p~

Aportaciones de la Psicología Jurídica y Forense a los accidentes de circulación: Testimonio y valoración de daño

Ramón Arce[1]
Deparlamento de Psicología Social y Básica, Universidad de Santiago de Compostela.

Francisca Fariña
Area de Psicología Básica, AIPSE, Universidad de Vigo

Agradecimientos: Los trabajos aquí referenciados contaron con la financiación del Programa de estructuración de unidades en régimen de concurrencia competitiva. Xunta de Galicia, Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, Dirección Xeral de Promoción Científica e Tecnolóxica do SUG (referencia *2006/30-0).*

1. INTRODUCCiÓN

Los accidentes de tráfico constituyen una de las mayores causas de mortalidad en nuestras sociedades, especialmente entre los jóvenes. Pero tras la cifra de muertes se esconde otra no menos importante, la de heridos (Tortosa y Montoro, 2002). Por ejemplo en España, con una población en tomo a los 45 millones de habitantes, la cifra de muertes supera los 4.000 al año y la de heridos los 145.000 (Dirección General de Tráfico, 2006). Tras cada víctima queda un daño irreparable al que legalmente las diversas legislaciones nacionales han dado una respuesta de reparación. Se define la víctima, en nuestro caso consecuencia de un Accidente con Vehículo a Motor (AVM), como aquella persona que ha sufrido un pe~uicio, entendiendo por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o

1 ramon.arce@usc.es

daño material, o un menoscabo importante en sus derechos (United Nations, 1988). Esto se puede aplicar, no sólo a la persona victimada, sino también a la familia primaria de la víctima. En el caso de la lesión mental o sufrimiento emocional, la reparación se ha plasmado en una compensación económica por el daño causado que corre usualmente a cargo de la compañía aseguradora del vehículo causante del accidente, aunque los estados también cargan con unos costes económicos muy elevados (Montoro, Roca y Tortosa, 2008). Las implicaciones testimoniales, civiles y penales de un accidente de circulación conllevan que la *Psicología Forense* y *del Testimonio* desempeñe un papel de especial relevancia tanto para el esclarecimiento de los hechos como para la prevención o valoración de las secuelas cognitivas y clínicas. Inicialmente es necesario proceder a una reconstrucción del accidente en la que las documentales policiales y periciales técnicas son las piedras angulares, pero en la que los testimonios de los implicados en el accidente y de los testigos presenciales también son de gran relevancia para la estimación legal de la responsabilidad en el accidente. Los testimonios de los implicados en el accidente, como partes que son con intereses en la causa (arts. 109 y 110 de la L.E. Crim), no son prueba suficiente habiendo de estar rodeados de ciertas corroboraciones periféricas de carácter objetivo que los doten de aptitud probatoria (Sentencia del TS, Sala de lo Penal, de 28 septiembre 1988, RJ 7070). Las corroboraciones periféricas aplicables a casos de AVM en las que sustentan jueces y magistrados para otorgar credibilidad a un testimonio son (Cuba, 2007): Un informe psicológico que concluye que el testimonio es o no creíble; un informe psicológico que certifica la existencia de daño psíquico consecuencia del AVM; circunstancias periféricas que rebaten la declaración del testigo; circunstancias periféricas que confirman la declaración del testigo; documentales o pericia les que contradicen el testimonio prestado; y testimonios que ratifican o contradicen el testimonio. En consecuencia, la evaluación de las variables que median la exactitud del testimonio y de la credibilidad del mismo son dos de las corroboraciones periféricas en las que sustentan la evaluación de la credibilidad del testimonio jueces y magistrados. Al respecto, la *Psicología Forense* y *del Testimonio* ha identificado las variables que modulan la exactitud de un testimonio honesto, y validado protocolos para la discriminación entre un testimonio real y uno inventado. Una vez establecida la responsabilidad en el accidente, la parte causante (v. gr., Ley 30/1995, del 8 de noviembre, *Ley de Responsabilidad Civil* y *Seguro en la Circulación de Vehículos* a *Motor)* ha de resarcir económicamente a la víctima del accidente del daño causado. Todo accidente lleva aparejado daños que, a los efectos de la restitución, se clasifican en patrimoniales (daño emergente y lucro censante) y no patrimoniales (daño a la salud que engloba el daño psicológico denominado daño moral). En este contexto, la *Psicología Forense* tiene la encomienda de verificar y cuantificar dicho daño, y, todo ello, dado que estamos en un contexto forense (American Psychiatric Association, 2002), controlando la (sobre)simulación. Adicionalmente, la evaluación psicológica puede dirigirse a la evaluación de las características de los actores a fin de identificar posibles causas de origen

psicológico en el accidente. En este capítulo revisaremos cada uno de estos puntos desde una óptica aplicada y ajustada a la Ley 30/1995, del8 de noviembre, *Ley de Responsabilidad Civil* y *Seguro en la Circulación de Vehículos* a *Motor.*

2. DEL TESTIGO VISUAL

Desde que McKeen Cattell (1860-1944) en el lejano 1893 (citado en Bartol y Bartol, 1987) demostrara que la confianza en el testimonio era diferente de la exactitud, la *Psicología del Testimonio* fue creando un corpus de investigación sobre las variables que modulan la calidad de un testigo presencial que fue esquematizado por Wells (1978) en torno a dos grupos de variables que participan en la exactitud en el testimonio: Las *variables* a *estimar,* esto es, los factores que afectan a los procesos de codificación y retención de información, y las *variables del sistema,* es decir, el modus operandi de los operadores policiales y judiciales.

Las variables a estimar comprenden las caracteristicas de la situación tales como el tiempo de exposición (a mayor duración del incidente, mejor recuerdo), intervalo de retención (a medida que se incrementa el tiempo de almacenamiento de la información, decae el recuerdo de características físicas), las condiciones físicas en las que se dio el testimonio (p. e., una baja iluminación dificulta el testimonio, el testimonio visual nocturno es de escasa exactitud), o las condiciones psicológicas en las que se produjo el testimonio (i. e., la ansiedad percibida por el testigo presenta una relación en forma de *U invertida* con la exactitud de éste); y las caracteristicas del testigo que condicionan la calidad del testimonio (v. gr., raza, género, edad, inteligencia, personalidad, transferencia de personas, estereotipos, información postsuceso). Las variables a estimar son variables naturales por lo que no se pueden controlar en casos reales; de ahí, que sólo se puedan estimar sus efectos en la calidad del testimonio. Por su parte, las variables del sistema se relacionan con todos aquellos factores asociados a la recuperación de la información que modulan la calidad del testimonio y sobre los que la actuación legal y de investigación tiene control. Éstas incluyen la confección inadecuada de ruedas de identificación, los interrogatorios sugestivos o coercitivos, el error de autenticidad o el efecto de compromiso. En resumen, el testigo presencial, aún queriendo ser honesto, está sujeto a numerosas fuentes de sesgo y error que pueden ser estimadas o controladas siguiendo, en este caso, un protocolo de actuación adecuada. Un compendio de las pautas de actuación podría ser el siguiente:

Reinstauración para la obtención del testimonio de los contextos específicos de los hechos a recordar, bien en memoria, bien mediante una reconstrucción de los hechos.

Crear un contexto adecuado para la obtención del testimonio (p. e., personalización de la entrevista, ambiente agradable) para evitar los efectos de condescendencia, obediencia o conformidad en el testimonio.

Obtención del testimonio lo más contiguo posible a los hechos (de este modo se controlan, en mayor medida, los efectos de la información post-suceso, transferencia de información e intervalo de retención).

No acudir a técnicas coercitivas, engañosas, *de vuelta atrás,* con un esquema o guión predeterminado o arbitrario, o que generen dudas en el testigo a la hora de prestar el testimonio. En la obtención del testimonio se ha de respetar la representación mental que el testigo tenga de los hechos observados.

No forzar al testigo a que recuerde.

Evitar la repetición de preguntas (genera la impresión en el testigo de que ha respondido erróneamente).

No repetir la respuesta del testigo (genera en el testigo la impresión de crítica).

Evitar preguntas de respuesta cerrada (de ser necesario han de incluir una alternativa de salida como "no recuerdo", "no sé", "no pude verlo").

No completar nunca las respuestas del testigo (i. *e.*, si no se fue a la derecha, entonces es que se desplazó a la izquierda).

Solicitar al testigo que utilice muletillas (v. gr., ¿No sabes?) o expresiones ómnibus *(e.* g., se dio un golpe yeso fue todo) que describa pormenorizadamente los hechos valiéndose para ello de imágenes mentales, sensaciones u otras técnicas de recuperación de memoria.

Manejar adecuadamente los tiempos en la obtención del testimonio (no interrumpir al testigo, controlarse de intervenir en las pausas y silencios largos).

Si hay varios testigos de los hechos, obtener los testimonios por separado.

Contrastar la consistencia del testimonio en el tiempo.

Contrastar la consistencia inter-testimonios y no otorgar más valor al testimonio de cargo que al que no aporta información (no apoya la versión de un testigo clave) o resta cargo a la prueba (i.e., niega la versión de otro testigo, pero no aporta otra).

Tener presente que los testimonios honestos contienen información inexacta (se estima que los testimonios honestos pueden llegar a contener hasta un 20 de información inexacta Kohnken, Milne, Memon y Bull, 1999).

En ruedas de identificación seguir las normas de construcción de las mismas y someter a una evaluación pericialla objetividad de la misma (para una información más pormenorizada véase Arce, Fariña y Real, 1993; Prieto, Diges y Bernal, 1990; Wells, 1993).

El entrevistador hará un resumen al final de la obtención del testimonio para que el testigo lo ratifique, complemente o corrija.

Realizar un informe sobre las características de la situación y las características del testigo que condicionan la calidad del testimonio con una estimación de las implicaciones para la calidad del testimoni02.

3. LA OBTENCiÓN DEL TESTIMONIO

Para que el psicólogo forense pueda emitir un informe pericial sobre la credibilidad del testimonio, una de las fuentes de corroboración periférica en la que jueces y magistrados descansan el criterio de verosimilitud, precisa que éste tenga una serie de características determinadas (i.e., longitud, productividad), de modo que la entrevista ha de posibilitar la obtención de un testimonio con éstas. La entrevista se agrupa en tomo a dos grandes procedimientos de ejecución: La *entrevista narrativa* (al entrevistado se le pregunta, "¿Qué ha pasado?", y el entrevistado ha de narrar los hechos tal y cómo los recuerda) y la *Entrevista interrogativa* propia de la investigación policial (el entrevistador, tras preparar una serie de preguntas sobre los hechos, le pide al entrevistado que las conteste). Para nuestro contexto de actuación es más efectiva y productiva la entrevista en formato narrativo (Fisher, Geiselman y Raymond, 1987). Con este formato, se han formulado diversos protocolos para la obtención del testimonio visual del evento acorde a las capacidades cognitivas del testigo y uno para la obtención del testimonio sobre el estado clínico.

El protocolo de entrevista narrativa para la obtención del testimonio de uso general es la *entrevista cognitiva mejorada* (Fisher y Geiselman, 1992) que es la versión forense de la *entrevista cognitiva* (Geiselman y otros, 1984). Éste es pertinente en nuestro caso dado que la aplicación de la misma no está limitada a la reproducción de un suceso de episodio único (muchas personas a evaluar pueden haber sufrido o presenciado previamente AVMs), ya que permite extender su utilización para recordar hechos que ocurren o se han observado frecuentemente de una manera similar (Mantwill, K6hnken y Ascherman, 1995). La entrevista cognitiva comprende cuatro técnicas generales de recuperación de memoria:

1. La primera técnica consiste en reconstruir mentalmente los contextos físicos y personales que existieron en el momento del accidente (o del hecho a recordar). Esto implica que al testigo se le pida que trate de situarse mentalmente en el lugar del accidente teniendo en cuenta:

Elementos emocionales, un ejemplo sería: "Trata de recordar cómo te sentías, qué te pasaba por la cabeza".

Elementos secuenciales: "Piensa en lo qué tenías en mente haciendo en ese momento".

Características perceptuales: "Ponte de regreso en la escena del accidente y haz un dibujo del lugar del accidente ¿Qué ves? ¿A qué olía? ¿Qué sonidos escuchas?"

2 Un modelo de informe de este tipo puede solicitarse a los autores.

2. La segunda técnica consiste en pedirle al testigo que narre todo lo sucedido, incluyendo la información parcial. Así, se le demanda que informe absolutamente de todo, incluso de los detallas que considere banales para la investigación, porque ésos pueden llevar a otros, asociados entre sí en la memoria, que sí sean relevantes. Esta estrategia se presenta especialmente importante a la hora de combinar la información de diferentes testigos, los detalles menores, dependiendo del caso, pueden conducir a buenas pistas sobre la consistencia inter-testigos. Con estas dos instrucciones, de imaginarse en la misma situación de nuevo y de recordar todos los detalles posibles, se obtiene una primera versión de lo sucedido.

3. La tercera técnica trata de animar al testigo a que se ponga en el lugar de la(s) víctima(s), de otro testigo del suceso, del conductor/maquinista, o de cualquier otra persona participante en el accidente, incluido el responsable del mismo, y que informe de lo que hubiera percibido desde esa perspectiva, si estuviera ocupando el lugar de esa persona. Esta técnica viene apoyada por los estudios de Bower (1967), quien halló que los sujetos al imaginarse los personajes de una historia, recordaban más información propia de la perspectiva del personaje con quien se habían identificado, que de otros personajes. De esta manera, se obtiene una segunda versión de la entrevista, desde una perspectiva diferente. Además, esta capacidad está relacionada con la realidad de lo informado (Arce y Fariña, 2005, 2006a,2006b).

4. La última técnica consiste en la instrucción al testigo para que recuerde desde diferentes puntos de partida, de un orden diferente a cómo se desarrollaron los hechos, esto es, desde el final al principio, o desde el medio, con el objetivo de recuperar pequeños detalles que pueden perderse al realizar una narración de los hechos siguiendo la secuencia temporal que éstos tuvieron. Esta técnica, además de ser efectiva para elicitar detalles adicionales (Memon, Cronin, Eaves y Bull, 1993), reduce el efecto que los conocimientos previos, las expectativas y los esquemas producen en el recuerdo. No en vano, como señalan Bower y Morrow (1990), tendemos a recordar el esquema o modelo mental que nos formamos de un evento, más que el evento mismo.

La entrevista cognitiva incluye técnicas suplementarias para facilitar el recuerdo de información específica, a saber:

- Gimnasia memorística para la apariencia física como pueden ser preguntas del tipo: "¿Te recordó el incidente a algo que habías visto o vivido previamente? ¿Había algo inusual en la escena de los hechos?".
- Nombres, lugares y similares: "Trata de recordar la primera letra del nombre, recorriendo una a una todas las letras del alfabeto" .

- Objetos: "Describe los objetos que habia en el lugar de los hechos, ¿Parecian que fueran pesados de llevar?".
- Conversaciones y características del habla: "¿Se utilizaron palabras extranjeras o inusuales? ¿Hablaban con algún acento característico? ¿Oíste dejes del habla?".
- N° de matrículas: "¿Te recuerdan los números o las letras de la matrícula a alguna cosa? ¿Los números eran altos o bajos?".

La entrevista cognitiva presenta tres grandes limitaciones que el psicólogo forense a da tener siempre presentes: La complejidad en su aplicación, por lo que es preciso contar con entrevistadores bien entrenados; requiere de la colaboración del entrevistado y las destrezas cognitivas que exige al entrevistado. Como quiera que buena parte de los testigos, y muy especialmente las víctimas de AVMs, tienen lagunas cognitivas para tal desempeño se han desarrollado dos protocolos de actuación adaptados a las dos poblaciones que presentan estas carencias: Los menores y las personas con alguna discapacidad cognitiva.

Para la entrevista a menores testigo, el Memorandum of Good Practices de los Ministerios del Interior y Sanidad de Inglaterra (puede verse en Bull, 1997) conforma el protocolo de actuación más recurrido para entrevistar a niños testigo. Previamente a la entrevista en sí, se recomienda recabar información sobre el estado evolutivo del niño, nivel de lenguaje, antecedentes (v. gr., accidentes, testimonios previos), y maduración física y social. Éste consta de cuatro fases que debe completar el entrevistador por este orden específico:

a) Entendimiento y compenetración.

b) Recuerdo libre.

c) Interrogatorio.

d) Conclusión.

La primera fase, el entendimiento y compenetración con el menor, es de una importancia trascendental para la obtención de un buen del testimonio. De no conseguirse que el niño se relaje y sienta cómodo, no obtendremos un buen flujo comunicativo. Debe prestarse especial atención a que los niños generalmente están educados para no hablar con extraños. Para ello se recomienda iniciar la tarea a propósito de acontecimientos *neutrales* tales como hobbies, amigos, colegio u otros similares. El entrevistador obtendrá de esta primera aproximación información sobre el nivel de lenguaje y desarrollo. El último fin de esta primera fase es informar al niño de lo que se espera que haga a partir de ese momento. El entrevistador debe tener estar atento a controlar que los niños que puedan sentirse culpables o que crean haber hecho algo malo. Por todo ello, es necesario insistirles y dejarles muy claro la necesidad de que digan la *verdad,* que cuenten lo que han observado.

En la segunda fase, el recuerdo libre, se le demanda al niño que cuente todo lo acontecido (p.e., ¿Sabes por qué estamos aquí"?). El entrevistador puede actuar como facilitador, pero nunca hacer preguntas específicas. Algunas cogniciones del niño merecen una consideración específica: a) Con cierta frecuencia creen que los adultos ya saben lo que ocurrió; o b) entienden que no deben contarnos los hechos. A lo largo de la entrevista, el entrevistador debe adoptar una postura de escucha activa, controlándose de intervenir en las pausas y con silencios largos.

La tercera fase, el interrogatorio, presenta el siguiente orden de prelación en la formulación de las cuestiones: a) Preguntas abiertas; b) preguntas específicas pero no sugestivas; e) preguntas cerradas; y d) preguntas profundas. Una vez el entrevistador esté totalmente seguro que el recuerdo libre ha terminado puede formular, en su caso, preguntas abiertas a fin de que nos proporcione más información sobre algunos puntos no aclarados. Ahora bien, las preguntas con el formato "¿por qué?" pueden implicar para el niño, en determinados contextos, una culpabilización. En consecuencia, estas preguntas han de obviarse en la medida de lo posible. Además, tanto la reformulación de preguntas como la solicitud de repetición de una respuesta deben evitarse sobre la base de que pueden interpretarlas como una crítica o una respuesta incorrecta, respectivamente. Las preguntas específicas tendrán como objeto la aclaración de algunos contenidos obtenidos previamente. En todo caso, es imprescindible controlar la posible *sugestión* de este tipo de preguntas, esto es, la pregunta no llevará implícita la respuesta. Del mismo modo, las preguntas con dos alternativas de respuesta bipolares (p. *e.*, "sí" o "no") tampoco tienen cabida en este momento de la entrevista. Los contenidos de las preguntas estarán mediados por el nivel de desarrollo del niño. Así, de no tener aún adquirido un lenguaje y hábitos horarios, se obtendrá esta información con otros referentes como los recreos, comer, dormir, jugar o ver la TV. Las preguntas cerradas, por su parte, tendrán lugar si los modos anteriores no han dado los resultados apetecidos. Las preguntas con sólo dos alternativas de respuesta deben evitarse, en la medida de lo posible" En su caso, recordar, si es que no se ha instaurado previamente o si se tienen dudas sobre sí está presente, la opción de respuesta "no sé" o "no recuerdo". Finalmente, de considerarse imprescindible, el entrevistador puede formular *preguntas profundas.* Son preguntas profundas aquellas que llevan implícita la respuesta.

La cuarta fase, el cierre de la entrevista, constará de una recapitulación en la que se indagará, usando un lenguaje adaptado a la evolución del niño, sobre si lo obtenido en la entrevista es correcto; y una clausura, que tendrá por objeto el establecimiento de un nivel de angustia y humor normalizados (al igual que al inicio de la entrevista se volverá a cuestiones neutras, se le agradece la colaboración, y se le hará saber que no ha fallado en sus respuestas).

Para aquellos testigos o víctimas (téngase presente la alta probabilidad en los accidentes de tráfico de una lesión cerebral) con alguna limitación o discapacidad

3 El niño generalmente da la primera alternativa disponibles, especialmente si es un "si" .

cognitiva, hemos creado y validado técnica y legalmente (Arce, Novo y Alfaro, 2000) unas pautas y protocolo de actuación. El método se inicia, tras constatar algún indicio de discapacidad, disfunción o limitación cognitiva que pueda afectar al testimonio, con la cumplimentación de las escalas de Wechsler correspondientes, generalmente el WAIS. La observación de deficiencias, accidente con daño neurológico o la constatación de diferencias significativas entre los CI verbal y manipulativo se muestra como un indicador fiable de lesión cerebral. En concreto y en el WAIS, nos alertan de lesión posiblemente relevante aquellos resultados con una diferencia significativa entre el CI verbal y manipulativo (unos autores apuntan >10 puntos, en tanto otros los elevan a 15) (véase Wechsler, 1976 para una revisión) y, en nuestro caso, debe ser mayor el coeficiente manipulativo que el verbal (posible organicidad en el hemisferio izquierdo). Asimismo, las pruebas documentales, entrevistas y antecedentes del sujeto nos aportarán información importante para definir si es o no factible una lesión. Sin embargo, no toda lesión cerebral es incapacitante para la prestación de un testimonio. Así pues, procedemos, una vez detectada una posible lesión cerebral o deterioro mental, a identificar las áreas cognitivas afectadas por la lesión o deterioro. Una herramienta aconsejable es el Test Barcelona Peña-(Casanova, 1990) y su versión revisada (Casanova, 2005) por su fiabilidad y por la gran concreción que presenta en áreas que permiten ajustar, la obtención del testimonio a las limitaciones que tiene el testigo. En una primera aproximación, las lesiones operativas se clasifican en afasias, alexia y acalculias. Obviamente, las lesiones suelen centrarse en alguna de ellas. No obstante, cada agrupación se subdivide en áreas. Asi, el test Barcelona mide 42 áreas neurológicas distintas: Lenguaje espontáneo, fluencia y contenido informativo, prosodia, orientación, digitos, lenguaje automático, praxis orofonatoria, repetición verbal, repetición error semántico, denominación visuo-verbal, denominación verbo-verbal, evocación categorial en asociaciones, comprensión verbal, lectura verbalización, comprensión lectora, mecánica de la escritura, dictado, escritura espontánea, gesto simbólico, mimica de uso de objetos, uso secuencial de objetos, imitación de posturas, secuencias de posturas, praxis constructiva gráfica, atención visuográfica, orientación topográfica, imágenes superpuestas, apareamiento de caras, colores, analizador táctil, reconocimiento digital, orientación derecha-izquierda, gnosis auditiva, memoria verbal, aprendizaje de palabras, memoria visual, cálculo, problemas aritméticos, información, abstracción verbal, clave de números, y cubos.

Los resultados cuantitativos del test Barcelona se evalúan, asimismo, en función de categorias cualitativas, niveles inferior «P1O), minimo, medio y máximo. Tras la evaluación global deberá realizarse una evaluación sobre la adecuación y obtención del testimonio y bajo qué condiciones. Por ejemplo, una persona con anomia y praxis orofonatoria puede evidenciar dificultades en identificar comportamientos verbalmente e intercambiar palabras (por ejemplo vecina por bocina), lo cual no indica que carezca de fiabilidad en el testimonio aportado. También es frecuente encontrar testigos que no presentan una memoria de textos, esto es, carecen de memoria episódica, pero no asi de memoria inducida por

preguntas con lo que pueden responder perfectamente a un interrogatorio y no tienen capacidad para crear un evento narrativo falso congruente al adolecer de la memoria episódica necesaria para este menester.

Una última fuente de obtención de información con implicaciones para la credibilidad de un testimonio procede del ámbito clinico. Para la valoración del daño clinico asociado a la victimación de un AVM, hemos desarrollado (Arce y Fariña, 2001) un protocolo de actuación especifico, la *entrevista clínico forense,* que es una entrevista de orden clínico narrativo en formato de discurso libre. Ésta se justifica, en este contexto, porque los instrumentos usuales de medida clínica están desarrollados sobre la base de que estamos ante un paciente. Por tanto, no tiene interés el estudio de la simulación. Por ello, las entrevistas clinicas estructuradas o semi-estruc!uradas, al igual que los checklist e instrumentos de medida psicométricos no se han diseñado específicamente con el propósito de controlar la simulación al propiciar información que la facilita de un trastorno mental. Por ejemplo, ante la pregunta "¿tiene usted dolores de cabeza?" (1" pregunta del SCL-90-R, Derogatis, 2002), el sujeto simulador tiene ante sí un facilitador de la respuesta de simulación. Este tipo de preguntas proporciona al sujeto *un camino conducente* para la selección de los síntomas asociados a una determinada enfermedad psíquica. De hecho, el sujeto es sometido a una *tarea de reconocimiento* que sólo requiere del simulador la habilidad necesaria para discriminar entre ítems pertenecientes a una patología u otra. Complementariamente, los datos muestran que la evaluación clínica tradicional, basada en la entrevista clínica estándar e instrumentación psicométrica, nunca ha llegado al *diagnóstico de simulación* (v. gr., Rogers, 1997), a la vez que los sujetos son capaces de simular efectivamente una enfermedad mental determinada y discriminarla de otras. En el caso concreto de las secuelas de un AVM, la tasa de efectividad de simulación en el MMPI-2 se elevó al 60,9 (Arce, Carballal, Fariña y Seijo, 2004). Si bien algunos instrumentos psicométricos cuentan con *escalas del control de validez* de los datos del registro, no son prueba suficiente para establecer fehacientemente simulación porque: a) La impresión de simulación es compatible con la formulación de otras hipótesis alternativas (p. e., Graham, 2006; Jiménez y Sánchez, 2003); b) no clasifica correctamente a todos los simuladores (v. gr., Bagby, Buis y Nicholson, 1995); y e) no proporcionan diagnósticos sino impresiones diagnósticas. En otras palabras, basándonos sólo en este instrumento se pueden cometer dos tipos de errores: Falsos positivos (catalogar a enfermos reales como simuladores) y errores de omisión (no detectar como simuladores a sujetos que realmente están simulando). Todo ello ha llevado a que se propusiera, a fin de minimizar estas fuentes de error, la adopción de una estrategia de evaluación multimétodo (p. e., Arbisi, 2005). Con este propósito Arce y Fariña (2001) han concretado lo que denominan *entrevista clínico forense* cuyo proceder

consiste en pedir' a los sujetos que relaten, en contraste con el momento anterior al AVM, los síntomas que advierten en sí mismos, los cambios comportamentales y los pensamientos que les invaden (esto es, EEAG en el eje V del DSM-IV-TR). Si los sujetos no responden de motu propio, les será requerido por medio de preguntas abiertas, de acuerdo con el eje V del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), que informen igualmente sobre sus relaciones familiares (EEGAR); relaciones sociales (EEASL) y relaciones laborales (EEASL). Con este procedimiento, sometemos a los sujetos a la ejecución de una *tarea de conocimiento* de síntomas, en tanto con las entrevistas estructuradas, semi-estructuradas, checklist e instrumentos psicométricos desempeñan una *tarea de reconocimiento* de síntomas. Este procedimíento de entrevista se mostró fiable, válido y productivo en la detección de simulación de un Trastorno por Estrés Postraumático ligado a una falsa agresión sexual o intimidación (Arce, Fariña y Freire, 2002), en simulación de un trastorno mental no-imputable (Arce, Pampillón y Fariña, 2002), en la simulación de daño propio de violencia de género (Arce y Fariña, 2007a) y en simulación del daño psíquico vinculado a un AVM (Arce y Fariña,2007b).

Al igual que la entrevista de hechos, la entrevista clínico-forense ha de ser grabada para practicar el subsiguiente análisis de contenido de la misma. Las categorías de análisis clínicas son los síntomas descritos en el DSM-IV-TR para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) que constituye la huella psíquica de un AVM (Blanchard y Hickling, 2004; Fuglsang, Moergeli y Schnyder, 2004; Stallard, Salter y Velleman, 2004) y cualquier otro síntoma clínico (de estos síntomas nos valemos para contrastar la validez convergente con otras medidas de daño). No obstante, no ha de olvidarse que, en víctimas directas e indirectas de AVMs, otros daños en ausencia de un Trastorno por Estrés Postraumático no se pueden considerar una secuela (O'Donnell y otros, 2006). Así, contamos con un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistemas de categorias metódicas. Si bien la gran mayoria de los síntomas, incluidos los más adversos, pueden ser informados directamente por los sujetos (Lewis y Saarni, 1993), algunos sólo pueden observarse. En consecuencia, la detección de las categorías responde a dos métodos complementarios: Expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos. Por ejemplo, el deterioro de memoria puede ser manifestado directamente por el sujeto o ser inferido por el codificador tras la entrevista. Para el control de la (sobre)simulación, hemos confeccionado un sistema categorial metódico de estrategias de (sobe)simulación que se validó en diferentes estudios (i.e., Arce y Fariña, 2008; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006). Las 9 estrategias del modelo se definen a continuación:

[4] El entrevistador debe estar entrenado. tener conocimientos de psicopatología y proceder con escucha activa.

- No cooperación con la evaluación. Se codifica esta posibilidad cuando el sujeto no muestra interés en la evaluación o no responde a la misma (American Psychiatric Association, 2002; Lewis y Saarni, 1993).
- Síntomas sutiles. Los sintomas sutiles no son síntomas reales, sino problemas cotidianos que se informan como sintomas asociados a una enfermedad mental (p.e., ser desorganizado, falta de motivación, dificultades en la toma de decisiones ordinaria) (Rogers, 1990).
- Sintomas 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).
- Síntomas obvios. Éstos son síntomas de carácter psicótico que se relacionan con lo que vulgarmente se conoce como locura o enfermedad mental (Greene, 1980).
- Sintomas raros. Esta contingencia se da cuando el sujeto dice padecer síntomas que raramente se dan incluso entre poblaciones psiquiátricas reales (Rogers, 1990).
- Combinación de síntomas. Este indicador de simulación se codifica cuando el sujeto informa de síntomas reales que difícilmente se dan juntos (v. gr., esquizofrenia y extroversión) (Rogers y Mitchell, 1991).
- Severidad de síntomas. Esta categoría analiza el grado de severidad de los síntomas manífestados. Es frecuente que los símuladores atribuyan a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema (Rogers y Mitchell, 1991).
- 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 forense sobre si esos síntomas se corresponden con la actitud, presencia y comportamiento del sujeto (Jaffe y Sharma, 1998).
- Agrupación indiscriminada de síntomas. El sujeto informa de problemas psiquiátricos de forma indiscrimínada (Rogers, 1988).

4. EVALUACiÓN DE LA VALIDEZ Y REALIDAD DEL TESTIMONIO

Los protocolos de análisis de contenido basados en categorías que discriminan entre memoria de lo percibido (real) y lo imaginado (no real) fueron creados, en príncipio, para el testimonio de menores víctimas de agresiones sexuales, pero son igualmente efectivos con adultos (Landry y Brigham, 1992; Spórer, 1997; Vrij, Edward, Roberts y Bull, 1999; Zaparniuk, Yuille y Taylor, 1995), en secuencias de

medidas, y en otros casos diferentes a la agresión sexual (p. e., Arce, Fariña y Freire, 2002; Sp6rer, 1997; Porter y Yuille, 1996). En estos nuevos contextos obviamente no todas las categorías son productivas. Así, Landry y Brigham (1992) limitan el uso a 14 categorías con adultos porque advíerten que tres de ellas sólo son aplicables a menores (incomprensión de detalles relatados con precisión; perdón al autor del delito; y detalles característicos de la agresión) mientras que otras dos (elaboración inestructurada y asociaciones externas relacionadas) no son productivas. Sin embargo, nosotros (Arce y Fariña, 2008; Arce, Fariña y Freire, 2002; Arce, Fariña y Vivero, 2007) encontramos que la productividad y eficacia discriminativa de las categorias de realidad interaccionaba no sólo con el tipo de población, sino también con la figura delictiva. Deductivamente, en principio deben considerarse todos los criterios en el análisis porque la productividad parece depender del tipo de caso, de las particularidades de la acción a examinar y del perfil sociodemográfico del entrevistado. **En** todo caso, de no ser productivas o aplicables no se registrarían en el análisis de contenido. A su vez, la combinación de los diferentes sistemas categoriales es posible y efectiva, ya que pueden sumar sus efectos (Sp6rer, 1997; Vrij et al., 1999). **En** concreto, la combinación del *Criteria aased Content Análisis* (CBCA) (Steller y K6hnken, 1989) y los criterios ampliados del *Reality Monitoring* (RM) (Sp6rer, 1997) mejora ligeramente la fiabilidad del sistema (en simulaciones), resultando de añadir al *CaCA* los criterios *información perceptual* y *operaciones cognitivas* del *RM* (Vrij, 2000). De este estado de la literatura se desprende que es factible un sistema combinado de todos los criterios de realidad de los diferentes sistemas propuestos en la literatura y que se pueden definir criterios propios de delitos o poblaciones específicas. Para la creación de un sistema combinado partimos de las categorías de realidad (se excluyeron las de validez) de los sistemas de Arntzen (1970), del *CaCA, RM,* del *Statement Reality Analysis* (SRA) (Undeutsch, 1967, 1988) Y los criterios de Arce y otros (2006) aplicables en el contexto de un AVM. A fin de garantizar una independencia de las categorías, tal y como requiere un sistema metódico, éstas fueron evaluadas en el grado de solapamiento por jueces en tarea *thurstone.* De este modo, hallamos que las categorías *concreción* (claridad, viveza en vez de vaguedad), *originalidad de las narraciones* (frente a estereotipos) del *SRA* y *sintomatología clínica no accesible* de Arce y Fariña, eran complementarias y distinta de las anteriores; y que la categoría del *CaCA correcciones espontáneas* era parte de una más amplia del *SRA, correcciones espontáneas, especificaciones* y *complementaciones de la declaración.* De este modo resultó un sistema categorial compuesto por 24 categorías que se relacionan:

A. Características generales (los criterios aquí englobados se refieren a la declaración tomada en su totalidad):

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

- Concreción *(SRA,* claridad, viveza en vez de vaguedad).

B. Contenidos específicos (se avalúan partes específicas del testimonio referidas a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones):

- Engranaje contextual (ubícación de la narración en un espacio y tíempo).
- 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).
- Información perceptual *(RM,* información sensorial tal como sonidos, gustos o detalles visuales).
- Operaciones cognitivas *(RM,* codificación inversa, descripciones de inferencias hechas por otros durante el evento).

C.- Peculiaridades del contenido (se incluyen aquí aquellas características de una declaración que aumentan su concreción o viveza):

- 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 declarante no comprende, pero que realmente sí tienen sentido).
- Originalidad de las narraciones *(SRA,* frente a estereotipos).
- 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 al estado mental del causante del accidente (referencias al estado mental, atribución de motivos).

0-. Contenidos referentes a la motivación (estos criterios desvelan la motivación del testigo para hacer la declaración):

- Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones de la declaración *(SRA,* correcciones especificaciones o complementaciones o mejoran 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 accidente (manifiesta perdón para el causante del accidente).

E. Elementos específicos del accidente (elementos del testimonio que no se relacionan con la viveza general de la declaración, pero sí se relacionan con el accidente):

- Detalles característicos del accidente (descripciones que contradicen las creencias habituales sobre los accidentes).

F. Manifestación de secuelas clínicas (el testimonio incluye la presencia de síntomas clínicos).

- Sintomatología clínica no accesible! (criterio de Arce y Fariña, se registra sintomatología clínica no accesible a la simulación).

Sometido a prueba este sistema categorial (Arce y Fariña, 2008; Arce, Fariña y Vivero, 2007), tomando como variable de medida la presencia o ausencia del criterio, hallamos que las categorías estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, complicaciones inesperadas, originalidad de las expresiones, correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria, planteamiento de dudas sobre el testimonio, autodesaprobación y sintomatología clínica no accesible, discriminaban significativamente entre declaraciones verdaderas e imaginadas. Las restantes categorías o bien no eran productivas con adultos, bien no diferenciaban entre declaraciones reales e imaginadas. Para concluir que el testimonio es real se han de verificar más de 5 de estos criterios. Las categorías en las que se resume la realidad del testimonio son: *Testimonio (muy) probablemente cierlo/real/creíble; testimonio carente de criterios de realidad;*

5 Los *sintomas poco accesibles* a la simulación de un TEP originado por un accidente de tráfico (Arce y otros, 2006) son:
Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el accidente.
Incapacidad para recordar un aspecto importante del accidente.
Hipervigilancia.
Respuestas exageradas de sobresalto.

testimonio inválido y, en su caso, *indeterminado* (también puede referirse *como prueba insuficiente).*

Antes de practicar el estudio de la realidad de la declaración es necesario verificar previamente si el testimonio ha sido obtenido de modo que permita el mismo, esto es, en línea con el Sistema de Evaluación Global (Arce y Fariña, 2005,
2006a, 2006b), si es prueba suficiente y válida. Para verificar si la *Prueba* es *(in)suficiente* el psicólogo o perito forense ha de plantearse las siguientes cuestiones ¿Supera la capacidad de memoria del testigo? ¿Contiene toda la información necesaria del accidente?). Además, es preciso que los testimonios sean prueba válida para proceder con el estudio de la realidad. De hecho, si una prueba no es válida ya no tiene sentido la estimación de la realidad de ésta. Para confrontar si la *Prueba* es *(in)válida* el perito o forense ha de responder a las siguientes preguntas:

a) (In)consistencia interna (¿tiene contradicciones internas en el relato?).

b) (In)consistencia externa (¿es consistente con otras pruebas robustas o incontrovertibles?).

c) (In)consistente con la anterior (¿hay consistencia en la información central inter-declaraciones?).

d) Persistencia en las declaraciones (¿son estables las declaraciones en el tiempo en los contextos?).

e) (In)consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza (¿contiene el relato hechos incompatibles con las leyes científicas
o de la naturaleza?).

Si la prueba es válida y suficiente para un análisis de la realidad se pasa a éste, pero de no ser válida o suficiente se detiene el análisis. Bajo esta última contingencia, es importante que el forense sea consciente que de la desestimación
de la prueba por ser insuficiente o inválida para la práctica de la prueba psicológico-forense no se puede inferir que sea falsa y que del hecho de que la prueba no sea válida o suficiente para un estudio de la realidad no implica que carezca de validez legal.

5. EN BUSCA DEL DAÑO MORAL A TRAVÉS DE LA HUELLA PSICOLÓGICA

El primer paso a resolver es la identificación del daño psicológico consecuencia de un AVM. Al respecto, la literatura ha identificado sistemáticamente el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEP) como la huella del daño psíquico al comprobarse
sistemáticamente que este trastorno estaba relacionado con situaciones traumáticas de muy diversa índole, tales como agresiones sexuales (Breslau,

Davis, Andreski y Peterson, 1991; Resnick y otros, 1993), desastres naturales (Hodgkinson y otros, 1995), lesiones con daño cerebral (Bryant y Harvey, 1998), supervivencia de incendios (Harvey y Bryant, 1999), veteranos de guerra (Orcutt, Ericsson y Wolfe, 2004) o AVMs (Blanchard y otros, 1996). Si bien, en todas las situaciones traumáticas se ha identificado el **TEP** como el trastomo de referencia, raramente se da de forma aislada, cifrándose entre el 80 y el 85 de los diagnosticados con **TEP** los que presentan otro desorden clinico (Creamer, Burguess y Mcfarlane, 2001). Estos trastornos secundarios varían de un estresor a otro. Así, en casos de agresíones sexuales los trastornos secundarios suelen ceñírse a depresión, ínadaptación social y disfunciones sexuales en tanto, en el caso que nos ocupa, los accidentes de tráfico, los trastornos secundarios ínformados son la depresión, distímia, ansiedad, fobias y abuso/dependencia de sustancias o alcohol (Blanchard y Hicklíng, 2004; Bryant y Harvey, 1995; O'Donnell, Creamer y Pattíson, 2004; Fuglsang, Moergeli y Schnyder, 2004; Maes y otros, 2000; Stallard, Salter y Velleman, 2004; Taylor y Koch, 1995). De todos ellos, la depresión es el trastorno que más comorbilidad presenta con el TEP, entre el 50 y el 60 de los casos diagnostícados de PTSD (O'Donnell, Creamer y Pattison, 2004; Blanchard y otros, 2004). Sin embargo, cuando se encuentra depresión en ausencia de un TEP, no se puede considerar una secuela del hecho traumático (O'Donnell et al., 2006). Asimismo, la presencia de un subsíndrome del **TEP** no es prueba suficiente de daño psicológico. Además, el **TEP** cumple con un requisito legal ineludible: Permite establecer una relación causa-efecto entre el hecho traumático y las secuelas psíquicas. La prevalencía de un **TEP** tras un evento estresante en pequeña y altamente variable. De la National Comorbidily Survey (Kessler y otros, 1995) se deduce que sólo el 5 de los varones y el 10 de las mujeres desarrollan un **TEP** consecuencia de la exposición a un evento traumátíco. Por su parte, la variabilidad es tan oscilante como que en los casos de pacientes que padecen dolor cróníco sólo el 10 cumplen los críteríos del **TEP** (Benedikt y Kolb, 1986); entre el 55-60 de las víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa y Corral, 1998); o entre el 30 y el 50 de los pacíentes con dolor cróníco derivado de un AVM (Chíbnall y Duckro, 1994; Taylor y Koch, 1995). Asimismo, los síntomas fluctúan en el tíempo. Así, O'Donnell, Creamer, Pattíson y Atkín (2004) hallaron que el 46 de los diagnostícados de **TEP** a los 3 meses del evento traumático, no lo presentaban a los 12 meses, mientras que el 31 de los diagnosticados de **TEP** a los 12 meses no lo padecían a los 3 meses.

El diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático como una entidad clinica fue reconocido por primera vez en el DSM-III (American Psychíatric Association, 1980), aunque había precursores clinicos y conceptuales de este diagnóstico en las versiones anteriores de este manual y en la nosología ínternacional de la Organízación Mundíal de la Salud. Actualmente, el DSM-IV- **TR** (American Psychiatric Association, 2002) recoge dentro de los trastornos de ansiedad la

definición más reciente del Trastorno por Estrés Postraumático que quedaría reflejado a partir los siguientes criterios diagnósticos:

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

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

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones (en los niños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar (en los niños puede haber sueños terrorificos de contenido irreconocible).
- El individuo tiene la sensación o actúa como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo, incluyéndose la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos de ñashback (los niños pequeños pueden reescenificar el aconteciiento traumático específico).
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estimulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolicen o recuerden un aspecto del acontecimiento traumático.

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

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
- Sensación de un futuro desolador (p. ej., no esperar encontrar un empleo o casarse).

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

- Dificultades para conciliar y mantener el sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultades para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas o de sobresalto.

E. Estas alteraciones (sintomas de los criterios B, e y D) se prolongan más de un mes.

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

El Trastorno por Estrés Postraumático puede ser agudo, si los síntomas duran menos de 3 meses ~I menos estudiado- ; o bien crónico, si los síntomas duran tres meses o más. Además hay que especificar, en su caso, si el trastorno es de inicio demorado, es decir, si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. Para que el daño psíquico se considere objeto de indemnización como daño no patrimonial, esto es, como daño moral, el marco legal vigente exige que éste se haya cronificado, es decir, que esté instaurado en el evaluado más de tres meses. Si se ha producido daño psíquico y éste no se cronifica, la víctima, bien sea directa o indirecta, tendría derecho a que

se le abonara el tratamiento (daño patrimoniales), pero no a una indemnización por el daño consolidado (daño moral).

6. EVALUACiÓN DE LA (SOBRE)SIMULACIÓN DE DAÑO CLíNICO

En el contexto 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 símulación, no es efectíva la evaluación clínica ordínaría. De hecho, la evaluación clínica tradicional nunca ha informado de simulación (i.e., Rogers, 1997). La líteratura ha ínformado que los métodos tradicionales de evaluación de las simulación (p. e, instrumentación psicométrica con escalas de control de validez; entrevista estructurada, checklíst) no son totalmente efectivos en la detección de la simulación por lo se ha apuntado que la detección de la simulación merece una aproximación multimétodo (Arbisi, 2005). En esta línea, nosotros (Arce y Faríña, 2007a; Arce y Faríña, 2007b) creamos y validamos un procedimiento multimétodo que se ha mostrado efectivo el control de la simulación en muy diversos contextos (i.e., malos tratos, enajenación mental, AVMs, acoso moral, agresiones sexuales). Dicho procedimiento se basa en la combinación de dos métodos distintos de obtención de la información: Una tarea de reconocimiento y una tarea de conocimiento. En la tarea de conocimiento, los sujetos son sometidos a una *entrevista clínico forense* (Arce y Fariña, 2001), o sea, a una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre. El procedímíento puede verse en el apartado de *obtención del testimonio* de este mismo trabajo. La entrevista grabada en vídeo es sometida a análisis de contenido siendo las categorías de análisis los criterios diagnósticos del DSM-IV del Trastorno por Estrés Postraumático y cualquier otro síntoma clíníco que se detecte en la misma. El control de la fiabilidad de la entrevista, esto es, la consístencia interna, se aborda a través de un análisis de contenido dírígido a controlar si el sujeto sigue una o más de las estrategias de simulación en tareas de este tipo (ver el apartado *la obtención del testimonio).* Como ínstrumento de medida en tarea de reconocimíento, recurrimos al MMPI·2 (Hathaway y McKinley, 1999) dado que es el instrumento más utilízado para la evaluación forense del daño psíquico (Butcher y Miller, 1999) y cuenta con escalas de control de la valídez. Con estas dos medidas que se aplican por este orden, nosotros valídamos un protocolo de actuación que se ha mostrado totalmente efectivo en la detección de la simulación de daño psíquico en AVMs (Arce y Fariña, 2007b). Dícho protocolo parte de la existencia de criterios positivos, esto es, contrarios a la simulación, y negativos o, lo que es lo mismo, que informan de simulación. Son *criterios positivos* (contrarios a la simulación) la no evitación de respuestas y la deseabilidad social. Así, aquellos sujetos que sean evaluados por las escalas de control del MMPI en el sentido de que se abstienen significativamente de dar respuesta (Escala ?) y que tienden a dar respuestas de deseabilidad social (Escalas L y K), están emitiendo respuestas honestas. Si bin, la *no respuesta* se ha interpretado en términos médico legales como un indicador

fiable de simulación (v. gr., Lewis y Saarni, 1993; Bagby y otros, 1997; American Psychiatric Association, 2002), los datos provenientes de simuladores nunca han mostrado que éstos acudan a tal estrategia. Por su parte, los *criterios negativos* son: a) Los instrumentos de medida de la salud mental (esto es, MMPI-2 y entrevista), no detectan, en protocolos válidos, un daño psiquico compatible con la victimación de un AVM (en otras palabras, si los instrumentos de medida no detectan daño psíquico, no se puede sostener el mismo); b) las escalas de control de validez del MMPI-2 y sus combinaciones relacionadas con la (sobre)simulación; c) la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y d) ausencia de concordancia inter-medidas. El primer criterio es eliminatorio, o sea, si la enfermedad mental no es mensurable, no se puede sostener la existencia de un daño psíquico consecuencia de un AVM, Los restantes, en si mismos, no son determinantes, con lo que se requerirá la concurrencia de varios criterios y el estudio de las hipótesis altemativas para concluir con relación a la no-imputabilidad. Para estos últimos indicios de no validez es para los que formulamos el concepto de *invalidez convergente* que requiere de, al menos, seis indicios de invalidez para desestimar un protocolo como válido. Con estos criterios, confeccionamos (Arce y Fariña, 2007b) el siguiente protocolo de acíuacións:

a- Consistencia inter-medidas: Recurso a sistemas de medida complementarios y concordantes, no fácilmente simulables o con control de la validez del protocolo (MMPI-2, SCL-90-R, observación y registro conductual, entrevista clínico-forense) que impliquen tareas distintas, reconocimiento, MMPI-2 y SCL-90-R, y de conocimiento (p. e., entrevista clínico forense). Ha de tenerse en mente que la tasa de consistencia no va a ser total (í.e., en las evaluaciones test-retest se admiten como consistentes índices de cronbach <,62).

b- Análisis de la consistencia interna de las medídas: Escalas de control del MMPI-2 y SCL-90-R, y consistencia interna de la entrevista clínico forense mediante el estudio de las estrategias de simulación (evitación de respuestas, síntomas raros, combinacíón de síntomas, síntomas obvios, síntomas sutiles, (in)consistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas, severidad de síntomas).

c- Análisis de la consistencia inter-evaluadores. Para el control de los sesgos y errores de la evaluación y del análisis de contenido, éstos son llevados a cabo por dos peritos/forenses por separado de modo que se puede someter a prueba la consistencia inter-evaluador.

[6] Los peritos psicólogos pueden solicitar a los autores un modelo de informe de valoración del daño moral con control de la (sobre)simulación según acorde al protocolo de Arce y Fariña,

d- 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 Graham, 2006; Hathaway y Mckinley, 1999; Jiménez y Sánchez, 2003); del cumplimento de los criterios del *Modelo de Decisión Clínica* para el establecimiento de la simulación (Cunnien, 1997); del hallazgo de sintomatologia no accesible en la entrevista clínico-forense (Arce y otros, 2006), y del estudio de los criterios positivos (contarios a la simulación).

e- Estudio de los antecedentes, pruebas documentales y otros. Afortunadamente, en la realidad contamos con más información acerca del sujeto lo cual facilita, si no determina, la evaluación. Así, se puede reforzar la evaluación con el estudio de los antecedentes del sujeto, datos del entorno, un estudio de su comportamiento, de pruebas documentales, otros testimonios, etc.

f- Contraste de la validez discriminante. En otras palabras, tomamos una medida no relacionada con el caso, tal como la personalidad (en concreto, aplicamos 16PF-5), en la que nos detenemos a observar si se registra una personalidad anómala
y, sobre todo, en la manipulación de la imagen, aquiescencia en las respuestas e infrecuencia. De estos indicadores de validez nos servimos para contrastar intentos de distorsión sistemáticos de las respuestas. Adicionalmente, la validez discriminante se aborda a través de la presencia o no de cuadros clínicos no relacionados con la victimación de un AVM.

g- El sistema de evaluación se ciñe a las siguientes categorías:

h- Sobre el daño en la salud mental: "Observamos u daño en la salud mental compatible con la huella psíquica consecuencia de un AVM" vs. "No observamos daño en la salud mental compatible con la huella psíquica consecuencia de un AVM"

i- Sobre la validez de las medidas del daño psíquíco:
"Observamos indicios sistemáticos de (sobe)simulación en el daño psíquico informado"; "No hallamos indicios de (sobre)símulación en el daño psíquico informado" o, en su caso, "indefinido".

7. **PROCEDIMIENTO DE VALORACiÓN CUANTITATIVA DEL DAÑO MORAL**

Para la valoración cuantitativa del daño moral, exigida en la *Ley de Responsabilidad Civil* y *Seguro en la Circulación de Vehículos* a *Motor* para poder establecer una reparación del mismo, acudimos a las escalas de valoración del Eje V recogidas en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): EEAG, EEASL y EGAR. De este modo obtenemos una valoración cuantitativa objetiva en porcentaje de daño que puede ser sometida a contradicción, en su caso, por otro perito. El procedimiento que formulamos, una vez obtenida la evaluación clínica con los instrumentos anteriormente descritos y descartada, en su caso, (sobre)simulación, a seguir es el siguiente (DSM-IV-TR, pp. 38-40):

a- Acudir a la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

b- Empezar por el rango 100-91, preguntándose si el sujeto de la evaluación está en ese estado clínico global o si la gravedad de los síntomas es propia de ese estadio.

c- Si la respuesta a esta pregunta es negativa se sigue bajando en la escala hasta alcanzar un rango en el que el individuo se ajusta totalmente o es de más gravedad que el que presenta el sujeto.

d- En el caso de que el sujeto se adecue a un rango es conveniente examinar el inferior a fin de cotejar que no encaja en éste.

e- La determinación cuantitativa exacta se obtiene de la resta entre un estado medio de normalidad y el punto medio del rango de evaluación del sujeto. Como quiera que la normalidad clínica también incluye el rango de *síntomas ausentes* o *mínimos,* la normalidad oscila entre 81 y 100, siendo el punto medio 90.

Para medir los daños morales en las relaciones socio-laborales y familiares (incluida la pareja), se ha de seguir el mismo método con la Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (EEASL) y en la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EERG), respectivamente.

Tras la evaluación y cuantificación del daño moral, éste se incardina en las categorías legales de indemnización recogidas en la *Ley de Responsabilidad Civil* y *Seguro en la Circulación de Vehículos* a *Motor.* Sucintamente, el daño patrimonial (daño emergente, que incluye el coste de la atención médica y psicológica, y lucro cesante, que es la estimación de lo que ha dejado de ganar); el daño no

•

patrimonial (daño a la salud que engloba el perjuicio juvenil, el perjuicio sexual, el precio del dolor, y el perjuicio estético, conformando, entre todos, el moral); el daño por rebote (daño patrimonial por rebote y precio del afecto, esto es, el daño psicológico por rebote), y el precio de la muerte. El precio de la muerte seria para los beneficiarios, al igual que el daño por rebote (víctimas indirectas), en tanto que el daño patrimonial y no patrimonial serían para la víctima directa.

8. El SISTEMA DE EVALUACiÓN GLOBAL EN CASOS DE VICTIMACIÓN DE UN ACCIDENTE EN VEHíCULO A MOTOR

Sobre la base de la revisión llevada a cabo, nosotros (Arce y Fariña, 2005, 2006a, 2006b) hemos concretado y validado científicamente un sistema de medida del engaño y la simulación adaptado al contexto legal español que aúna todas aquellas aportaciones concretas en un único proceso: El Sistema de Evaluación Global (SEG)1. Los pasos de éste son los siguientes:

Obtención del testimonio. El primer material y más importante es el testimonio de las partes implicadas en el accidente. Las técnicas de entrevista anteriormente descritos para adultos, menores, discapacitados y de obtención de información clínica serían los medios para la obtención del testimonio.

Repetición de la obtención del testimonio. La repetición del testimonio posibilita cotejar la continuidad del relato en el tiempo, criterio para la estimación de la fiabilidad del testimonio tanto científico, consistencia intra-medida (i.e., Weick, 1985), como legal, persistencia en la incriminación (Sentencia del TS, Sala de lo Penal, de 28 septiembre 1988, RJ 7070). Al respecto, se ha encontrado que la repetición de la entrevista en formato de discurso libre, como las incluidas en el SEG, no contamina el contenido (v. gr., Campos y Alonso-Quecuty, 1999). Ahora bien, ha de tenerse presente que la consistencia, de acuerdo con la hipótesis Undeutsch (1967, pág. 125), debe entenderse en función de la centralidad o periferia del material que entra en contradicción. Sucintamente, sólo es relevante la contradicción si afecta a detalles centrales para la acción de juicio. Por su parte, la inconsistencia u omisión de información periférica relacionada con los hechos es asumible en una memoria de realidad.

Contraste de los testimonios recabados a lo largo de los autos. Los peritos o forenses han de conocer los testimonios emitidos a lo largo de todo el proceso judicial con el objetivo de conocer de posibles contradicciones, especificaciones, aclaraciones o complementaciones en los testimonios. En esto, han de tener en cuenta, en su caso, que los autos y documentales policiales no son transcripciones

7 Los peritos psicólogos pueden solicitar a los autores un modelo de informe en casos de un AVM basado en el SEG.

exactas de lo manifestado por el testigo. Además, el tipo de interrogatorio puede haber mediatizado la respuesta.

Análisis de contenido de los testimonios. El análisis de contenido de los testimonios se divide en un estudio de la validez de la prueba y, si ésta es válida y suficiente, se pasa un análisis de las características de realidad del testimonio. Para estimar la validez de la prueba se toman los criterios de Arce y Fariña (ver apartado *Evaluación de la validez* y *realidad del testimonio)* de modo que si no es suficiente o se cumple algún criterio de invalidez (e. g., inconsistencia intema, inconsistencia externa, inconsistencia en el tiempo, carencia de persistencia, inconsistencia con las leyes científicas y de la naturaleza), el testimonio no es válido como prueba psicológica para un estudio de la realidad. Por su parte, si el testimonio es prueba válida y suficiente para un estudio de realidad se practica un estudio de contenido en busca de criterios de realidad. Para ello, se toman los criterios de Arce y Fariña (ver apartado *Evaluación de la validez* y *realidad del testimonio)* que discriminan entre testimonios reales e imaginados en adultos (verbigratia, estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, complicaciones inesperadas, originalidad de las expresiones, correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria, planteamiento de dudas sobre el testimonio, autodesaprobación y sintomatología clínica no accesible). El punto de corte de realidad del testimonio se establece en el registro de más de 5 criterios de realidad.

Análisis de la fiabilidad de las medidas. Dado que en la práctica forense se trabaja con diseños de n=1, no se puede transferir directamente la validez de resultados de diseños de múltiples medidas. En otras palabras, el sistema categorial de análisis de contenido y el protocolo de evaluación de daño moral de Arce y Fariña han sido validados en estudios con diferentes muestras, pero esto no implica que una medida concreta tomada por un perito o forense sea fiable. Consecuentemente, se han de disponer controles que posibiliten la apreciación de la fiabilidad de la medida del objeto pericial. Para estimar la fiabilidad de la evaluación forense, Weick (1985) propuso los siguientes parámetros: Consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos. Para ello, en el SEG, la evaluación forense es llevada a cabo por dos peritos entrenados, al menos uno con experiencia previa, por separado. De este modo, la consistencia inter-evaluadores se obtiene comparando las codificaciones de los dos peritos; y la inter-contextos por medio del evaluador entrenado que fue efectivo y consistente en otros contextos previos. Como herramienta estadística de análisis de la consistencia inter-evaluadores, el SEG utiliza el indice de concordancia [IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos)), que es más restrictivo que los valores kappa, tomando como punto de corte 0,80 (Tversky, 1977). Por su parte, la consistencia inter-e intra-medidas viene de la mano de la consistencia interna de las medidas (p. e., las escalas de validez del MMPI-2, del SCL-90-R, de las declaraciones en el tiempo, del estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica), de la consistencia entre distintas medidas (v. gr., concordancia entre las medidas

psicométricas, entrevista clínica y observación y registro conductual, entre los análisis de contenido de las declaraciones).

Medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático (Trastorno por Estrés Postraumático). Como hemos mostrado previamente el Trastorno por Estrés Postraumático es la secuela psicológica de la victimación de un AVM. El hallazgo de este cuadro en la víctima es un indicador positivo de victimación. Ahora bien, es preciso descartar otras causas a parte del AVM por lo que debe llevarse a cabo su estudio (p.e., el historial clínico). Además, para garantizar la existencia del trastorno es preciso obtener una medida clínica aséptica. Para este fin, el instrumento psicométrico de uso habitual en la práctica forense, el MMPI-2, aporta dos medidas psicométricas del Trastorno por Estrés Postraumático, escalas Pk y Ps, que, a su vez, posibilita someter a prueba la validez convergente. No obstante, la evaluación psicométrica no es en sí misma una prueba forense válida pues no diagnostica, sino que sólo proporciona *impresiones diagnósticas.* Adicionalmente, la evaluación psicométrica facilita la tarea de simulación del sujeto al implicar una tarea de reconocimiento de síntomas (Arce y Fariña, 2007b; Arce y otros, 2006). Asímismo, la entrevista clínica tradicional también allana el camino a la (sobre)simulación. Para superar estas debilidades, hemos creado y validado un protocolo de evaluación del daño moral (éste se describe en los apartados *Evaluación de la (sobre)simulación de daño clínico* y *Procedimiento de valoración cuantitativa del daño moral.* En todo caso, el forense o perito psicólogo ha de tener en cuenta las siguientes limitaciones: No toda agresión produce el Trastorno por Estrés Postraumático y la no presencia del trastorno no implica que la agresión no sea cierta.

Evaluación del testimonio de los implicados en el accidente. Si bien en un principio la técnica fue creada para la evaluación del testimonio de la supuesta víctima o denunciante, el análisis de contenido de los testimonios también es susceptible de aplicación al supuesto encausado, denunciado (esto es, hipotético causante del AVM), lo que pennite llevar a cabo un análisis de dos o más versiones de los hechos de forma complementaria. El sistema de justicia inquisitorial, como es el nuestro, permite esta doble confrontación en el campo penal (si la evaluación es exclusivamente en materia civil, sólo se podrá evaluar a una de las partes, la contratante), no así un sistema de adversarios. Con este método obtendremos una estimación de la validación convergente de los testimonios.

Análisis de las características psicológicas de los actores implicados. El estudio de la personalidad de los actores implicados puede ser de suma trascendencia ya que en él podemos encontrar las causas del accidente o cualquier daño psíquico con implicaciones jurídicas relevantes. A su vez y como potencial indicio periférico para la corroboración del testimonio (criterio jurisprudencial de verosimilitud), de la evaluación psicológica se extraerán derivaciones sobre la ausencia o presencia de problemas psicológicos que afecten o no a la credibilidad de los testimonios recabados. Adicionalmente, se evalúan las capacidades cognitivas de los testigos

(y, de ser necesario, se procederá con una exploración neuropsicológica) a fin de conocer la capacidad para testimoniar y ser objeto de una evaluación psicológico-forense. Por último, se evaluará cualquier otra área psicológica que pudiera resultar de interés para el caso (p. e., valoración de peligrosidad o riesgo).

Implicaciones para la redacción del infonne pericial. En las conclusiones de los informes periciales, el TS exige la seguridad plena, no la alta probabilidad (p. e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902). No obstante, toda medida, y muy especialmente la psicológica, está sujeta a error, por lo que debemos reconocerlo, pero sin que por ello se establezca una graduación de certeza que lleva a una mayor confusión para el decidor (véanse las categorías de respuesta en los apartados *Evaluación de la validez* y *realidad del testimonio* y *Evaluación de la (sobre)simulación de daño clínico).*

9. CONCLUSIONES

La actuación del perito o forense acorde a las prácticas descritas requiere de un alto grado de especialización, conocimiento del contexto y normativa legal aplicable, y un exhaustivo entrenamiento. El último debe incluir: a) Entrenamiento en los modos de obtención de la información en todas sus modalidades (véase Alonso-Quecuty, 1993; Fisher y otros, 1987); b) entrenamiento en análisis de la validez y realidad de los testimonios (véase Vrij, 2000); c) entrenamiento en evaluación forense del daño moral (véase Arce y Fariña, 2007b); d) entrenamiento en la detección de la (sobre)simulación de daño moral (véase Arce y Fariña, 2007b); y e) ejecución de las primeras evaluaciones forenses en compañía de un perito con experiencia (Arce y Fariña, 2006a).

BIBLIOGRAFíA

Alonso-Quecuty. M. L. (1993). Interrogando a testigos, victimas y sospechosos: La obtención de la declaración. En M. Diges y M. L. Alonso-Quecuty (Eds.), Psicología lorense experimental (pp. 85-98) Valencia: Promolibro.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual 01 Mental Disorders (DSM-III) (3' ed.). Washington: Author.

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

Arbisi, P. A. (2005). Use 01 the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations. En J. N. Butcher (Ed.), Practitioners handbook lor the MMPI-2 (pp. 407 -42). Washíngton, DC: American Psychological Association.

Arce, R., Carballal, A., Fariña, F. y Seijo D. (2004). Can mock bat1ered 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 01 a changing world (pp. 327-336) Kraków: Institute 01 Forensic Research Publishers.

Arce, R. y Fariña, F. (2001). Construcción y validacíón de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquíca en víctimas de delítos: La entrevísta lorense. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.

Arce, R. y Fariña, F. (2005). 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). Santíago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local.

Arce, R. y Fariña, F. (2006a). Psicologia 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 lorense: Manual

de técnicas y aplicaciones (pp. 563-601). Madrid: Biblioteca Nueva.

Arce, R. y Fariña, F. (2006b). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibílidad 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. (2007a). Evaluación lorense de la huella psiquica consecuencia de la violencia de género. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civeta y F. Tortosa. (Eds.), Psicología Jurídíca. Evaluación e intervención (pp. 47-57). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de Valencia.

Arce, R. y Fariña, F. (2007b). Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: Validación de un protocolo de medida. Papeles del Psicólogo, 28(3), 205-210.

Arce, R. y Fariña, F. (2008). Detecting and assessíng the leigning 01 psychological injury in motor vehide accidents (MVAs). En G. P. Bartley (Ed.), Traffic accidents: Causes and outcomes (pp. 123-148). Nueva York: Nova Science Publishers, Inc.

Arce, R., Fariña, F., Carbal/al, 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 Freíre, M. J. (2002). Contrastando la generalización de los métodos empíricos de detección del engaño. Psicologia: Teoria, lnvestiqacáo e Prática,7(2). 71-86.

Arce, R., Fariña, F. y Real, S. (1993). De los modos y maneras de las ruedas de identificación policial. Revista Xurídíca Galega, 5(3), 41-49.

Arce, R., Fariña, F. y Vivero, A. (2007). Estudio exploratorio de la electividad de las técnicas de análisis de contenido de las declaraciones en casos de violencia de género. En C. Guíllén y R. Guíl (Coords.), Psicología social: Un encuentro de perspectivas (Vol. l, pp. 590-604). Cádiz: Asociación de Prolesionales de la Psicología Social.

Arce, R., Novo, M. y Alfaro, E. (2000). La obtención de la declaración en menores y discapacitados. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (Eds.), Aplicaciones en psicologia social (pp. 147-151). Madrid: Biblioteca Nueva.

Arce, R., Pampíllón, M. C. y Fariña, F. (2002). Desarrol/o y evaluación de un procedimiento empirico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. Anuario de Psicologia, 33(3), 385-408.

Amtzen, F. (1970). Psychologie der zeugenaussage [La psicologia del testigo]. G6ttingen: Verlag für Psychologie.

Bagby, R. M., Buis, T. y Nicholson, R. A. (1995). Relative effectiveness 01 !he standard validity scales in detecting lake-bad and lake-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 leigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. Joumal 01 Personality Assessment, 68(3), 650-664.

Benedikt, R. A. Y Kolb, L. C. (1986). Preliminary findings on chronic pain and posttraumatic stress disorder. American Joumal 01 Psychiatry, 143,908-910.

Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (1987). History 01 lorensic psychology. En 1. B. Weiner, y A. K. Hess (Eds). Handbook 01 lorensic psychology. Nueva York y Toronto: John Wiley and Sons.

Blanchard, E. B. Y Hickling, H. J. (2004). What are the psychosocial effects 01 MVAs on survivors? En E. B. Blanchard y E. J Hickling (Eds.), Alter the crash: Psychological assessment and treatment 01 survivors 01 motor vehicle accidents (2' 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 01 psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year alter the crash. Behaviour Research and Therapy, 42(5), 569-583.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Tailor, A. E. Y Loos, W. R. (1996). Who develops PTSD Irom motor vehicle accidents? Behaviour Research and Therapy, 3, 1-10.

Breslau, N., Davis, G., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population 01 young adults. Archives 01 General Psychiatry, 48, 216-222.

Butcher J. N. Y Míller, K. B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A. K., Hess e l. B. Weiner (Eds.), The handbook 01 lorensic psychology (2a ed., pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.

Bower, G. (1967). A multicomponent theory 01 memory trace. En K. W. Spence y J. T. Spence (Eds.), The psychology 01 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.

Bryant, R. A. Y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress lol/owing motor vehicle accodentrs. Behaviour Research Review, 15, 721-738.

Bryant, R. A. Y Harvey, A. G. (1998). Relationship belween acute stress disorder and posttraumatic stress disorder lol/owing mild traumatic brain injury. American Joumal 01 Psychiatry, 155, 625-629.

Bul/, R. (1997). Entrevistas a niños testigos. En F. Fariña y R. Arce (Eds.), Psicologia e investigación judicial (pp. 19-38). Madrid: Fundación Universidad Empresa.

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).Posllraumatic stress disorder and motor vehicle accldents. Headache, 34, 357-361.
Creamer, M., Burguess, P. y Mclarlane, A. C. (2001). Posllraumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey 01 mental health and well-being. Psychological Medicine, 31,1237-1247.
Cuba, A. (2007). Asignación de credibilidad a los testimonios: Un estudio de las decisiones judiciales. Trabajo Tutelado de Tercer Ciclo, Universidad de santiago.
Cunnien, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), Clinical assessment 01 malingering and deception (pp. 23-46). Nueva York: Guillord Press.
Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
Dirección General de Tráfico (2006). Las principales cifras de la seguridad vial. España 2005. Retrieved November, 8, 2007 from hllp:/lwww.dgt.esidgtjnlorma/observatorio_segurida d_vial/cifras_seguridad_vial.htm
Fisher, R. P. Y Geiselman, R. E. (1992). Memory-enhancing techniques lor investigative interview. Sprinfield: Charles C. Thomas.
Fisher, R. P., Geiselman, R. E. Y Raymond, D. S. (1987). Critical analysis 01 police interviewing techniques. Joumal 01 Police Sciences and Administrattion, 15, 177-185.
Fuglsang, A. K., Moergeli, H. y Schnyder, U. (2004). Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis 01 a sell-report inventory. Nordic Joumal 01 Psychiatry, 58(3), 223-229.
Geiselman, R. E., Fisher, R. P., Firstenberg, I., Hutton, L. A. Sullivan, S., Avetissian, 1. y Prosk, A. (1984). Enhancement 01 eyewitness memory: An empirical evaluation 01 the cognitive interview. Joumal 01 Police Science and Administration, 12, 74-80.
Graham, J. R. (2006). MMPI-2: Assessing persona lit y and psychopathology W ed.). Nueva York: Oxlord University Press.
Greene, R. L. (1980). The MMPI: An interpretative manual. Nueva York: Grune & Stratton.
Hathaway, S. R. y Mckinley, J. C. (1999). MMPI-2. Inventario Multilásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual. Madrid: TEA.
Harvey, A. G. Y Bryant, R. A. (1999). Predictors 01 acute stress lollowing motor vehicle accidents. Joumal 01 Traumatic Stress, 12(3), 519-525.
Hodgkinson, P.E., Joseph, S. Yuls, W. y Williams, R. (1995). Measuring griel after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. Personality and Individual Dillerences, 18, 805-808.
Jalle, M. E. Y Sharma, K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among delendants charged under Calilornia's 'Three Strikes and you're Out" Law. Journal 01 Forensic Sciences, 43(3), 549-555.
Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). Evaluación psicológica lorense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon. Salamanca: Amarú Ediciones.
Kessler, R. C., Sonnega, A., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arclhives 01 General Psychiatry, 52,1048-1060.
K6hnken, G. (1999). Assesing credibility. Pre-conlerence 01 the EAPL Programme 01 Applied Courses, Dublin.
K6hnken, G., Milne, R., Memon, A. y Bull, R. (1999). The cognitive interview: A meta-analysis. Psychology, Crime and Law, 5, 3-27.
Landry, K. L. Y Brigham, J. C. (1992). The ellect 01 training in criteria-based content analysis on the ability to 01 detect deception in adults. Law and Human Behavior, 16, 663-676.
Lewis, M. y Saami, C. (1993). Lying and deception in everyday lile. Nueva York: Guillord Press.
Maes, M., Mylle, J., Delmiere, L. y Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity lollowing accidental man-made traumatic events: Incidence and risk lactors. European Archives 01 Psyclhiatry and Clinical Neuroscience, 250(3),156-162.
Mantwill, M., K6hnken, G. y Ascherman, E. (1995). Ellects 01 the cognitive interview on the recall 01 lamiliar and unlamiliar events. Journal 01 Applied Psychology, 80, 68-78.
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.
Montoro, L., Roca, J, y Tortosa, F. (2008). La influencia del permiso de conducción por puntos en el comportamiento al volante: Percepción de los conductores. Psicothema, 20(4), 652-658.
O'Donnell, M. L., Creamer, M. Bryant, R. A., Sclhnyder, U. y Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders lollowing 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 lollowing trauma: Understanding comorbidity. American Joumal Psychiatry, 161, 1-7.
O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P. y Atkin, C. (2004). Psychiatric morbidity lollowing injury. American Joumal Psychiatry, 161, 507-514.

Orcutt, H. K., Erickson, D. J. Y Wolle, J. (2004). The course 01 PTSD symptoms among Gull war veterans: A growth mixture modelling approach. Journal 01 Traumatic Stress, 17, 195-202.

Peña-Casanova, J. (1990). Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona. Barcelona: Masson.

Peña-Casanova, J. (2005). Test Barcelona-R. Barcelona: Masson.

Porter, S. y Yuille, J. C. (1996). The language 01 deceñ: An investigation 01 Ihe verbal clues in the interrogation contexto Law and Human Behavior, 20, 443-458.

Prieto, A., Diges, M. y Bernal, M. (1990) Investigaciones sobre la exacfítud del testigo presencial. En J. Sobral y R. Arce (Eds.), La psicologia social en la sala justicia. Barcelona: Paidós.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. Y Best, C. L. (1993). Prevalence 01 civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample 01 women. Journal 01 Consulting and Clinical Psychology, 61,984-991.

Rogers, R. (1988). Slnuctured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.), Clinical assessment 01 malingering and deception (1[8] ed., pp. 250-268). Nueva Yoril: Guilford Press.

Rogers, R. (1990). Models 01 leigned mental illness. Prolessional Psychology: Research and Practice, 21, 182-188.

Rogers, R. (1997). Introduction. En R. Rogers (Ed.), Clinical assessment 01 malingering and deception (2[8] ed., pp. 1-19). Nueva York; Guillord Press.

Rogers, R. y M~chell, C. N. (1991). Mental heallh experts and Ihe criminal courts: A handbook lor layers and clinicians. Scarborough, ON: Thomson Prolessional Publishing Canada.

Spórer, S. L. (1997). The less travelled road to lnulh: Verbal cues in deception detection in accounts 01 labricated and sell-experienced events. Applied Cognitive Psychology, 11, 373-397.

Stallard, P., Salter, E. y Velleman, R. (2004). Posttraumatic stress disorder lollowing road *trafflc* accidents: A second prospective study. European Child and Adolescent Psychiatry, 13(3), 172-178.

Steller, M. y K6hnken, G. (1989). Criteria based statement analysis. En D. C. Raskin (Ed.), Psychological melhods lor criminal investigation and evidence (pp. 217-245). Nueva York: Springer. (trad. castellano: Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1994).

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

Tortosa, F., y Montoro, L. (2002). La psicología aplicada a la selección de conductores. Cien años salvando vidas. Psicothema, 14(4), 714-725.

Tversky, A. (1977). Features 01 similarity. Psychological Review, 84, 327-352.

Undeulsch, U. (1967). Beurteilung der glaubhaftigkeit von zeugenaussagen. En U. Undetsch (Ed.), Handbuch der psychologie, Vol. 11: Forensische psychologie (pp. 26-181). G6ttíngen: Vel1ag für Psychologie.

Undeutsch, U. (1988). The development 01 statement reality analysis. En J. Yuille (Ed.), Credibility assessment(pp. 101-119). Dordrechl: Kluwer.

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

Vrij, A. (2000). Detecting lies and decei!. Chichester: Wíley.

Vrij, A., Edward, K., Roberts, K. P. Y Bull, R. (1999, julio). Detecting deceit via criteria based content analysis, reality monitoring and analysis 01 non verbal behavior. The First Joínt Meeting 01 the American Psychology-Law Society and the European Association 01 Psychology and Law, Dublin.

Wechsler, D. (1976). WAIS: Escala de inteligencia para adultos. Manual (2[8] ed.). Madrid: TEA.

Weick, K. E. (1985). Systematic observational melhods. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), The handbook 01 social psychology (Vol. 1, pp. 567-634). HiIlsdale, N. J.: LEA.

Wells, G. L. (1978). Applied eyewnness-testimony research: System variables and stimator variables. Joumal 01 Personalty and Social Psychology, 36, 1546-1557.

Wells, G. L. (1993). What do we know about eyewitness identification? American Psychologist, 48, 553-571.

Zaparniuk, J., Yuille, J. C. y Taylor, S. (1995). Assessing the credibility 01 Inue and lalse statements. Inlemational Journal 01 Law and Psychiatry, 18, 343-352.