del propio MMPI-2 para un cotejo de su estado clínico. Se les comunicó que se iba a efectuar una evaluación clínica de cada uno de ellos y que, si lo deseaban, se les haría un informe de su estado clínico. Todos ellos participaron de forma voluntaria. Los pases se produjeron individualmente. Al terminar de cumplimentar el MMPI-2, se les solicitó la participación en un estudio sobre simulación. Si accedían a ello se les instruía en lo que denominamos “instrucciones de simulación”. Éstas consistían en solicitarles que se pusiesen en el lugar de una persona que, por diversos motivos (malestar familiar, problemas laborales, u otras causas), simulaba un estado clínico o exageraba un problema de salud mental para obtener una incapacidad laboral de carácter temporal. En línea con la revisión de Rogers (1997c), se prestó especial atención a que las instrucciones fueran comprensibles (se probaron previamente con un grupo control), específicas y contextualizadas en la incapacidad temporal. Además, se les informaba de la relevancia de los resultados para la detección de las falsas incapacidades (i.e., los costes que suponen

para la Seguridad Social, aseguradoras, producción de las empresas). La motivación para que los participantes se implicaran en la tarea de simulación se abordó mediante el ofrecimiento de una recompensa de tipo económico (150 Euros) a las cuatro mejores simulaciones (un incentivo que equivaldría, si tenían éxito en la tarea de simulación, a la obtención de la incapacidad temporal deseada entre los simuladores reales). No se les dio ninguna instrucción de entrenamiento, pero sí se les solicitó que hicieran sus presentaciones creíbles y que se implicaran en la tarea (se les advirtió a aquellos que por uno u otro motivo no pudieran o quisieran implicarse en la tarea que dejaran de participar en el estudio). Tras instruirlos, se les dio una semana de tiempo antes de la evaluación para que se formaran o entrenaran en lo que estimaran conveniente. Al cabo de una semana, los participantes fueron evaluados por medio de una entrevista clínico forense que fue grabada en vídeo para los subsecuentes análisis. Dos fueron los entrevistadores que recabaron los protocolos clínicos, repartiéndose en torno a la mitad de ellos cada uno. Aproximadamente una semana después, los participantes fueron evaluados de nuevo a través del MMPI-2 bajo las instrucciones de simulación. Finalmente, se procedió a un debriefing en el que se prestó atención a si los participantes habían ejecutado la tarea correctamente (recuerdo y comprensión de las instrucciones), a la motivación para participar, límites en la preparación y la preparación y grado de implicación en la tarea. De este modo supimos que los 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 los sujetos ya que mayoritariamente simulaban secuelas psicológicas propias de una incapacidad, discriminaron entre secuelas esperadas y no esperadas, y todos informaron, al menos, de un síntoma propio de un trastorno incapacitante en la entrevista clínico forense.

Análisis de los protocolos

Las entrevistas en formato de discurso libre, tras ser grabadas en vídeo, fueron sometidas a un análisis de contenido sistemático. El objeto de este análisis de contenido era detectar los criterios diagnósticos de daño en la salud mental. Las categorías de análisis fueron tomadas del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Así, creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistemas de categorías metódicas. De este modo se registraron todos los síntomas manifestados u observados en los simuladores que aparecen recogidos en el DSM-IV-TR.

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 en la codificación de la entrevista.

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, siendo el protocolo la unidad de análisis. 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. Además, el procedimiento se completa con un sistema de aproximaciones sucesivas para identificar nuevas categorías. Para ello, los codificadores disponían de una categoría abierta bajo la denominación de “otras estrategias” en la que incluían cualquier otra potencial estrategia de simulación que observaran a lo largo de la codificación de las entrevistas. 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).

Tras el análisis de contenido de la entrevista de cada sujeto, los codificadores evaluaban si, a tenor de los criterios detectados, se cumplía algún trastorno y, en su caso, si dicho trastorno era constitutivo de un estado d incapacidad temporal.

Entrenamiento de Codificadores

En este estudio participaron dos codificadores con experiencia previa en codificación de este tipo de material y con conocimientos de evaluación psicopatológica (Arce et al., 2002; Arce et al., 2006; Fariña et al., 2004). Los codificadores fueron exhaustivamente entrenados en estos sistemas de codificación. Para ello creamos unos manuales de codificación. En el primero se incluían las definiciones de los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV así como ejemplos de cada categoría obtenidos de otros estudios. El segundo recogía las definiciones de las categorías de análisis de las estrategias de simulación junto con ejemplos de cada categoría, tomados de estudios previos y de la escala *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) (Rogers, 1992). El entrenamiento consistió, tras presentarles y ejemplificarles cada categoría de análisis, en la ejecución con material similar al 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.

Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones

Los dos entrevistadores del estudio, entrenados y con experiencia en entrevistas clínicas en el campo forense, obtuvieron unos protocolos similares, tanto en términos de la sintomatología observada, $F(1,148)=1,22$; ns, como en las estrategias de simulación

detectadas, $F(1,148)=0,11$; ns. 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 (e.g., Arce et al., 2002; Arce et al., 2006; Fariña et al., 2004). En suma, los protocolos obtenidos son fiables.

Por lo que se refiere a la codificación de los protocolos, éstos se dividieron aleatoriamente en dos mitades asignando cada una a un codificador. Para calcular la fiabilidad intra-jueces, los codificadores repitieron, una semana después del fin de la codificación original, la codificación del 20% de las entrevistas que ellos mismos habían evaluado. Asimismo y para obtener la fiabilidad inter-jueces, cada codificador analizó el 20% de los protocolos que inicialmente había codificado el otro codificador.

Tabla 1. Índice de concordancia de las codificaciones.

<i>Variable</i>	<i>Intra 1</i>	<i>Intra 2</i>	<i>Inter 1-2</i>	<i>Inter 2-1</i>
Agresividad	1	1	1	1
Ni desea ni disfruta las relaciones personales	1	1	1	1
No tiene amigos íntimos ni personas de confianza	1	1	,875	1
Ideas delirantes	1	1	,875	,875
Escoge actividades solitarias	1	1	1	1
Se ve a sí mismo socialmente inepto o inferior a los demás	1	1	1	1
Se expresa con vocabulario limitado	1	1	1	1
Lagunas de memoria	1	1	1	1
Impulsividad	1	1	1	1
Pensamientos distorsionados	1	1	1	1
Escalofríos	1	1	1	1
Sudoración	1	1	1	1
Irritabilidad	1	1	1	1
Dificultad para controlar impulsos agresivos	1	1	1	1
Insomnio	1	1	1	1
Nerviosismo o inquietud	1	1	1	1
Alucinaciones	1	1	1	1
Carece de empatía	1	1	1	1
Pesadillas	1	1	1	1
Náuseas o molestias abdominales	1	1	1	1
Sospecha sin justificación que los demás le quieren hacer daño, o engañar	1	1	1	,875
Preocupación por dudas injustificadas acerca de la lealtad de los amigos o socios	1	1	1	1
Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información compartida pueda ser utilizada en su contra	1	1	1	1
Escaso interés por experiencias sexuales	1	1	1	1
Disfruta con pocas o ninguna actividad	1	1	,875	1
Alberga rencores durante mucho tiempo	1	1	1	1
En las observaciones o hechos más inocentes vislumbra	1	1	1	,875

<i>Variable</i>	<i>Intra 1</i>	<i>Intra 2</i>	<i>Inter 1-2</i>	<i>Inter 2-1</i>
significados ocultos que son degradantes o amenazadores				
Tristeza	1	1	1	1
Deterioro social, laboral u otras áreas	1	1	1	1
Labilidad emocional	1	1	1	1
Ausencia de remordimientos	1	1	1	1
Masoquismo sexual	1	1	1	1
Sadismo sexual	1	1	1	1
Ha utilizado arma que puede causar daño físico a otras personas	1	1	1	1
Ha manifestado crueldad física con animales	1	1	1	1
Cansancio	1	1	1	1
Frialdad emocional	1	1	1	1
Gran sentido de autoimportancia	1	1	1	1
Cree que es especial, solo puede ser comprendido o relacionarse con otros especiales	1	1	,875	1
Cree que los demás le envidian	1	1	1	1
Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios	1	1	1	1
Falta de concentración	1	1	1	1
Miedo a perder el control o a volverse loco	1	1	1	1
Cefalea tensional	1	1	1	1
Percibe ataques a su persona, no aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar	1	1	,875	1
Experiencias de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo	1	1	,875	1
Durante el episodio de despersonalización, el sentido de realidad permanece intacto	1	1	,875	1
Hipersomnia	1	1	1	,875
Restricción de la vida afectiva	1	1	1	1
Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas	1	1	1	1
Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan el acontecimiento traumático	1	1	1	1
Amnesia para el acontecimiento traumático	1	1	1	1
Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento	1	1	1	1
Experiencias perceptivas inhabituales	1	1	1	1
Susplicia e ideación paranoide	1	1	1	1
Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad	1	1	1	1
Al menos dos de las identidades controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo	1	1	1	1
Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales	1	1	1	1
Muestra rigidez y obstinación	1	1	1	1
Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida	1	1	1	1
Dificultades para tomar decisiones si no cuenta con excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás	1	1	1	1
Comportamiento raro (en cuanto a su estilo de vida)	1	1	1	1
Deterioro de memoria	1	1	1	1
Apatía	1	1	1	1

Variable	Intra 1	Intra 2	Inter 1-2	Inter 2-1
Alteraciones del ritmo del sueño	1	1	1	1
Disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades	1	1	1	1
Inserción de pensamientos	1	1	1	1
Aplanamiento afectivo	1	1	1	1
Estado de ánimo depresivo	1	1	1	1
Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales	1	1	1	1
Es reactivo a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar	1	1	1	1
Demuestra represión en la relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado	1	1	1	1
Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas	1	1	1	1
Le roban las ideas	1	1	1	1
Difusión de pensamiento	1	1	1	1
Lenguaje raro o desorganizado	1	1	1	1
Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas	1	1	1	1
Robos en la infancia	1	1	1	1
Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos	1	1	1	1
Llanto sin motivo	1	1	1	1
Descuido del cuidado personal	1	1	1	1
Miedo a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos	1	1	1	1
Confusión	1	1	1	1
Abulia	1	1	1	1
Interpersonalmente explotador, saca provecho de los demás para alcanzar sus metas	1	1	1	1
Aplanamiento afectivo	1	1	1	1
Abulia	1	1	1	1
Hipervigilancia	1	1	1	1
Aumento del apetito	1	1	1	1
Pérdida peso	1	1	1	1
Aumento peso	1	1	1	1
Pérdida de apetito	1	1	1	1
Ataques bulímicos	1	1	1	1
Sentimientos de culpa	1	1	1	1
Sentimientos de soledad y vacío	1	1	1	1
Frustración	1	1	1	1
Rumiaciones	1	1	1	1
Ideación suicida	1	1	1	1
Pensamientos recurrentes de muerte	1	1	1	1
Baja autoestima	1	1	1	1
Opresión o malestar torácico	1	1	1	1
Ansiedad	1	1	1	1

Variable	Intra 1	Intra 2	Inter 1-2	Inter 2-1
Angustia	1	1	1	1
Sensación de ahogo/falta de aliento	1	1	1	1
Tensión muscular	1	1	1	1
Comportamientos de evitación	1	1	1	1
Tartamudeo	1	1	1	1
Vértigos	1	1	1	1
Mareos/desmayos	1	1	1	1
Dificultad para tomar decisiones	1	1	1	1
Desesperanza	1	1	1	1
Inseguridad	1	1	1	1
Taquicardia/palpitaciones	1	1	1	1
Temblores	1	1	1	1
Trastorno en entrevista	1	1	1	1
Combinación de síntomas	1	1	1	1
Síntomas obvios	1	1	1	1
Síntomas sutiles	,85	,93	,84	,98
Síntomas raros	1	1	1	1
Síntomas improbables	1	1	1	1
Severidad de síntomas	,98	1	,97	1
No cooperación con evaluación	1	1	1	1
Inconsistencia de síntomas	1	1	1	1
Agrupación indiscriminada síntomas	1	1	1	1
Consistencia inter-medidas (psicométrica y entrevista)	1	1	1	1
Combinación de síntomas	1	1	1	1
Síntomas obvios	1	1	1	1
Síntomas sutiles	1	1	1	1
Síntomas raros	1	1	1	1
Síntomas improbables/absurdos	1	1	1	1
Severidad de síntomas	1	1	1	1
No cooperación con la evaluación	1	1	1	1
Inconsistencia de síntomas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Agrupación indiscriminada de síntomas	1	1	1	1

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

Se consideran evaluaciones concordantes aquellas que superan el punto de corte ,80 (Tversky, 1977), que es más restrictivo que los valores kappa. Contrastados nuestros resultados, que pueden verse en la Tabla 1, para los criterios clínicos del DSM-IV-TR y las estrategias de simulación, podemos sostener que las evaluaciones son consistentes inter-, intra-evaluadores, en el tiempo e inter-contextos. En suma, los datos son fiables (Wicker, 1975).

RESULTADOS

Estudio de la simulación en las escalas del MMPI-2

Para poder cumplir el primero objetivo de este estudio, conocer el potencial de simulación de una enfermedad mental incapacitante temporalmente procedimos a comparar las respuestas bajo la condición de instrucciones de simulación en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 con el punto de corte a partir del cual se tiene “la impresión diagnóstica” de que un sujeto es patológico ($T \geq 70$). Los resultados (ver Tabla 1) ponen de manifiesto que los sujetos igualan o sobrepasan significativamente este punto en las escalas clínicas de hipocondriasis, depresión, histeria de conversión, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e introversión social. Estos resultados confirman que los participantes instruidos para que simularan daño mental incapacitante son capaces de realizar una doble tarea: simular daño que consideran incapacitante temporalmente y no asumir otros daños que no estiman causa de incapacidad temporal (trastornos de género e hipomanía⁷). Por lo que se refiere a la efectividad de la simulación hallamos que aciertan en unos trastornos (depresión, hipocondriasis, histeria, psicastenia, inadaptación social) en tanto fallan en otros. No obstante, los mismos resultados también advierten de daños clínicos que, en su caso, no son causa de una incapacitación temporal, sino permanente (e.g., paranoia, esquizofrenia, y otros que no son causa de incapacidad (desviación psicopática). Finalmente, encontramos que los participantes, en la condición de simulación, no incluyen entre los daños psíquicos causa de incapacidad laboral temporal el padecimiento de un trastorno de género (masculinidad-feminidad) ni hipomaniaco. En otras palabras, los participantes son capaces de reconocer algunas patologías como impropias de la incapacitación temporal y abstenerse de asumir sus síntomas en una tarea de reconocimiento.

Tabla 2. T para una muestra con el valor de prueba de 70. Respuestas simuladas.

Escalas clínicas	t	p	M	Sx
Hipocondría	6,39	,000	77,25	13,90
Depresión	7,77	,000	78,51	13,42
Histeria	1,11	,241	71,03	11,46

⁷ Los episodios hipomaniacos, en contraposición con los maníacos, no provocan un deterioro social y laboral importante (American Psychiatric Association, 2002).

Desviación psicopática	2,74	,007	72,45	10,92
Masculinidad-feminidad	-23,75	,000	51,71	9,43
Paranoia	6,69	,000	77,35	13,44
Psicastenia	6,53	,000	75,63	10,57
Esquizofrenia	10,98	,000	83,47	15,14
Hipomanía	-10,57	,000	61,24	10,16
Introversión social	3,09	,193	72,96	11,72

Nota: *gl* (149).

Estudio del cambio en la evaluación clínica en el MMPI-2

Si bien de los resultados anteriores se desprende un potencial de simulación efectiva en las medidas directas e indirectas del daño psíquico relacionado con la incapacidad temporal, a la vez que confunden éste con otra sintomatología independiente, éstos no garantizan el mismo, ya que no se ha contrastado si los efectos ya estaban presentes previamente a la medida de simulación. Para poder dar respuesta a este interrogante, procedimos con un diseño de medidas repetidas a estudiar los efectos de las instrucciones en la medida clínica. Los resultados informan de un efecto multivariado mediado por el factor “instrucciones” (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación) en las escalas clínicas del MMPI-2, $F_{\text{multivariada}}(10, 140) = 107,55$; $p < ,001$; $\eta^2 = ,885$; $1-\beta = 1$. Además, la potencia de la relación es tal que el factor “instrucciones” da cuenta del 88,5% de la varianza.

Los efectos univariados, que pueden verse en la Tabla 3, nos indican que los participantes incrementan las puntuaciones en la dirección patológica en todas las medidas clínicas en la condición de “instrucciones de simulación”, en contraste con la respuesta bajo “instrucciones estándar”, donde encontramos normalidad clínica (M s alrededor de 50 en puntuaciones T). Asimismo, el estudio de casos descarta patología entre los participantes en la condición de “instrucciones estándar”. En suma, los sujetos siguen como táctica general de simulación “la asunción general de síntomas, pero no de forma sistemática (de hecho, no informan de patología relacionada con el género o de hipomanía)”.

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

Escalas	MC	F	p	Eta ²	M _{ie}	M _{is}	1-B
Hipocondriasis	69008,33	518,27	,000	,780	46,92	77,25	1
Depresión	86870,08	683,86	,000	,821	44,48	78,51	1
Histeria	44896,33	491,42	,000	,767	46,57	71,03	1
Desviación Psicopática	44359,68	499,77	,000	,770	48,13	72,45	1
Masculinidad-feminidad	152,65	2,03	,156	,013	50,29	51,71	,286
Psicastenia	70963,32	792,99	,000	,842	44,87	75,63	1
Paranoia	83600,21	641,83	,000	,812	43,96	77,35	1
Esquizofrenia	116900,28	746,86	,000	,834	43,99	83,47	1
Hipomanía	10956,56	183,00	,000	,551	49,15	61,24	1
<u>Introversión Social</u>	<u>40786,68</u>	<u>397,98</u>	<u>,000</u>	<u>,728</u>	<u>49,64</u>	<u>72,96</u>	<u>1</u>

Nota: *gl* (1; 149). M_{ie}= Media de la condición *instrucciones estándar*. M_{is}= Media de la condición *instrucciones de simulación*.

En el estudio de casos no hallamos sujeto alguno con un daño propio de una incapacidad laboral temporal mientras que bajo “instrucciones de simulación” simulaban una impresión diagnóstica ($T > 70$) de hipocondría el 72% ($n=108$), de depresión el 77,3% ($n=116$), de histeria el 60,7% ($n=91$), de psicastenia el 74,6% ($n=112$) y de introversión social el 65,3% ($n=98$), esto es, una patología compatible con la incapacidad laboral temporal. En términos de efectividad concreta encontramos que el 88% ($n=132$) de los sujetos en condiciones de respuesta bajo “instrucciones de simulación” lograba simular la impresión diagnóstica de, al menos, una causa compatible con la incapacidad laboral temporal.

Estudio de la simulación en las escalas de validez del MMPI-2

Estudio del cambio en las escalas originales o estándar del MMPI-2.

Mediante un contraste multivariado encontramos que las escalas de control de la validez de las respuestas son sensibles a la manipulación del factor simulación (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación), $F_{\text{multivariada}} (4,146)=142,598$; $p <$

,001; $\eta^2 = ,796$; $1-\beta=1$. Además de la significatividad del efecto, encontramos que dicho factor explica casi el 80% de la varianza.

Tabla 5. Contrastes univariados. Efecto de las instrucciones en las escalas de control del MMPI-2. Pruebas de los efectos intra-sujetos.

Escalas de control de validez	MC	F	p	η^2	Mie	Mis	1-B
Escala ? (No Respuestas)	10,45	8,63	,004	,055	0,51	0,14	,831
Escala L (Mentira)	12,40	0,18	,668	,001	48,33	48,73	,071
Escala F (Incoherencia)	113958,03	471,09	,000	,760	47,99	86,97	1
Escala K (Factor Corrector)	9701,45	203,92	,000	,578	51,30	39,93	1

Nota: *gl* (1;149). $\underline{M}_{ie}$ = Media de la condición *instrucciones estándar*. $\underline{M}_{is}$ = Media de la condición *instrucciones de simulación*.

Los contrastes univariados (ver Tabla 5) informan de un aumento significativo en los valores de la Escala F (Incoherencia), de un descenso en la Escala K (Factor Corrector), de un decremento en la Escala ? (Escala de No Respuestas), mientras que la escala L (Mentira) se mantiene constante. Estos resultados alertarían de una posible funcionalidad de las escalas de validez ?, F y K en el contexto forense.

Estudio de la potencia estadística y de clasificación clínica de las escalas estándar de validez.

Conocido el posible potencial de uso de estas escalas de validez para la detección de la simulación de una incapacidad temporal por causa psíquica, el siguiente paso a dar era averiguar la potencia estadística y la direccionalidad de la sensibilidad mostrada ante la simulación, a la vez que la robustez en la clasificación de casos, esto es, con diseños de $n=1$ tal y como es propio en la práctica forense.

El modelo criminológico explicativo de la simulación asume como estrategia básica del simulador la no respuesta o no cooperación en la evaluación (Lewis y Saarni, 1993; American Psychiatric Association, 2000). En el MMPI-2, ésta se mide a través de la Escala de Interrogantes (o, lo que es lo mismo, de no respuestas), cuyo punto de corte para anular un protocolo se establece en 30 ó más ítem sin respuesta. En nuestro caso, ninguno

de los participantes, en la condición de respuestas bajo “instrucciones de simulación”, fue detectado por este indicador como simulador. Aún es más, la tendencia observada estadísticamente incide en la dirección contraria: un descenso en el número de ítem no contestados en la condición de simulación (ver Tabla 5). Tampoco se anularía ningún protocolo por falta de cooperación en las repuestas bajo las instrucciones estándar. También se observa este mismo patrón de resultados con un punto de corte más conservador ($Pd=10$).

En la escala de validez L, que no es una medida de simulación sino de disimulación, puntuaciones muy altas ($T \geq 70$) estarían advirtiéndole que el sujeto estaría manipulando su imagen hacia la deseabilidad social. Obviamente, esta estrategia es contraria a los intereses del simulador con lo que no deberían presentar puntuaciones en esta línea. Los datos nos advierten que los simuladores no obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión, o lo que es lo mismo, que no manipulan las respuestas hacia la deseabilidad social, ($M= 48,73$; $DT= 10,58$), $t(149)=-24,62$; $p<,001$. Por su parte, el estudio de casos informa que 6 (4%) de los protocolos obtenidos bajo instrucciones de simulación y 2 (1,33%) recabados bajo las instrucciones estándar, presentan un estilo de respuestas propio de la deseabilidad social, o sea, de acuerdo con este indicador, estarían ocultando síntomas. En resumen, las respuestas de los simuladores no están sesgadas hacia la deseabilidad, pero la observación de respuestas orientadas a la deseabilidad social no es un indicador fiable de no simulación al hallarse por un igual en la condición de respuestas bajo las instrucciones estándar e instrucciones de simulación por lo que esta escala es totalmente improductiva para el estudio de la simulación.

El contraste de la media observada en la Escala F ($M=86,97$; $DT=21,44$), que mide características difícilmente aceptables por personas atentas, con el punto a partir del cual se obtiene la “impresión diagnóstica” de simulación ($T \geq 70$), nos advierte que estamos ante un indicador fiable de simulación, $t(149)=9,69$; $p<,001$. Por su parte, el estudio de casos puso de manifiesto que el 76% de los sujetos simuladores (114) eran clasificados correctamente por esta escala como simuladores, lo que lo convierte en un indicador de simulación mejor que el azar, $\chi^2(1, N=150)=40,56$; $p<,001$. No obstante, el margen de falsos negativos (no identificación como simuladores a éstos en la condición de respuestas bajo instrucciones de simulación), el 24% ($n=36$), es muy elevado, superando el margen de error admisible estadísticamente ($,05$), $Z(N=150)=1056$; $p<,001$. A su vez, en las respuestas bajo instrucciones estándar encontramos un 1,33% ($n=2$) de falsos positivos

($T > 70$), resultando una eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) del 74,67%.

El contraste de la media observada en la escala K en las respuestas de la condición de simulación ($M=39,92$; $DT=7,29$) con el punto de corte a partir del cual se informa de posible simulación ($T < 40$) nos indica que este estimador de la simulación no es estadísticamente efectivo, $t(149)=-0,12$; ns. Por su parte, el estudio de casos mostró una clasificación correcta como simuladores del 48% ($n=72$) de los participantes, con lo que no es un indicador fiable de simulación, $\chi^2(1, N=150)=0,24$; ns. Por lo que se refiere al estudio de los falsos positivos (advertencia de simulación en respuestas honestas), hallamos, en protocolos bajo instrucciones estándar, que el 7,3% (11) son informados por la Escala K como potenciales simuladores. En suma, la eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) de la Escala K en la detección de la simulación está en torno al 40%. Complementariamente, el estudio de casos revela que ninguno de los sujetos en una tarea de simulación presenta una puntuación T igual o superior a 65, esto es, no utilizan una estrategia de fingir una buena imagen de sí mismos, en tanto que el 10,67% (16) de los sujetos en la condición de respuestas bajo las instrucciones estándar es informado como disimulador por la escala K ($T \geq 65$).

Configuraciones de las escalas de validez.

Para el estudio de la validez de los protocolos, además de las escalas de validez estándar del MMPI (v. gr., “interrogantes”, L, K y F), también se han propuesto diversas combinaciones de las mismas. Éstas, en principio, constituyen índices más robustos con los que validar o invalidar los resultados obtenidos en el protocolo. Dos son las combinaciones de los índices de validez con implicaciones para la detección de la simulación que se han mostrado efectivas (Duckworth y Anderson, 1995): el índice F-K y el perfil en “V invertida”. De nuestros datos se desprende que la puntuación media obtenida en puntuaciones T ($M= 46,90$; $DT= 24,65$), $t(149)=8,40$; $p < ,001$, supera el punto de corte para sospechar simulación ($T \geq 30$). A su vez, el estudio de casos nos muestra que el índice F-K clasificaría correctamente al 73,3% (110) de los simuladores, lo que le convierte en robusto, $\chi^2(1, N=150)=32,67$; $p < ,001$, ya que el valor de clasificación correcta es superior al azar (5). Complementariamente, el índice F-K no clasificaría erróneamente como simuladores en la condición de respuestas bajo las instrucciones estándar a ningún

participante, restando una eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) del 73,3%. Por lo que se refiere al perfil en “V invertida” (v. gr., puntuaciones en L y K por debajo de 50 y puntuaciones $F > 80$) sólo permitió la correcta detección de 51 simulaciones, es decir, un 34% lo que le convierte en un indicador sensiblemente menos efectivo que el azar, $\chi^2(1, N=150) = 15,36$; $p < ,001$. Ahora bien, este índice no daría lugar a ninguna falsa alarma, esto es, identificar como simulador a ningún sujeto con respuestas honestas (instrucciones estándar). En suma, el perfil en “V invertida” no es un indicador robusto de simulación, pero no lleva a la comisión de falsos positivos (advertir de simulación en respuestas honestas). Por su parte, no observamos un “perfil en V”, un indicador de disimulación, en ningún protocolo ni en las respuestas de simulación ni en las honestas.

Estudio de las escalas adicionales de MMPI-2 para la detección de la simulación.

En la Escala Fb observamos un incremento significativo mediado por el factor instrucciones (ver Tabla 6) de modo que bajo las instrucciones de simulación los valores de Fb son mayores. Asimismo, contrastado el valor teórico de corte para la sospecha de simulación (T_{70}) con la media obtenida en la condición “instrucciones de simulación” ($M=86,69$; $DT=19,87$), encontramos que este estimador de simulación es fiable estadísticamente, $t(149)=10,29$; $p < ,001$. En el estudio de casos registramos un total de 121 (80,7%) respuestas de simulación detectadas como tales, esto es, esta escala clasifica correctamente a la mitad de las simulaciones, $\chi^2(1, N=150)=56,43$; $p < ,001$, aunque la probabilidad de falsos negativos (,193) es significativamente superior al admisible estadísticamente (,05), $Z(N=150)= 7,94$; $p < ,001$. En relación a los falsos positivos, la Escala Fb informa de simulación en el 2,7% de respuestas honestas ($n=4$) con lo que la eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) se cifra en torno al 53%.

La escala Fp es sensible al factor instrucciones (ver Tabla 6). En concreto, los valores de Fp son significativamente mayores bajo la condición de instrucciones de simulación. No obstante, comparada la media en la condición de instrucciones de simulación ($M=6,11$; $DT=4,56$) con el punto de corte para la simulación (puntuación directa > 7), los resultados mostraron que la escala Fp no es un indicador fiable de simulación, $t(149)=-2,40$; $p < ,05$. Por su parte, el estudio de casos pone de manifiesto una correcta clasificación de simuladores del 32,7% ($n=49$), con lo que clasifica la simulación pero que el azar (,5), $\chi^2(1, N=150)=18,03$; $p < ,001$. En todo caso, la probabilidad de falsos

positivos (informe de simulación en la condición de repuestas bajo condiciones estándar), es muy baja, el 0,7% ($n=1$), resultando una eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) del 32%.

Tabla 6. Efectos univariados en las escalas adicionales del MMPI-2 mediados por el factor “instrucciones”. Efectos intra-sujetos.

Escalas Adicionales de validez	MC	F	p	eta ²	M _{ie}	M _{is}	1-β
F posterior (Fb)	124236,75	569,88	,000	,793	45,98	86,69	1
Psicopatología Infrecuente (Fp)	1399,68	110,44	,000	,426	1,79	6,02	1
Disimulación de Gough (Ds)	26545,61	439,31	,000	,747	12,63	31,44	1

Nota: gl (1,149).). M_{ie} = Media de la condición *instrucciones estándar*. M_{is} = Media de la condición *instrucciones de simulación*.

El factor instrucciones (respuestas al MMPI-2 bajo instrucciones estándar vs. bajo instrucciones de simulación) media diferencias significativas (ver Tabla 6) en la Gough Dissimulation Scale (Ds). En concreto, en las respuestas bajo condiciones de simulación los valores de la Escala Ds son mayores. En la misma línea, la comparación de los valores de la Escala Ds en la condición de respuestas de simulación con el punto de corte para simulación (puntuaciones directas ≥ 26) revela que la Escala Ds es un indicador fiable de simulación, $t(149)=-6,38$; $p<,001$. Por su parte, en el estudio de casos encontramos que la Escala Ds clasifica correctamente como simuladores al 70,7% ($n=106$), esto es, mejor que el azar ($,5$), $\chi^2(1, N=150)=25,63$; $p<,001$, aunque la probabilidad de falsos negativos ($,293$) es superior a la admisible estadísticamente ($,05$), $Z(N=150)= 13,65$; $p<,001$. En las respuestas bajo instrucciones estándar hallamos que la Escala Ds erraría al señalar como simuladores (falsos positivos) al 3,3% ($n=5$) de los participantes. En suma, la efectividad neta de la Escala Ds estaría en el 67,4%.

Medidas de la inconsistencia de las respuestas.

Las escalas de validez TRIN y VRIN (ver Tabla 7) no son sensibles al factor instrucciones en tanto el estudio de casos invalida por falta de consistencia en las respuestas simuladas 6 (4%) en TRIN y 12 (8%) en VRIN. Por su parte, el índice F-Fb (ver Tabla 7) discrimina entre respuestas simuladas y honestas al tiempo que el estudio de casos advertiría de una potencial invalidez en el 55,3% (83) de los protocolos de respuestas

simuladas, cometiendo un 30% de falsos positivos (identificación como respuestas simuladas a respuestas honestas) resultando una eficacia neta (clasificaciones correctas – falsos positivos) del 25,3%. Aditivamente, dos criterios de inconsistencia anulan el protocolo en 8 casos (5,3%) y tres criterios en 2 (1,3%), con lo que la probabilidad de inconsistencia en las respuestas es similar al azar (,0), $Z(N=150)= 0,72$; ns. En suma, las respuestas de los simuladores son, en general, consistentes.

Tabla 7. Efectos univariados en las escalas adicionales de control del MMPI-2 mediados por el factor instrucciones. Efectos intra-sujetos.

Variables	MC	F	p	eta ²	M _{ie}	M _{is}	1-B
TRIN	0,65	8,48	,741	,001	9,93	9,84	,063
VRIN	22,96	15,12	,186	,012	7,04	7,59	,262
F-Fb	1056,56	25,82	,000	,148	5,69	9,45	,999

Nota: *gl* (1;100). M_{ie}= Media de la condición *instrucciones estándar*. M_{is}= Media de la condición *instrucciones de simulación*.

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

Dada que la eficacia aislada de las distintas medidas de la simulación en el MMPI-2 es muy limitada, procedimos a estudiar el efecto acumulativo de estos índices y sus configuraciones. Los resultados, cuyas contingencias pueden verse en las Tabla 8, para las escalas estándar de validez a las que añadimos la Escala Fb por estar disponible su valor para los forenses en la versión comercial del MPPI-2 (F, K, Fb, F-K, y perfil en “V invertida”) y Tabla 9, para todas las medias de simulación (F, K, Fb, F-K, perfil en “V invertida”, Ds y Fp), muestran que en las respuestas honestas pueden hallarse 2 ó 3 indicios de simulación, para las escalas estándar más Fb y todas las medidas de simulación, respectivamente. Así, para no cometer falsos positivos (advertir de simulación en respuestas honestas) es necesario verificar en el protocolo, al menos, 3 escalas estándar de validez más la escala Fb ó 4 de todas las medidas de simulación, con lo que la correcta clasificación de la simulación sería del 72%, con las escalas estándar y el 71,3% con todas las medidas de simulación, o, lo que es lo mismo, las medidas de control disponibles en la versión comercial del MMPI-2 gozarían de un valor de discriminación significativo entre

respuestas de simulación y honestas sin cometer falsos positivos $\chi^2(1, N=150)=29,04$; $p<,001$.

Tabla 8. Escalas e índices de validez disponibles en la versión comercial del MMPI-2 y número de simuladores detectados.

<u>Índices</u>	<u>Respuestas simuladas</u>	<u>Respuestas honestas</u>
0	14(9,3%)(9,3%)	135(86%)(90%)
1	20(13,3%)(22,7%)	13(8,7%)(98,7%)
2	8(5,3%)(28%)	2(1,3%)(100%)
3	34(22,7%)(50,7%)	
4	40(26,7%)(77,3%)	
5	34(22,7%) (100%)	

Nota: Las escalas e índices disponibles en la versión comercial del MMPI-2 son: F, K, Fb, F-K, y el perfil en “V invertida”.

Tabla 9. Todas las medidas de simulación del MMPI-2 y número de simuladores detectados.

<u>Índices</u>	<u>Respuestas simuladas</u>	<u>Respuestas honestas</u>
0	14(9,3%)(9,3%)	132(87,4%)(87,4%)
1	20(13,3%)(22,7%)	14(9,3%)(97,3%)
2	6(4%)(26,7%)	3(2%)(99,3%)
3	3(2%)(28,7%)	1(0,7%)(100%)
4	34(22,7%)(51,3%)	
5	23(15,3%) (66,7%)	
6	19(6,3%)(79,3%)	
7	31(10,3%)(100%)	

Nota: Medidas de simulación: F, K, Fb, F-K, perfil en “V invertida”, Ds y Fp.

Estudio de la simulación en una tarea de conocimiento: la entrevista clínico-forense

El análisis de contenido y la observación y registro conductual de la entrevista clínico-forense puso de manifiesto que todos los sujetos en la tarea de simulación eran capaces de introducir síntomas clínicos llegando el sujeto más productivo hasta un total de 29 síntomas, con un rendimiento promedio de unos 10 síntomas ($M=9,96$; $DT=4,65$).

En las declaraciones simuladas de daño psíquico asociado a una incapacidad laboral temporal (ver Tabla 10), se observa que los sujetos presentan los siguientes criterios de daño clínico más allá de lo esperado (la probabilidad de error estadísticamente admisible ,05), o sea, constituyen sintomatología accesible a la simulación:

- 1) Agresividad.
- 2) Dificultad o afectación de la relaciones interpersonales.
- 3) No tiene amigos o personas de confianza a parte de los familiares de primer grado.
- 4) Escoge actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas.
- 5) Se percibe a sí mismo como socialmente ineptos.
- 6) Irritabilidad.
- 7) Insomnio.
- 8) Nerviosismo o inquietud.
- 9) Náuseas o molestias abdominales.
- 10) Disfrute con pocas o ninguna actividad.
- 11) Tristeza.
- 12) Deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 13) Cansancio.
- 14) Falta de concentración.
- 15) Restricción de la vida afectiva.
- 16) Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas.
- 17) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan el acontecimiento traumático.
- 18) Susplicia e ideación paranoide.
- 19) Apatía.
- 20) Alteraciones del ritmo del sueño.
- 21) Disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- 22) Estado de ánimo depresivo.
- 23) Llanto sin motivo.
- 24) Abulia.
- 25) Pérdida de peso.
- 26) Aumento de peso.

- 27) Pérdida del apetito.
- 28) Rumiaciones.
- 29) Ansiedad.

De estos 29 síntomas clínicos, los simuladores han ejecutado la tarea correctamente en los siguientes síntomas: Dificultad o afectación de la relaciones interpersonales; irritabilidad; insomnio; nerviosismo o inquietud; náuseas o molestias abdominales; tristeza; deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo; cansancio; falta de concentración; restricción de la vida afectiva; reducción acusada del interés o participación en actividades significativas; malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan el acontecimiento traumático; apatía; alteraciones del ritmo del sueño; disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; estado de ánimo depresivo; llanto sin motivo; pérdida de peso; aumento de peso; pérdida del apetito; rumiaciones; y ansiedad. En este conjunto de síntomas hallamos criterios de trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos del estado del ánimo, trastornos del sueño, trastornos somatomorfos, y trastornos de la conducta alimentaria. Nosológicamente, dos son agrupaciones sintomáticas que parecen constituir la referencia de la simulación: la depresión y el trastorno adaptativo. Del cuadro depresivo en las simulaciones encontramos los criterios A1 (estado de ánimo depresivo; irritabilidad tristeza; apatía; y llanto); A2 (disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades); A3 (pérdida o aumento de peso); A4 (insomnio); A6 (cansancio); A7 (rumiaciones); A8 (falta de concentración); y C (deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo). Del trastorno adaptativo (podría llegar a ser un trastorno de estrés postraumático o por estrés agudo si el estresante fuera de intensidad extrema y se cumplieran los criterios diagnósticos de éstos, pero como no es el caso procede un trastorno adaptativo) registramos los criterios B4 (malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externo que recuerdan el acontecimiento traumático); C4 (reducción acusada del interés o participación en actividades significativas); C6 (restricción de la vida afectiva); D1 (alteraciones del ritmo del sueño); D2 (irritabilidad); y F (deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo).

Por su parte, han errado en los siguientes síntomas por no corresponderse con sintomatología clínica de trastornos que dan lugar a una incapacidad temporal: agresividad (trastornos de control de impulsos; trastornos relacionados con el consumo de sustancias;

trastorno antisocial de la personalidad); no tiene amigos o personas de confianza a parte de los familiares de primer grado (trastorno esquizoide de la personalidad); escoge actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas (trastorno esquizoide de la personalidad); se percibe a sí mismo como socialmente inepto (trastorno de la personalidad por evitación; trastorno de la personalidad por dependencia); disfrute con pocas o ninguna actividad (trastorno esquizoide de la personalidad); y abulia (esquizofrenia; trastorno delirante). Por lo que se refiere a las manías persecutorias, si bien son propias de trastornos psicóticos, se admiten en el contexto de un acoso laboral si se relacionan con persecuciones con un referente real. En suma, los simuladores se equivocan fundamentalmente con la inclusión de síntomas propias de trastornos de personalidad y, especialmente, con tendencias psicóticas.

De estos mismos datos (ver Tabla 10) también se desprende que hay una sintomatología propia de una enfermedad mental causa de incapacidad temporal no accesible a la simulación ($p \leq 0,05$), esto es, sutil: déficit de memoria; pensamientos intrusos de carácter recurrente; escalofríos; sudoración; alucinaciones; pesadillas; miedo a volverse loco; cefalea tensional; hipersomnia; dificultades para tomar decisiones; miedo a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos; confusión; aumento peso; ataques bulímicos; sentimientos de culpa; y frustración. A la que hay que añadir toda aquella otra sintomatología clínica que no se ha registrado en la entrevista clínico forense. Esta sintomatología es de esencial interés para el control de los falsos positivos. Complementariamente observamos sintomatología errónea, o sea, que han introducido en la tarea de simulación pero que no se corresponde con un daño clínico propio de una incapacidad laboral temporal, a saber: ideas delirantes; expresarse con vocabulario limitado; impulsividad; dificultad para controlar impulsos agresivos; carencia de empatía; sospecha sin justificación que los demás le quieren hacer daño, o engañar; preocupación por dudas injustificadas acerca de la lealtad de los amigos o socios; reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información compartida pueda ser utilizada en su contra; escaso interés por experiencias sexuales; albergar rencores durante mucho tiempo; en las observaciones o hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores; labilidad emocional; frialdad emocional; creer que los demás le envidian; comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios; percepción de ataques a su persona, no aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar; experiencias de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo; durante el episodio

de despersonalización, el sentido de realidad permanece intacto; experiencias perceptivas inhabituales; preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales; muestra rigidez y obstinación; necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida; comportamiento raro; deterioro de memoria; inserción de pensamientos; aplanamiento afectivo; estar preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales; ser reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar; demostrar represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado; evitar trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas; irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; robos en la infancia; patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos; descuido del cuidado personal; y sentimientos de soledad y vacío.

Tabla 10.

Variable	Proporción observada	Z	p
Agresividad	,173	6,83	,001
Dificultad o afectación de la relaciones interpersonales	,46	22,78	,001
No tiene amigos íntimos ni personas de confianza	,093	2,38	,05
Ideas delirantes	,02	-1,67	ns
Escoge actividades solitarias	,193	7,94	,001
Se ve a sí mismo socialmente inepto	,173	6,83	,001
Se expresa con vocabulario limitado	,007	-2,39	,05
Déficit de memoria	,047	0,16	ns
Impulsividad	,06	0,56	ns
Pensamientos intrusos de carácter recurrente (obsesivos)	,02	-1,67	ns
Escalofríos	,02	-1,67	ns
Sudoración	,06	0,56	ns
Irritabilidad	,56	25,56	,001
Dificultad para controlar impulsos agresivos	,02	-1,67	ns
Insomnio	,527	26,5	,001
Nerviosismo, inquietud	,327	15,39	,001
Alucinaciones	,013	-2,06	,05
Carece de empatía	,007	-2,39	,05
Pesadillas	,073	1,28	ns
Náuseas o molestias abdominales	,107	3,17	,001
Sospecha sin justificación que los demás le quieren hacer daño, o engañar	,047	-0,17	ns
Preocupación por dudas injustificadas acerca de la lealtad de los amigos o socios	,047	-0,17	ns
Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información compartida pueda ser utilizada en su contra	,04	-0,56	ns
Escaso interés por experiencias sexuales	,067	0,94	ns
Disfruta con pocas o ninguna actividad	,367	17,61	,001
Alberga rencores durante mucho tiempo	,013	-2,06	,05
En las observaciones o hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores	,013	-2,06	,05
Tristeza	,247	10,94	,001
Deterioro social, laboral u otras áreas	,74	38,33	,001

Variable	Proporción observada	Z	p
Labilidad emocional	,013	-2,06	,05
Cansancio	,413	20,17	,001
Frialdad emocional	,02	-1,67	ns
Creer que los demás le envidian	,013	-2,06	,05
Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios	,013	-2,06	,05
Falta de concentración	,213	9,06	,001
Miedo a perder el control o a volverse loco	,02	-1,67	ns
Cefalea tensional	,08	1,67	ns
Percibe ataques a su persona, no aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar	,027	1,67	ns
Experiencias de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo	,007	-2,39	,05
Durante el episodio de despersonalización, el sentido de realidad permanece intacto	,007	-2,39	,05
Hipersomnia	,053	0,17	ns
Restricción de la vida afectiva	,16	6,11	,001
Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas	,16	6,11	,001
Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan el acontecimiento traumático	,087	2,06	,05
Experiencias perceptivas inhabituales	,007	-2,39	,05
Susplicia e ideación paranoide	,107	3,17	,001
Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales	,08	1,67	ns
Muestra rigidez y obstinación	,007	-2,39	,05
Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida	,007	-2,39	,05
Dificultades para tomar decisiones si no cuenta con excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás	,007	-2,39	,05
Comportamiento raro (en cuanto a su estilo de vida)	,007	-2,39	,05
Deterioro de memoria	,027	1,67	ns
Apatía	,46	22,78	,001
Alteraciones del ritmo del sueño	,233	10,17	,001
Disminución acusada del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades	,293	13,5	,001
Inserción de pensamientos	,007	-2,39	ns
Aplanamiento afectivo	,02	-1,67	ns
Estado de ánimo depresivo	,493	24,61	,001
Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales	,073	1,28	ns
Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar	,013	-2,06	,05
Demuestra represión en la relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado	,013	-2,06	,05
Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas	,013	-2,06	,05
Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas	,007	-2,39	,05
Robos en la infancia	,007	-2,39	,05
Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos	,013	-2,06	,05
Llanto sin motivo	,247	10,94	,001
Descuido del cuidado personal	,08	1,67	ns
Miedo a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos	,02	-1,67	ns
Confusión	,04	-0,56	ns
Abulia	,347	16,5	,001
Aumento del apetito	,013	-2,06	,05
Pérdida peso	,08	1,67	ns
Aumento peso	,013	-2,06	,05

Variable	Proporción observada	Z	p
Pérdida de apetito	,34	16,11	,001
Ataques bulímicos	,02	-1,67	ns
Sentimientos de culpa	,053	0,17	ns
Sentimientos de soledad y vacío	,02	-1,67	ns
Frustración	,053	0,17	ns
Rumiaciones	,213	9,06	,001
Ideación suicida	,033	-0,94	ns
Pensamientos recurrentes de muerte	,027	1,67	ns
Baja autoestima	,027	1,67	ns
Ansiedad	,113	3,5	,001
Angustia	,073	1,28	ns
Sensación de ahogo/falta de aliento	,053	0,17	ns
Tensión muscular	,007	-2,06	,05
Comportamientos de evitación	,013	-2,06	,05
Tartamudeo	,007	-2,39	,05
Vértigos	,007	-2,39	,05
Mareos/desmayos	,047	-0,17	ns
Dificultad para tomar decisiones	,013	-2,06	,05
Hipervigilancia	,027	1,67	ns
Sentimientos de desesperanza	,04	-0,56	ns
Taquicardia/palpitaciones	,067	0,94	ns
Temblores	,033	-0,94	ns

El estudio de casos clínicos nos advierte que 4 (2,7%) de los participantes fueron capaces de simular efectivamente un trastorno que pudiera ser causa de incapacidad laboral temporal. En suma, la accesibilidad de la simulación en la tarea de conocimiento es similar a la significatividad estadística (.05) y el grado de dificultad de simulación es mayor en la tarea de conocimiento (.027; n=4) que en la de reconocimiento (.88; n=132), $\chi^2(1)=120,47$; $p<,001$.

Estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense.

El primer dato reseñable es que ninguno de los sujetos recurre a la estrategia general descrita en el modelo criminológico (American Psychiatric Association, 2000) “la no cooperación con la evaluación” (medida a través de la evitación de la evaluación o no respuesta) y, contrariamente a la propuesta de Lewis y Saarni (1993), no fue advertida en ningún caso la falta de consistencia entre los síntomas manifestados por el sujeto en su evaluación y lo observado por el codificador. Entre las categorías productivas encontramos (véase la Tabla 11) que la referencia a sintomatología obvia, es decir, síntomas que se relacionan popularmente con la locura (Greene, 1980), conforma una estrategia efectiva en la detección de los simuladores de incapacidad temporal por causa psíquica. Asimismo, los simuladores informan de síntomas sutiles (esto es, advierten padecer problemas cotidianos que no son propios de un daño psíquico causa de incapacidad laboral temporal). También

señalan que presentan síntomas raros o, lo que es lo mismo, síntomas que difícilmente se observan incluso en poblaciones psiquiátricas. Además, observamos que los simuladores se valen de la *combinación de síntomas*, esto es, agrupan indiscriminadamente síntomas o informan de síntomas que es muy poco probable que se den conjuntamente. A su vez, los resultados muestran un impacto significativo en los protocolos de simuladores de la estrategia síntomas improbables; en otras palabras, relatos de síntomas con carácter fantástico o ridículo. Finalmente, los simuladores confieren a los síntomas informados una alta severidad. Por su parte, los simuladores (ver Tabla 11) acuden con una frecuencia significativa ($>,05$) a las estrategias de simulación “síntomas obvios”, “síntomas sutiles”, “síntomas raros”, y severidad de síntomas, en tanto acuden muy ocasionalmente ($p \leq ,05$) a las estrategias “combinación de síntomas” y “síntomas improbables”. Acumulativamente, los participantes utilizaron alguna de las estrategias habituales de simulación en el 78,7% de los protocolos con lo que este indicador de simulación es más fiable que el azar ($p = ,5$), $\chi^2(1, N=150)=49,31$; $p < ,001$.

Tabla 11. Puntuaciones Z para las estrategias observadas con un valor de prueba de ,05.

<u>Estrategia</u>	<u>Proporción observada</u>	<u>Z</u>	<u>p</u>
Síntomas obvios	,267	12,19	,001
Síntomas sutiles	,680	35,39	,001
Síntomas raros	,120	3,93	,001
Combinación de síntomas	,004	-0,56	ns
Síntomas improbables/absurdos	,004	-0,56	ns
Severidad de síntomas	,220	9,55	,001

Note: *gl* (1). Las estrategias “no cooperación con la evaluación” e “inconsistencia de síntomas” fueron improductivas.

Estudio global de la detección de la simulación

El estudio de casos pone de manifiesto que de los 7 sujetos que lograron simular un trastorno mental causa de una incapacidad laboral temporal en la entrevista, todos fueron capaces de simular en el MMPI-2 un trastorno propio de una incapacidad temporal (depresión, hipocondriasis, histeria). En otras palabras, 7 participantes fueron diligentes a la hora de simular un trastorno psicológico causa de incapacidad laboral temporal inter-

instrumentos de medida. Ahora bien, la consistencia inter-instrumentos no fue total. De hecho, en la medida psicométrica también habían simulado otros daños clínicos inesperados y que no se verificaron en la entrevista clínico forense (p.e., paranoia, esquizofrenia). Finalmente, estos 7 sujetos fueron detectados como simuladores tanto por las medidas de la consistencia interna de la entrevista (i.e., síntomas sutiles, síntomas raros, combinación de síntomas) como del instrumento psicométrico (F, K, Fb, F-K, perfil en “V invertida”, Ds y Fp). En concreto, no menos de 6 de estos indicadores informaban de simulación.

DISCUSIÓN

Previamente al establecimiento de unas conclusiones e inferencias de los resultados aquí mostrados es preciso llevar a cabo una reflexión sobre el alcance y limitaciones de los mismos. Tres son las precisiones que merece el presente estudio al respecto. Primera, la tarea que desempeñan los sujetos no es real, esto es, no sufren las consecuencias de una enfermedad mental incapacitante para el trabajo ni van a recibir la subsecuente baja laboral por incapacidad temporal. Asimismo, tampoco son simuladores en un contexto real. Si bien hemos contrastado que los participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente y se habían implicado en la misma, la generalización a contextos reales ha de realizarse con cautela (Konecni y Ebbesen, 1979). Segunda, nuestros sujetos son sólo simuladores con lo que no disponemos de verdaderos enfermos para contrastarlos con los simuladores. Asimismo, los resultados de este estudio, al no contar con una muestra clínica de contraste, sólo son generalizables a sujetos con un estado pre-mórbido de normalidad. En todo caso, ha de tenerse presente que éste es el contexto habitual de evaluación forense. Tercera, dado que diferentes procesos de victimación provocan secuelas clínicas diferentes y que los sujetos utilizan diferentes estrategias de simulación según sea el caso, los resultados no pueden generalizarse a otros contextos forenses que no sean lo relacionados con la incapacidad laboral temporal por causa de enfermedad mental (O'Donnell et al., 2006; Koch, Douglas, Nicholls y O'Neill, 2006).

Con estas matizaciones en mente, de los anteriores resultados se pueden dibujar las siguientes conclusiones:

- a) La simulación en el MMPI-2 del daño psicológico compatible con una causa de baja laboral temporal es muy fácil (88%), por lo que el hallazgo de ésta en este

instrumento no es prueba de realidad de daño. Esta misma facilidad para la simulación se ha encontrado sistemáticamente en tareas que se basan en el reconocimiento de síntomas, tal como checklist, entrevistas estructuradas o instrumentos psicométricos (i.e., Burges y McMillan, 2001; Less-Haley y Dunn, 1994). En suma, la verificación en una tarea de reconocimiento de daño psicológico no es prueba válida y suficiente en la evaluación forense.

- b) Las respuestas de los participantes en el MMPI-2 en condiciones de simulación no son inconsistentes (VRIN, TRIN y el índice F-Fb), es decir, los simuladores no sólo son capaces de simular daño psíquico, sino que las respuestas son consistentes. En otras palabras, los simuladores en una tarea de reconocimiento adoptan la estrategia de content-responsive faking (CRF) (Nichols, Greene y Schmolck, 1989); es decir, evalúan si el contenido de cada ítem es favorable o desfavorable para la creación de una impresión de enfermedad mental incapacitante temporalmente.
- c) Contrariamente a las predicciones del modelo criminológico (Lewis y Saarni, 1993; American Psychiatric Association, 2000), los simuladores asumen una estrategia de cooperación en la evaluación tanto en el MMPI-2 (ningún protocolo incluye 10 o más no respuestas) como en la entrevista clínico forense (todos los protocolos incluyen, al menos, un síntoma propio de un deterioro mental causa de incapacidad temporal).
- d) De todas las medidas de simulación del MMPI-2 (i.e., F, K, Fb, F-K, perfil en “invertida V”, Ds, y Fp) sólo la Escala F (76%), la Escala K (48%), F-K (73,3%); la Escala Fb (80,7%), y la Escala Ds (70,7%) presentan una eficacia discriminativa entre repuestas honestas y simuladas superior o igual al 50%, permitiendo, en todo caso, un margen de falsos positivos inadmisibles. Todo ello conduce a que estos indicadores de simulación hayan de ser considerados acumulativamente.
- e) Para discriminar entre respuestas honestas y simuladas sin cometer falsos positivos es necesario verificar las escalas e índices de validez disponibles en la versión comercial del MMPI-2 (i.e., F, K, Fb, F-K, el perfil en “V invertida”), al menos, 3 indicadores de simulación, o 4 entre todas las medidas de simulación (v. gr., F, K, Fb, F-K, perfil en “V invertida”, Ds y Fp). Con estos criterios de decisión se detectaría al 72% de los simuladores, dejando un margen de error inasumible en la práctica forense, el 28%. Todo ello sin tener en cuenta la probabilidad de identificación como simuladores (falsos positivos) de casos reales de daño psicológico incapacitante temporalmente. En consecuencia, las medidas de validez del MMPI-2 no son prueba válida y suficiente para tal fin.

- f) En la entrevista clínico-forense la simulación es poco accesible, pero puede llegar a simularse en ella. Esta menor accesibilidad de la simulación entendemos que se debe a que el simulador es sometido a una tarea de conocimiento de la sintomatología lo que le dificulta la reproducción de los criterios diagnósticos propios de las enfermedades mentales ligadas a una incapacidad temporal. Por el contrario, los verdaderos enfermos pueden informar de los síntomas que padecen, pero el psicólogo o psiquiatra forense ha de tener presente que si no lleva a cabo adecuadamente la entrevista clínico-forense puede que el sujeto con un causa psíquica de incapacidad temporal no informe de los criterios diagnósticos de tal síndrome.
- g) El estudio de la consistencia interna de las entrevistas a través de las estrategias de simulación se ha mostrado como un indicador fiable de simulación al clasificar correctamente al 78,72% de los protocolos de simulación como tales, pero no es prueba suficiente para la práctica forense pues la probabilidad de falsos negativos no sólo no es 0, sino que es mayor incluso de la asumible estadísticamente ($\pm,20$).
- h) Para la práctica forense, la entrevista clínico-forense y el control de consistencia interna de ésta no son prueba totalmente suficiente pues admite una cierta probabilidad de falsos positivos (,027). En conclusión, la evaluación psicológica de la incapacidad temporal y el control de la simulación requiere de una aproximación multimétodo.
- i) Con la utilización de una aproximación multimétodo (evaluación psicométrica en el MMPI-2 y entrevista clínico forense) se añade un nuevo criterio de evaluación: la consistencia inter-medidas. Los resultados del estudio con simuladores muestran que los efectivos en la entrevista clínico-forense también lograron simular una causa psíquica de incapacidad temporal en el MMPI-2, pero no son consistentes en otras patologías.
- j) Con una aproximación multimétodo se puede llegar a detectar a todos los simuladores pero no sabemos con exactitud cuántos casos verdaderos de sujetos con causa de incapacidad temporal no serían informados como tales. Por ello, el forense ha de tomar medidas para la no comisión de falsos positivos (informar como simulador a un caso real) tal como contrastar el Clinical Decision Model for Establishing Malingering (Cunniem, 1997); la verificación en la entrevista clínico-forense de sintomatología de enfermedades mentales causa de incapacidad temporal no accesible (i.e., déficit de memoria; pensamientos intrusos de carácter recurrente; escalofríos; miedo a volverse loco; cefalea tensional; hipersomnia; dificultades para

tomar decisiones; miedo a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos) o la presencia de criterios positivos de no simulación en el MMPI-2, es decir, que no se observan en los protocolos simulados ($K \geq 65$, más de 10 no respuestas; “perfil en V”).

En resumen, el juicio forense corresponde al forense que ha de formarlo sobre la base de una aproximación multimétodo y de la verificación de daño psicológico propio de una incapacidad laboral temporal en ambos métodos de medida. Si se ha encontrado este daño en la salud mental en ambos métodos, el forense en su juicio habrá de tener presente todas las medidas de consistencia (las medidas de validez del MMPI-2, las estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense; la consistencia inter-medidas tanto en el daño esperado como en otras medidas de la salud mental). Si la evaluación pasa todos estos controles, el juicio será que el sujeto tiene un daño en la salud mental compatible con una baja laboral temporal. Para responder a la demanda legal de establecer una relación causa efecto entre el daño y la baja laboral, el psicólogo forense se valdrá de los motivos que se relacionen en la entrevista clínico forense con los síntomas. Finalmente, antes de descartar una evaluación por simulación, el forense habrá de verificar que no esté ante un falso positivo.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- 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. (1992). Deception detection and reality monitoring: A new answer to an old question? En F. Lösell, D. Bender y T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law. International perspectives*. (pp. 328-332). Berlín: Walter de Gruyter.
- 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 (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anderson, R. C. y Pichert, J. S. (1978). Recall of previously unrecalable 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, M. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M. 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. 407-42). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (2005a). El Sistema de Evaluación Global (SEG) de la credibilidad del testimonio: Hacia una propuesta integradora. En R. Arce, F. Fariña y M. Novo (Eds.), *Psicología jurídica* (pp. 101-118). Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005b). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77.

- Arce, R. y Fariña, F. (2006a). 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. (2006b). 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). Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicológico-forense de la imputabilidad. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa. (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención* (pp. 59-65). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de València.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007b). 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. (2007c). 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., 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. 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., Novo, M. y Alfaro, M. E. (2000). La obtención de la declaración en menores y discapacitados. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (Eds.), *Aplicaciones en psicología social* (pp. 147-151). Madrid: Biblioteca Nueva.
- 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.
- Arntzen, F. (1970). *Psychologie der zeugenaussage* [La psicología del testigo]. Göttingen: Verlag für Psychologie.

- 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., Rogers, R., Buis, T. y Kalemka, V. (1994). Malingered and defensive responses styles on the MMPI-2: An examination of validity scales. *Assessment*, 1, 31-38.
- 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.
- Bauer, P. J. y Mandler, J. M. (1990). Remembering what happened next: Very young children's recall of event sequences. En R. Fivush y J. A. Hudson (Eds), *Knowing and remembering in young children* (pp. 9-29). Nueva York: Cambridge University Press.
- 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.
- Benedikt, R. A. y Kolb, L. C. (1986). Preliminary findings on chronic pain and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 908-910.
- 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., 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.
- 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.
- Binder, L. M. (1992). Forced-choice testing provides evidence of malingering. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 377-380.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1998). *Clinician-administered PTSD scale for DSM-IV*. Boston: National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Blanchard, E. B. y Hickling, H. J. (2004). What are the psychosocial effects of MVAs on survivors? In E. B. Blanchard, E. J. Hickling (Eds.), *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (2ª ed., pp. 57-97). Washington, DC: American Psychological Association.

- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberger, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E. y Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 569-583.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E. y Loos, W. R. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 1-10.
- Boletín Oficial del Estado (1978). *Constitución Española*, BOE de 29 de diciembre.
- Bower, G. H. (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.
- Bradley, M. T. y Janisse, M. P. (1981). Accuracy demonstrations, threat, and the detection of deception: Cardiovascular, electrodermal and pupillary measures. *Psychophysiology*, 18, 307-315.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- 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.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 625-629.
- 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. (1995a). Interviewing children in legal contexts. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 235-246). Chichester: John Wiley and Sons.
- Bull, R. (1995b). Interviewing people with communicative disabilities. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 247-260). Chichester: John Wiley and Sons.
- 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.

- Burges, C. y McMillan, T. M. (2001). The ability of naïve participants to report symptoms of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 209-214.
- 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. y Miller, K. B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A. K. Hess y I. B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2ª ed., pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Caldwell, A. B. (1997). *Forensic questions and answers on the MMPI/MMPI-2*. Los Angeles, CA: Caldwell Report.
- Campos, L. y Alonso-Quecuty, M. L. (1999). The cognitive interview: Much more than simply "try again". *Psychology, Crime and Law*, 5, 47-59.
- Chibnall, J. T. y Duckro, P. N. (1994). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Headache*, 34, 357-361.
- Cornell, D. C. y Hawk, G. L. (1989). Clinical Presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologist. *Law and Human Behavior*, 13, 374-383.
- Creamer, M., Burgess, P. y Mcfarlane, A. C. (2001). Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Cunnen, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press.
- Dammeyer, M. D. (1998). The assessment of child sexual abuse allegations: Using research to guide clinical decision making. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 21-34.
- Davidson, H. A. (1949). Malingered psychosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 13, 157-163.
- Davidson, J., Malik, M. y Travers, J. (1997). Structured interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety*, 5, 127-129.
- Davies, G., Tarrant, A. y Flin, R. (1989). Close encounters of the witness kind: Children's memory for a simulated health inspection. *British Journal of Psychology*, 80, 415-429.
- 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.
- Derogatis, L. R. (1977). *Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Devlin, L. P. (1976). *Report to the secretary of state for the departmental committee on evidence of identification in criminal cases*. Londres: HMSO.
- Duckworth, J. 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.
- Echeburúa, E. y Corral, P. de (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B. e I. Zubizarreta, (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (1998). *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid: Siglo XXI.
- 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).
- 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.
- 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.
- Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2004). How to detect the malingering of insanity to avoid criminal responsibility. En R. Abrunhosa (Ed.), *Victims and offenders. Chapters on psychology and law* (pp. 229-241). Bruselas: Uitgeverij Politeia NV.
- Fariña, F., Arce, R. y Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad. *Psicothema*, 7, 395-402.

- Fattah, E. (1967): Towards a criminal classification of victims. *International Review of Criminal Police*, 209, 162-169.
- 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., Raymond, D. S., Jurkevich, L. M. y Warhaftig, M. L. (1987). Enhancing eyewitness memory: Refining the cognitive interview. *Journal of Police Science and Administration*, 15, 291-297.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Daneu, C. V. y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- 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.
- Freed, D. M., Corkin, S., Growdon, J. H. y Nissen, M. J. (1989). Selective attention in Alzheimer's disease: Characterizing cognitive subgroups of patients. *Neuropsychologia*, 27, 325-339.
- Freire, M. J. (2000). *Evaluación de la credibilidad de testigos identificadores y simulación de victimación*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Santiago de Compostela.
- Fuglsang, A. K., Moergeli, H. y Schnyder, U. (2004). Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 223-229.
- 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.
- Geiselman, R. E., Fisher, R. P., Firstenberg, I., Hutton, L. A. Sullivan, S., Avetissian, I. y Prosk, A. (1984). Enhancement of eyewitness memory: An empirical evaluation of the cognitive interview. *Journal of Police Science and Administration*, 12, 74-80.
- Geiselman, R. E., Fisher, R. P., MacKinnon, D. P. y Holland, H. L. (1985). Eyewitness memory enhancement in the police interview: Cognitive retrieval mnemonics versus hypnosis. *Journal of Applied Psychology*, 70, 401-412.

- 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.
- Goodman, G. S., Quas, J. A., Batterman-Faunce, J. M., Riddlesberger, M. M. y Kuhn, J. (1997). Children's reactions to and memory for a stressful event: Influences of age, anatomical dolls, knowledge, and parental attachment. *Applied Developmental Science*, 1, 54-75.
- 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.). NuevaYork: Oxford University Press.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiescale personality inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169-207). 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.
- 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
- 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. *Profesional 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.
- Hart, R. P. y O'Shanick, G. J.(1993). Forgetting rates for verbal, pictorial, and figural stimuli. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 245-265.
- Harvey, A. G. y Bryant, R. A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 519-525.
- 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). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hodgkinson, P. E., Joseph, S., Yule, W. y Williams, R. (1995). Measuring grief after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Personality and Individual Differences*, 18, 805-808.
- Höfer, E., Akehurst, L. y Metzger, G. (1996, agosto). *Reality monitoring: a change for further development of CBCA?* VI European Conference on Psychology and Law, Siena.
- Höfer, E. y Köhnken, G. (1999, julio). *Assessing the credibility of witness statements*. The First Joint Meeting of the American Psychology-Law Society and the European Association of Psychology and Law, Dublín.
- Hollien, H. (1990). *The acoustics of crime: The new science of forensic phonetics*. Nueva York: Plenum Press.
- Home Office and The Department of Health (1992). *Memorandum of good practice on video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings*. Londres: HMSO.

- Iacono, W. G. y Patrick, C. J. (1999). Poligraph (“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.
- 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.
- Kane, A. W. (1999). Essentials of malingering assessment. En M. J. Ackerman (Ed.), *Essentials of forensic psychological assessment*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kelley, H. H. y Stahelski, A. J. (1970). Social interaction basis of cooperators’ and competitors’ beliefs about others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 66-91.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Koch, W. J., Douglas, K. S., Nicholls, T. L. y O’Neill, M. L. (2006). *Psychological injuries. Forensic assessment, treatment, and law*. Nueva York: Oxford University Press.
- Köhnken, G. (1999). *Assessing credibility*. Pre-conference of the EAPL Programme of Applied Courses, Dublín.
- Köhnken, G., Milne, R., Memon, A. y Bull, R. (1999). The cognitive interview: A meta-analysis. *Psychology, Crime and 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. (1979). External validity for research in legal psychology. *Law and Human Behavior*, 3, 39-70
- 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.

- 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.
- Lachar, D. (1974). Prediction of early US Air Force freshman cadet adaptation with the MMPI. *Journal of Counseling Psychology*, 21(5), 404-408.
- 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.
- 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.
- 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.
- Less-Haley, P. R. y Dunn, J. T. (1994). The ability of naïve subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 252-256.
- Lewis, M. y Saarni, C. (1993). *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford 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.
- Lösel, F., Bender, D. y Bliesener, T. (1992). *Psychology and law: International perspectives*. Berlín: Walter de Gruyter.
- 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.
- 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.
- Maes, M., Mylle, J., Delmiere, L. y Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: Incidence and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 156-162.
- 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 nondeceptive 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.
- Mawby, R. I. y Walklate, S. (1994). *Critical victimology: International perspectives*. Londres: Sage.
- Melton, G. B., Monahan, J. y Saks, M. J. (1987). Psychologists as law professors. *American Psychologists*, 42, 502-509.
- Memon, A. y Bull, R. (1991). The cognitive interview: Its origins, empirical support, evaluation and practical implications. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 291-307.
- 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., Cronin, O., Eaves, R. y Bull, R. (1996). An empirical test of mnemonic components of cognitive interview. En G. M. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurran, y C. Wilson (Eds.), *Psychology and law: Advances in research* (pp. 135-145). Berlín: Walter de Gruyter.
- 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.
- Miller, H. y Cartlidge, N. (1972). Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *Lancet*, 1, 580-585.
- 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).

- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory professional manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- 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).
- 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.
- Nichols, R. A., Greene, R. L. y Schmolck, P. (1989). Criteria for assessing inconsistent patterns of item endorsement on the MMPI: Rationale, development, and empirical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 239-250.
- 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.
- Norris, M. P. y May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22(3), 315-323.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U. y Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A. W. Kane y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 70-84). Nueva York: Springer.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M. y Pattison, P. (2004). PTSD and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal Psychiatry*, 161, 1-7.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P. y Atkin, C. (2004). Psychiatric morbidity following injury. *American Journal Psychiatry*, 161, 507-514.
- OMS (1992). *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orcutt, H. K., Erickson, D. J. y Wolfe, J. (2004). The course of PTSD symptoms among Gulf war veterans: A growth mixture modelling approach. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 195-202.
- Ossipov, V. P. (1944) Malingering: The simulation of psychosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 8, 31-42.
- Pallares, M. C. (1993). *A vida das mulleres na galicia medieval (1100-1500)*. Santiago: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago.
- Parker, C. M. (1986). *Bereavement: Studies in grief in adult life* (2ª ed.). Londres: Tavistock.

- Peris, J. M. (1988). Aproximación a la victimología. Su Justificación frente a la criminología. *Cuadernos de Política Criminal*, 0034, 39-128.
- 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.
- 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). Nueva York: Springer.
- Pope, K. S., Butcher, J. N. y Seelen, J. (2006). *The MMPI, MMPI-2, and 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.
- Raskin, D. C. (1982). The scientific basis of polygraph techniques and their uses in the judicial process. En A. Trankell (Ed.), *Reconstructing the past: The role of psychologists in criminal trials* (pp. 317-371). Estocolmo: Norstedt and Soners.
- 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.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- 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.
- 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). Introduction. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 1-19). 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). Researching dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 398-426). 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. *Behavioral 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 of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment*, 4, 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., 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.
- 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. 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.
- Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offset.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane place. *Science*, 172, 250-258.
- 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.
- Sala, F. T. y Salas, B. A. (2007). *La incapacidad temporal: Aspectos laborales, sanitarios y de la seguridad social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Samuel, S. E., DeGirolano, J., Michals, T. J. y O'Brien, J. (1994). Preliminary findings on MMPI "Cannot Say" responses with personal injury litigants. *American Journal of Forensic Psychology*, 12(4), 5-18.
- Sapir, A. (1987). *The LSI course on scientific content analysis (SCAN)*. Phoenix, AZ: Laboratory for Scientific Interrogation.
- 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.
- Shuman, D. W. (1994). *Psychiatric and psychological evidence*. Deerfield, IL: Clark Boardman Callaghan.
- Soria, M. A. Tubau, O., Ramos, E; Gaspar, P., Maeso, J., Royuela, J., Hernández, J. A.; Sánchez, A., Peleato, A., Gutierrez, M. y Giménez-Salinas, 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.
- Spitzer, R. L. y Endicott, J. (1978). *Schedule of affective disorders and schizophrenia*. Nueva York: Biometric Research.

- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. y First, M. B. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- 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.
- Stallard, P., Salter, E. y Velleman, R. (2004). Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents: A second prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(3), 172-178.
- 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.
- Sweet, J. J. (1999). Malingering: Differential diagnosis. En J. J. Sweet (1999). *Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice. Studies on neuropsychology, development, and cognition*. (pp. 255-285). Lisse, Netherlands: Swets y Zeitlinger.
- Swenson, L. C. (1997). *Psychology and law for the helping professions*. Pacific Grove, CA.: Brooks/Cole.
- 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.
- 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.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.

- Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der glaubhaftigkeit von zeugenaussagen. En U. Undetsch (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.
- United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Vienna: United Nations Publications.
- Urta, J. y Vázquez, B. (1993). *Manual de psicología forense*. Madrid: Siglo XXI.
- Ustad, K. L. (1996). *Assessment of malingering on the SADS in a jail referral sample*. Tesis doctoral no publicada, Universidad del Norte de Texas, Denton.
- 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.
- Vivero, A. (2006). *Contraste de declaraciones reales e imaginadas en formato de recuerdo libre*. Trabajo Tutelado de Tercer Ciclo, Universidad de Santiago de Compostela.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit*. Chichester: 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. y Winkel, F. W. (1996). Detection of false statements in first and third graders: The development of a nonverbal detection instrument. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurray y C. Wilson (Eds.), *Psychology, Law, and Criminal Justice* (pp. 221-230). Berlín: Walter de Gruyter.
- 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.
- Wachspress, M., Berenberg, A. N. y Jacobson, A. (1953). Simulation of psychosis. *Psychiatric Quarterly*, 27, 463-473.
- 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. Manual* (2ª ed.). Madrid: TEA.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology bulletin* (Vol. 1, pp. 567-634). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Wells, G. L. (1993). What do we know about eyewitness identification? *American Psychologist*, 48, 553-571.
- 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.
- Winograd, E., Smith, A. D. y Simon, E. W. (1982). Aging and the picture superiority effect in recall. *Journal of Gerontology*, 37, 70-75.
- Yuille, J. C. (1988). The systematic assessment of children's testimony. *Canadian Psychology*, 29, 247-262.
- 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.
- 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.

ANEXOS

I) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 (Boletín Oficial del Estado de 29 de diciembre de 1978).

TÍTULO I DE LOS DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES

CAPÍTULO II DERECHOS Y LIBERTADES

Sección Primera. De los derechos fundamentales y de las libertades públicas

Artículo 25.

2. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

Sección Segunda. De los derechos y deberes de los ciudadanos

Artículo 31.

3. Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley.

CAPÍTULO III DE LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LA POLÍTICA SOCIAL Y ECONÓMICA

Artículo 39.

1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.

2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualesquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.

3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.

4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Artículo 40.

1. Los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica. De manera especial realizarán una política orientada al pleno empleo.

2. Asimismo los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados.

Artículo 41.

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Artículo 42.

El Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero, y orientará su política hacia su retorno.

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Artículo 49.

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Artículo 50.

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

CAPÍTULO IV DE LAS GARANTÍAS DE LAS LIBERTADES Y DERECHOS FUNDAMENTALES

Artículo 53.

1. Los derechos y libertades reconocidos en el Capítulo II del presente Título vinculan a todos los poderes públicos. Sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades, que se tutelarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 161. 1. a).

2. Cualquier ciudadano podrá recabar la tutela de las libertades y derechos reconocidos en el artículo 14 y la Sección Primera del Capítulo II ante los Tribunales ordinarios por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Este último recurso será aplicable a la objeción de conciencia reconocida en el artículo 30.

3. El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.

TÍTULO VII ECONOMÍA Y HACIENDA

Artículo 129.

1. La ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general.

Artículo 133.

1. La potestad originaria para establecer los tributos corresponde exclusivamente al Estado, mediante ley.

TÍTULO VIII DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO

CAPÍTULO III DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Artículo 148.

1. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias:

20ª. Asistencia social.

21ª. Sanidad e higiene.

Artículo 149.

1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:

17ª. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por R.D. L. 1/94, de 20 de junio.

Uno.

Artículo 38.1.c), primer párrafo.

«c) Prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad temporal; maternidad; invalidez, en sus modalidades contributiva y no contributiva; jubilación, en sus modalidades contributiva y no contributiva; desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial; muerte y supervivencia; así como las que se otorguen en las contingencias y situaciones especiales que reglamentariamente se determinen por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo y Seguridad Social.»

Dos.

Artículo 106.4.

«4. La obligación de cotizar continuará en la situación de incapacidad temporal, cualquiera que sea su causa, en la situación de maternidad y en demás situaciones previstas en el artículo 125 en que así se establezca reglamentariamente.»

Tres.

La rúbrica del capítulo IV, Título II, será la de «Incapacidad temporal».

Cuatro.

«Artículo 128. Concepto.

1. Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido

para el trabajo, con una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

2. A efectos del período máximo de duración de la situación de incapacidad temporal que se señala en el apartado a) del número anterior, y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación.»

Cinco.

«Artículo 130. Beneficiarios.

Serán beneficiarios del subsidio por incapacidad temporal las personas integradas en este Régimen General que se encuentren en cualquiera de las situaciones determinadas en el artículo 128, siempre que reúnan, además de la general exigida en el número 1 del artículo 124, las siguientes condiciones:

a) En caso de enfermedad común, que hayan cumplido un período de cotización de ciento ochenta días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante.

b) En caso de accidente, sea o no de trabajo y de enfermedad profesional, no se exigirá ningún período previo de cotización.»

Siete.

Artículo 131, números 2 y 3.

«2. El subsidio se abonará mientras el beneficiario se encuentre en situación de incapacidad temporal, conforme a lo establecido en el artículo 128 de la presente Ley.

3. Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador no tendrá derecho a la prestación económica por incapacidad temporal.»

Ocho.

«Artículo 131 bis. Extinción del derecho al subsidio.

1. El derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de incapacidad temporal de que se trate, por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin declaración de invalidez permanente; por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación, o por fallecimiento.

2. Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo fijado en el apartado a) del número 1 del artículo 128, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado que corresponda, como inválido permanente.

No obstante lo previsto en el párrafo anterior, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los treinta meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.

Durante los períodos señalados en los párrafos precedentes no subsistirá la obligación de cotizar.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los números anteriores, cuando la extinción se produjera por el transcurso del plazo máximo fijado en el apartado a) del número 1 del artículo 128, o por alta médica con declaración de invalidez permanente, así como en los supuestos a que se refiere el segundo párrafo del número precedente, los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de la invalidez permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de ésta, salvo que las mismas sean superiores a las que venía percibiendo el trabajador, en cuyo caso se retrotraerán aquéllas al momento en que se haya agotado la incapacidad temporal.»

Nueve.

«Artículo 132. Pérdida o suspensión del derecho al subsidio.

1. El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido:

a) Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.

b) Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena.

2. También podrá ser suspendido el derecho al subsidio cuando sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado.»

CAPÍTULO XIII

Valoración de la discapacidad de los trastornos mentales

Deficiencias mentales.

Comprende a aquellos sujetos que presentan perturbación en el ritmo y grado de desarrollo de sus funciones intelectuales que limitan o impiden la realización de conductas que se considerarían normales en su caso, en función de la edad, sexo y entorno socio-cultural.

La determinación del nivel y grado de discapacidad resultará de la evaluación del desarrollo y funcionamiento intelectual, así como de la valoración de la conducta adaptativa, según el baremo siguiente:

Deficiencia mental límite:

C. I.: 70-80.

Sujetos cuyo bajo nivel no se debe a causa orgánica conocida, sino que es consecuencia de una sub-educación, carencias ambientales, trastornos afectivos, etc. Presentan en su desarrollo algún déficit o inmadurez parcial, acompañado a menudo de problemas caracteriales. Suelen tener problemas en su adaptación social, escolar, laboral ...

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15%.

Deficiencia mental ligera:

C. I.: 51-69.

Sujetos educables, capaces de adquirir la lecto-escritura y el cálculo elemental. Pueden alcanzar, tras una educación adecuada, una adaptación satisfactoria en el campo laboral, así como una vida autónoma suficiente.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 49%.

Deficiencia mental media:

C. I.: 35-50.

Sujetos que dependen de otras personas para su subsistencia, pero no necesariamente para el cuidado y aseo personal. Pueden ser adiestrados en habilidades sociales y en tareas manuales sencillas, pero no en materias académicas. Precisan una supervisión moderada en ambientes controlados y total fuera de estos ambientes.

Porcentaje global de la persona: de 50 a 64%.

Deficiencia mental severa:

C. I.: 21-34.

Sujetos que pueden alcanzar una capacidad mínima de auto-cuidado a través de un adiestramiento sistemático. Precisan la disponibilidad continua y la supervisión intermitente de otra persona para su protección y para la satisfacción de sus necesidades básicas y siempre en ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 65 a 84%.

Deficiencia mental profunda:

C. I.: inferior a 20.

Sujetos con una capacidad nula para cuidarse en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas y al cuidado propio. Necesitan una asistencia constante y una vigilancia absoluta y, a veces, intensiva de otra persona, así como de ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 85 a 95%.

Enfermedades mentales.

Están comprendidos en este apartado aquellos sujetos que presentan uno o más de los siguientes trastornos psíquicos:

Trastornos del pensamiento.

Trastornos de la memoria.

Trastornos de la conciencia y del estado de vigilia.

Trastornos de la percepción y atención.

Trastornos de la afectividad.

Trastornos psicomotores o psicosomáticos.

Trastornos en el comportamiento social.

La determinación del porcentaje global de discapacidad resultará de la evaluación de:

A) De la clase, número y grado de afectación de las funciones psicológicas perturbadas.

B) De la severidad de las discapacidades que presenta el sujeto para conducirse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros, y, en general, en todas aquellas actividades que se considerarían normales en su caso, en función de la edad, sexo y entorno socio-cultural.

C) Del grado de cronicidad y del pronóstico sobre el curso probable del estado de discapacidad del sujeto.

Trastornos de la personalidad:

Sujetos inmaduros, inestables o incapaces de controlar su comportamiento, que presentan pautas de conducta inadaptada profundamente arraigadas, pero diferentes en cualidad de las psicosis y neurosis. A causa de su conducta sufren o hacen sufrir a otros y provocan un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad.

La evaluación de estos sujetos se atenderá al siguiente baremo:

Sujetos con alguna dificultad en controlar su comportamiento, pero con la suficiente capacidad para evitar choques serios en sus relaciones con la comunidad o evitar el hacerse daño a sí mismos. Manifiestan crisis episódicas desde la adolescencia o antes y son susceptibles de recuperación o mejora sensible de su estado.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15%.

Sujetos con pérdida considerable de autocontrol, que no tienen conciencia del daño que causan a la comunidad o a sí mismos. Son incapaces de aprender por la experiencia.

Presentan perturbaciones constantes de conducta desde la adolescencia o antes.

Pueden recibir asistencia, pero son poco susceptibles de recuperación o mejora.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 45%.

Neurosis:

Sujetos que manifiestan graves sufrimientos, caracterizados por ansiedad, miedos, obsesiones, trastornos somáticos, etc., que hacen que disminuyan sus aptitudes y rendimiento y su capacidad para establecer unas adecuadas relaciones interpersonales.

Sujetos que presentan síntomas neuróticos leves y mecanismos de ajuste a la realidad regresivos sólo en situaciones reactivas y con carácter transitorio. Únicamente en estos períodos tienen cierta dificultad para mantener relaciones interpersonales adecuadas o cumplir sus obligaciones laborales, sin llegar a precisar ayuda, ni faltar a sus ocupaciones.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 15%.

Sujetos que presentan crisis transitorias, de duración variable y periodicidad cíclica e irregular, que limitan su capacidad ocupacional al obligarle a ausencias intermitentes o al tener dificultades para cumplir con todas sus obligaciones. Sus relaciones interpersonales están restringidas a un grupo reducido de su entorno: familia, amigos y compañeros.

Porcentaje global de la persona: de 16 a 24%.

Sujetos que presentan crisis agudas frecuentes o un cuadro estabilizado de síntomas y signos de carácter crónico que le imposibilitan cumplir las obligaciones inherentes a una ocupación laboral o escolar normal, teniendo sólo acceso a centros especiales o a puestos adaptados. Tienen dificultades para mantener relaciones con amigos, vecinos y compañeros.

Porcentaje global de la persona: de 25 a 45%.

Sujetos que presentan un cuadro crónico en deterioro y con pocas posibilidades de mejora como consecuencia del cual tienen muy serias dificultades a la hora de conseguir o mantener una ocupación. Sólo pueden relacionarse con las personas más próximas: padres, esposa, hermanos.

Porcentaje global de la persona: de 46 a 70%.

Sujetos que presentan un cuadro crónico muy deteriorado e irreversible. Incapacidad absoluta de tener cualquier tipo de ocupación socialmente rentable. Son completamente incapaces de relacionarse con otras personas, incluso con las más próximas.

Porcentaje global de la persona: de 71 a 95%.

Psicosis funcionales:

Sujetos cuyas alteraciones de las funciones psíquicas han alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad de mantener un adecuado contacto con la realidad o para afrontar las actividades de la vida diaria.

La evaluación de estos sujetos se atenderá al siguiente baremo:

Alternancia de episodios psicóticos con períodos de remisión en los que el sujeto presenta todavía algunos síntomas leves y conductas residuales inadaptadas, que dificultan seriamente su normal integración social y ocupacional. Pueden llevar una vida autónoma suficiente salvo en los períodos de crisis.

Porcentaje global de la persona: de 0 a 24%.

Estado crónico estable o con posibilidad de mejora, pero que en la actualidad imposibilita al sujeto para seguir las obligaciones rutinarias que impone una ocupación laboral o escolar normal. Pueden llevar una vida autónoma suficiente y sólo precisan una supervisión moderada.

Porcentaje global de la persona: de 25 a 45%.

Estado crónico en deterioro con pocas posibilidades de mejora, que dificulta seriamente la capacidad del sujeto para mantenerse en una ocupación restringida o especial.

Precisan una supervisión intermitente en ambientes controlados y total fuera de estos ambientes.

Porcentaje global de la persona: de 46 a 74%.

Estado crónico muy deteriorado e irreversible que imposibilita al sujeto para tener cualquier tipo de ocupación. Necesitan una asistencia constante y una vigilancia absoluta y, a veces, intensiva de otra persona, debido a su incapacidad de eludir riesgos y de cuidarse a sí mismo en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas. Demandan ambientes controlados.

Porcentaje global de la persona: de 75 a 95%.