Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal?

Autor: Ramón Arce

Resumen

En algunas ratificaciones de informes periciales psicológicos, en los careos entre peritos e incluso en los foros académicos, se ha planteado el debate sobre si la Psicología Forense es sinónimo de Psicología Clínica, la evaluación forense de la evaluación clínica tradicional, el diagnóstico forense del diagnóstico clínico, o la interpretación psicopatológica de la psicológico-forense. Algunas de estas dudas las resuelve la misma praxis legal. Así, no realiza una equiparación unívoca entre psicólogo clínico y forense, o, lo que es lo mismo, el psicólogo forense puede ser clínico pero no tiene porqué. Asimismo, la Sala de Justicia demanda al perito psicólogo lo que denomina "evaluación psicológica" que es la interpretación de los datos clínicos para un contexto legal específico, esto es, las consideraciones psicopatológicas no son de aplicación directa al contexto legal, sino que ha de ajustarlas a los preceptos legales aplicables en cada caso. Por ende, al psicólogo forense se le requieren conocimientos legales además de los propios de psicopatología y diagnóstico. No obstante, la equivalencia o no entre evaluación y diagnóstico clínico y forense nos corresponde a nosotros resolverla, al tiempo que es necesario que dotemos a forenses y operadores legales de un marco consistente de actuación e interpretación, respectivamente. En este trabajo se revisa si los instrumentos de evaluación clínica son aplicables directamente al campo forense o, por el contrario, si requieren de ciertos ajustes para la práctica forense, y si los objetos del diagnóstico clínico y forense son coincidentes. Finalmente, se presenta un protocolo de actuación fiable y validado para la evaluación clínica en el contexto psicológico-forense.

Palabras clave: Psicología forense, psicología clínica, evaluación, diagnóstico.

Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

Del diagnóstico clínico y forense

La ONU define a la víctima como *aquella persona que ha sufrido un perjuicio, entendiendo por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos, como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o el derecho internacional, o bien sea un acto de abuso de los poderes públicos* (United Nations, 1988). A esta definición subyacen dos factores que constituyen los ejes centrales de la misma: La causación y las consecuencias. Sobre las causas que motivan las víctimas establece una relación directa y unívoca: el delito. Por su parte, las consecuencias, secuelas en la terminología técnica aplicable a este contexto, para la víctima del hecho delictivo conforman lo que se ha denominado victimación. Ésta está constituida por el daño físico, psíquico, entendiendo por tal la lesión mental o el sufrimiento emocional, y el material. El daño psíquico se ha definido mediante la medida de los efectos de un acto delictivo en la salud mental. En la práctica forense la huella que se ha identificado como propia de un hecho delictivo es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) (v. gr., Blanchard y Hickling, 2004; Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa y Corral, 1995; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998) al comprobarse sistemáticamente que este trastorno estaba relacionado con situaciones traumáticas de muy diversa índole, tales como agresiones sexuales (Echeburúa et al, 1995), desastres naturales (Hodgkinson et al., 1995), guerras (Albuquerque, 1992), secuestros, tortura o accidentes (Blanchard et al., 1996). En términos de evaluación clínica, las hipótesis diagnósticas para estos casos también incluyen hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, inadaptación social, trastorno adaptativo, distimia, entre otros (p. e., Brooks, 1995; Echeburúa, de Corral y Amor, 2002; Schiebe, Bagby, Miller y Dorian, 2001). Esto es, para el tratamiento clínico tiene más trascendencia la sintomatología que el origen de la misma. En todo caso, caben diferentes diagnósticos primarios, un diagnóstico primario y otro u otros secundarios, o sea, comorbilidad. Sin embargo, en la práctica forense sólo es de interés el diagnóstico del TEP al tiempo que es preciso vincular éste con el objeto del delito o acción a juzgar. En otras palabras, sólo el TEP responde a la huella psíquica y, además, en el contexto legal es necesario establecer inequívocamente que es consecuencia del acto a juzgar y no de otra causa o de la interacción con otra causa. De hecho, otro diagnóstico tal como el de depresión no

tiene valor legal alguno como huella psíquica porque no supone el trastorno de referencia ni puede relacionarse con la acción a juzgar. A su vez, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) señala que, por tratarse de un contexto de evaluación médico-legal, se ha de sospechar simulación, que define 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". No obstante, en el mismo manual no se advierte de una especial precaución en el campo de la evaluación clínica ordinaria. De facto, Rogers (1997), tras una revisión de los diagnósticos clínicos, no encontró diagnóstico clínico alguno de simulación. Según él, este diagnóstico no se concluye porque en la práctica clínica no se busca. Nosotros entendemos, al mismo tiempo, que la simulación no tiene interés clínico y que su diagnóstico es contrario a la práctica clínica. Así, el paciente acude al clínico porque se siente enfermo lo que le lleva a que el primero asuma lo informado por el segundo como verdadero y, por tanto, un diagnóstico de simulación sería paradójico. En concreto, sería totalmente irracional que un paciente que acude en busca de "ayuda" a un clínico, éste no se la prestara alegando simulación de enfermedad mental. Aún es más, en el DSM-IV-TR ni se da entrada ni se menciona la "disimulación" que vendría a ser la ocultación intencionada de sintomatología clínica para obtener algún beneficio. Como es evidente, en determinadas casuísticas judiciales, como es la evaluación en casos de familia para informar de la guarda y custodia de menores, los progenitores a evaluar pueden obtener un beneficio o evitar un perjuicio a través de la ocultación de síntomas. Por ello, ha de sospecharse, en estos casos, disimulación, categoría diagnóstica que ni siquiera tiene cabida en la evaluación clínica tradicional.

En suma, la evaluación clínica no puede generalizarse a la práctica forense, ni ésta al campo clínico porque los objetos de evaluación son distintos y porque en la primera no tiene cabida el diagnóstico de simulación que es de ineludible consideración en la evaluación forense. En consecuencia, es necesario revisar los instrumentos de evaluación psicológica a la luz de las demandas que se les formulan desde la perspectiva clínica y forense.

Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

De los instrumentos de evaluación en la práctica clínica y forense.

Los instrumentos de evaluación psicológica se agrupan en torno a tres modalidades: observación y registro conductual, instrumentos psicométricos y entrevista. Todos ellos son herramientas útiles en la evaluación clínica y forense, pero su puesta en práctica y funcionamiento es diferente. Así, la evaluación y registro conductual es un referente continuo tanto en la práctica clínica ordinaria como en la forense. No obstante, los fines son distintos. Para el clínico, el objeto es la observación de aquellos síntomas que no son o no pueden ser informados por el paciente (p. e., lenguaje raro o desorganizado). Por su parte, el forense no sólo registra la sintomatología de la que el paciente no puede informar sino toda aquella otra que pueda entrar en contradicción con lo informado por el sujeto (v. gr., se observan comportamientos agresivos y falta de control de impulsos cuando el sujeto manifiesta ser autocontrolado).

Los instrumentos psicométricos a usar en la práctica forense han de ser fiables y válidos a fin de que los resultados pueden ser replicados por otro perito (se descartan por tanto aquellos instrumentos no validados o que no se haya estimado su fiabilidad); han de medir el estado clínico general del sujeto al tiempo que proporcionar una medida directa o indirecta del TEP; no han de circunscribirse única y exclusivamente a poblaciones clínicas o psiquiátricas dado que los sujetos a evaluar en la práctica forense pueden ser mentalmente sanos; y, finalmente, han de contar con medidas del control de la validez de las repuestas de sujeto. La gran mayoría de los instrumentos psicométricos habituales en la evaluación clínica no cumplen con estos requerimientos por lo que no son productivos y válidos para la práctica forense. Todo esto ha llevado a que el instrumento psicométrico de referencia en el campo forense sea el MMPI (Gudjonsson, 1996; Ackerman y Ackerman, 1993; Butcher y Miller, 1999). En todo caso, el MMPI presenta dos lagunas en la evaluación. Así, en espera del MMPI-A, no es aplicable a adolescentes al tiempo que requiere de unas destrezas cognitivas para la comprensión del mismo que una parte significativa de las personas a evaluar no disponen. Para estos casos e incluso para uso general, disponemos de otros instrumentos, tal como el SCL-90-R (Derogatis, 2002), que cumplen los anteriores cometidos. No obstante, la evaluación psicométrica no es prueba suficiente para la evaluación forense porque: a) no

Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

proporciona diagnósticos sino impresiones diagnósticas; b) no clasifica correctamente a todos los simuladores (v. gr., Bagby, Buis y Nicholson, 1995); c) el diagnóstico de simulación es compatible con la formulación de otras hipótesis alternativas (p. e., Graham, 2000; Roig-Fusté, 1993); y d) constituye una tarea conducente a la simulación (Arce, Carballal, Fariña y Seijo, 2004; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2006; Arce, Fariña y Pampillón, 2002).

La entrevista es el tercero, y quizás el más relevante, de los instrumentos de obtención de información para la evaluación de la salud mental. Las entrevistas clínicas al uso, como las que acompañan a los diversos manuales de clasificación de las enfermedades mentales la American Psychiatric Association (First, Spitzer, Gibbon, Spitzer y Williams, 1999) no son productivas para la detección de la simulación y conforman una tarea favorecedora de respuestas tendenciosas, esto es, propiciatorias de la simulación. Por ejemplo, en relación al diagnóstico de estado depresivo mayor para conocer del Criterio A3 se pregunta ¿has ganado o perdido peso? ¿Cuánto? Obviamente, el sujeto que pueda tener interés en aparecer como depresivo encuentra en esta tarea una gran facilidad para la simulación. Lo mismo ocurre con la entrevista clínica basada en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEP (Echeburúa y otros, 1997). Así y a modo de ejemplo, en relación al Criterio B2 se pregunta ¿tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? Su tarea sólo consiste en discriminar si está ante un síntoma esperado o no esperado para su caso. La literatura al respecto advierte que los sujetos en evaluación forense son capaces de reconocer la sintomatología que sería propia de su hipotético estado mental e incluso de discriminarla de otra no esperada. Como consecuencia de esta inadecuación de la entrevista clínica tradicional para el contexto forense, Arce y Fariña (2001) han propuesto y validado un formato de entrevista adecuado a los objetivos de obtención de la huella psíquica sin facilitar la simulación, al tiempo que cuenta con unos controles de la validez del protocolo a través del estudio de las estrategias de simulación: la *Entrevista Clínico-Forense*. Ésta, que ha de ser llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, se estructura en torno a los siguientes pasos:

a) Presentación de la entrevista, del objeto y procedimiento.

b) Pedir a los sujetos que relaten en formato de discurso libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior al delito (EEAG del DSM-IV-TR)).
c) Reinstauración de contextos: si los sujetos no responden de motu propio, les será requerido que informen igualmente sobre sus relaciones familiares (EEGAR en el DSM-IV-TR); relaciones sociales (EEASL en el DSM-IV-TR) y relaciones laborales (EEASL)
d) Construcción de una rejilla de síntomas (DSM-IV-TR) o recurrir a listados de síntomas.
e) Ajustar los síntomas a trastornos.
f) La detección de los síntomas responde a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos.
g) Control de la fiabilidad a través del estudio de las siguientes estrategias de simulación: evitación de respuestas, síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, inconsistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas.

Ahora bien, la entrevista clínico-forense, si bien se ha mostrado fiable, válida y productiva en diferentes contextos de evaluación forense tal como casos de agresión sexual e intimidación (Arce, Fariña y Freire, 2002), violencia de género (Arce y otros, 2004), accidentes de tráfico (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) o de un trastorno mental no imputable (Arce, Fariña y Pampillón, 2002), por si sola no es prueba suficiente pues puede conducir a errores de omisión (no detectar huella cuando la hay) y falsas alarmas (informar de simulación cuando no es tal).

En conclusión, evaluación clínica y forense no son intercambiables y ésta última no es posible abordarla desde una única medida bien sea psicométrica bien a través de entrevista. En consecuencia es necesario proceder con una aproximación multimétodo en la que se combinen técnicas de medida basadas en una tarea de reconocimiento (p.e, instrumentos psicométricos) y de conocimiento (v. gr., entrevista).

Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

En busca de la huella psíquica del delito: protocolo de evaluación forense de Arce y Fariña.

Para la medida de la huella psíquica y el control de la simulación, hipótesis a contrastar en la medida de la huella psíquica de un delito, Arce y Fariña (Arce y Fariña, 2005; Arce, Fariña y Pampillón, 2002; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) han creado y validado un protocolo de actuación en función de las respuestas y estrategias seguidas por los simuladores. Éste parte de la distinción operativa entre criterios positivos, que validan el protocolo, y negativos, que invalidan o mitigan la validez del mismo. Los criterios positivos serían aquellos que no se detectan en los protocolos de los simuladores, identificando, los estudios de campo, como tales *la no evitación de respuestas* y la *deseabilidad social*. En consecuencia, aquellos protocolos de respuesta que la Escala de Interrogantes del MMPI advierte que se abstienen significativamente de dar respuestas, y que Escala L informa de posible invalidez por deseabilidad social en las repuestas, han de tomarse en la dirección de validez del protocolo. Es preciso tener en mente que la ausencia de colaboración con la evaluación (no respuestas) se había propuesto como un indicador fiable de simulación (v. gr., Bagby y otros, 1997; Lewis y Saarni, 1993; Rogers, 1992), pero esta contingencia nunca fue observada entre los simuladores en una evaluación forense. Por otro lado, los criterios negativos, esto es, observados en los protocolos de los simuladores, fueron: 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 mental alguna, no se puede sostener la misma en el contexto legal); 2) las escalas de control de validez del MMPI y sus combinaciones detectan simulación; 3) la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y 4) la ausencia de concordancia inter-medidas. El primer criterio es eliminatorio, o sea, si la enfermedad mental no es medible, no se puede sostener una huella psíquica en la victimación. Los restantes, en sí mismos, 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 simulación de la huella psíquica. Para estos últimos indicios de no validez formularon el concepto de *invalidez convergente* que requiere de, al menos, dos indicios de invalidez totalmente independientes para invalidar un protocolo. En función de estos criterios se

Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva. **ISBN.: 978-84-9742-777-7**.

formuló la siguiente propuesta de protocolo de actuación (el lector interesado puede solicitar al autor un ejemplo de pericia basado en este protocolo):

a) Anamnesis o estudio de los antecedentes. Con ésta se pretende, en su caso, reforzar la evaluación con los antecedentes del sujeto, datos del entorno, un estudio de su comportamiento, el recabamiento de pruebas documentales, otros testimonios, entre otros.

b) Recurso a sistemas de medida complementarios y concordantes, que presupongan la ejecución de tareas distintas y que contengan sistemas de control de la validez. Así, se propone someter al sujeto a una evaluación psicométrica, que implica una tarea de reconocimiento de síntomas, y a una medida mediante una tarea de conocimiento, la *Entrevista Clínico-Forense*. En relación al instrumento psicométrico a utilizar, el MMPI es el instrumento de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense (Butcher y Miller, 1999), pero requiere de un alto nivel de comprensión por parte del evaluado. Cuando éste presenta dificultades para cumplimentar el MMPI, el checklist SCL-90-R permite superar ese inconveniente, al tiempo que cuenta con medidas de control de la validez del protocolo. Por ello, recomendamos este instrumento como sustituto del MMPI o, en caso de duda, como complementario. La primera medida a tomar ha de ser a través de la entrevista para controlar el efecto del aprendizaje de la tarea psicométrica en la tarea de conocimiento. En lo referente a la concordancia inter-medidas debe tenerse presente que ésta no va a ser total. No se nos debe escapar que incluso las medidas test-retest admiten un cierto margen de inconsitencia.

c) Análisis de la consistencia interna de las medidas: escalas de control de los instrumentos psicométricos, y, en la entrevista, análisis de contenido en busca de las estrategias habituales de simulación. Las escalas de control de validez del MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1999) con implicaciones para el estudio de la simulaciones según este protocolo son las escalas originales de validez (escalas de no respuestas, L, F y K), los indicadores adicionales de validez del protocolo (F posterior, TRIN, VRIN), así como los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos, el *índice F-K*, y el *perfil en V invertida* (Duckworth y Anderson, 1995). Si la evaluación psicométrica se obtiene a través del SCL-90-R (Derogatis, 2002), las escalas de validez serían la PST, PSI, GSI y PSDI. Por su parte, las entrevistas se someten a un análisis de contenido tomando como categorías

las estrategias que siguen los simuladores en las entrevistas: evitación de respuestas, síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, consistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas.

d) Es aconsejable que dos evaluadores, por separado, lleven a cabo la evaluación, con lo que se podrá contrastar la consistencia inter-evaluador. Sucintamente, esta salvaguarda sirve para controlar posibles sesgos de medida e interpretación en el evaluador.

e) Estudio de la fiabilidad de la evaluación: consistencia interna, inter-medidas, inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales, etc.), e inter-evaluadores (Wicker, 1975).

f) Control de falsos positivos, esto es, enfermos reales, a través de un estudio de los antecedentes e historia general del sujeto, de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez (véase Roig Fusté, 1993, Graham, 2000), y del cumplimento de los criterios del Modelo de Decisión Clínica para el establecimiento de la simulación (Cunnien, 1997).

g) Estudio psicológico de la huella psíquica. Las medidas clínicas revisadas anteriormente proporcionan datos respecto a lo que legalmente se denomina *evaluación biológica*, pero ésta requiere, también según la demanda legal, de lo que llaman *evaluación psicológica* en la que se clarifique la relación entre la huella psíquica medida y la huella psíquica esperada para ese caso. Si bien, la huella psíquica tiene como referencia el TEP, ha de tenerse un cuidado especial con las medidas indirectas del mismo (p. e., hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, distimia, aislamiento social, inadaptación social), que pueden servir como potenciadores del diagnóstico del TEP pero no sustituirlo, al tiempo que ha de tenerse presente que éstas no son consistentes inter-delito. Así, en casos de accidentes de tráfico la comorbilidad se relaciona con desórdenes en el estado del ánimo (depresión y distimia) (Blanchard y Hickling, 2004) en tanto en malos tratos con depresión, inadaptación social y ansiedad (Echeburúa y Corral, 1998) (una relación de los efectos secundarios para los diferentes delitos puede consultarse en la US National Comorbidity Survey en la dirección web [http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ncs_data.php]. Además, es preciso descartar otras causas al margen del acto delictivo. Por ejemplo, la unión de un proceso de

separación con malos tratos puede no permitir diferenciar cuál es el origen del trastorno dado que ambas contingencias producen una huella psicológica semejante. En todo caso, el perito ha de tener en cuenta las siguientes máximas: no todos los actos delictivos producen un TEP en la víctima; y la no presencia del TEP no implica que la agresión no haya ocurrido.

h) Finalmente, también se puede poner a prueba la validez discriminante. En otras palabras, realizar una medida no relacionada con el caso, tal como de valores o personalidad (16-PF, SIV), esperando que no presente relación alguna con la evaluación objetivo y se descarte un intento de manipulación de la imagen, tanto en positivo como en negativo.

La impresión resultante sobre la simulación se ha de ajustar a las siguientes categorías: *probablemente simulador* o *probablemente no simulador*. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza (por ejemplo, situar la impresión en una escala de varios puntos) porque crea confusión a los decisores (p. e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902), al tiempo que es importante utilizar términos probabilísticos puesto que la evaluación psicológica está sujeta a error.

Referencias

Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en excombatientes. En Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 171-187). Madrid: Pirámide.

American Psychiatric Association, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (IV Edición-Texto Revisado). Barcelona: Masson.

Arce, R., Carballal, A., Fariña, F. y Seijo D. (2004). Can mock battered women malinger psychological evidence in a recognition task? En A. Czerederecka, T. Jaskiewic-Obydzinska, R. Roesch y J. Wójcikiewicz (Eds.), *Forensic psychology and law. Facing the challenges of a changing world* (pp. 327-336) Kraków: Institute of Forensic Research Publishers.

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 clínico-forense. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.

Arce, R. y Fariña, F. (2005). El Sistema de Evaluación Global (SEG) de la crediibilidad 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., 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.

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., Pampillón, M. del 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.

Ackerman, M. J. y Ackerman, M. C. (1997). Child custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Profesional Psychology: Research and Practice*, 28, 137-145.

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., 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.

Blanchard, E. B. y Hickling, H. J. (2004). What are the psychosocial effects of MVAs on survivors? En 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., Taylor, A. E. y Loos, W. R. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 1-10.

Brooks, N. (1995). Compensation for psychological injury. En R. Bull and D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 427-444). Chichester: John Wiley and Sons.

Butcher J. N. y Miller, K. B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A. K. Hess e I. B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2ª ed., pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.

Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.

Cunnien, 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.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Duckworth, J. C. y Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counsellors and clinicians*. Bristol: Accelerated Development.

Echeburúa, E. y Corral, P. de (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.

Echeburúa, E. y Corral, P. de (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. y Corral, P. de y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de crímenes violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.

Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P. de, Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I*. Barcelona: Masson.

Graham, J. R. (2000). *MMPI-2. Assesing personality and psychopathology* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.

Gudjonsson, G.H. (1996). Psychological evidence in court. results from the 1995 survey. *The Psychologists*, 5, 213-217.

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.

Lewis, M. y Saarni, C. (1993). *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford Press.

Rogers, R. (1992). *Structured interview of reported symptoms*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.

Rogers, R. (1997). Researching dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 398-426). Nueva York: Guilford Press.

Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offset.

Schiebe, S., Bagby, R. M., Miller, L. S. y Dorian, B. J. (2001). Assessing posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 13(3), 369-374.

Taylor, S. y Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.

United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Viena: United Nations Publications.

Vallejo-Pareja, M. (1998). *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Wicker, A. W. (1975). An application of a multipletrait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.