

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Máster Universitario en Psicología del Trabajo y las
Organizaciones, Psicología Jurídico-Forense y de la Intervención Social**



**EVALUACIÓN PSICOLÓGICO-FORENSE DE LA CREDIBILIDAD Y
DAÑO PSÍQUICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
UN ESTUDIO DE CASO**

Trabajo Fin de Máster

Curso académico: 2013/2014

AUTORA: Lucía Merelas Maroño

Santiago de Compostela, 09/09/2014

Dolores Seijo Martínez profesora del Máster Universitario en Psicología del Trabajo y las Organizaciones, Psicología Jurídico-Forense y de la Intervención Social (PTOJFIS) de la Universidad de Santiago de Compostela,

INFORMA favorablemente sobre el Trabajo Fin de Máster “Evaluación psicológico-forense de la credibilidad y daño psíquico de la violencia de género. Un estudio de caso” realizado por la alumna Lucía Merelas Maroño en el marco del citado Máster Universitario en PTOJFIS curso 2013/2014, y hace constar que reúne todos los requisitos y condiciones para su presentación y defensa pública.

Y para que así conste, firmo el presente documento

En Santiago de Compostela a 09 de septiembre de 2014

Prof. Dolores Seijo Martínez

Directora

Lucía Merelas Maroño

Autora

"Han contado más de una vez cómo Tereo, rey de Tracia, se casó- siendo él un semibárbaro-con Procne, hija del rey de Atenas, y cómo, respondiendo a la petición de su esposa, la cual añoraba a su hermana Filomena, fue a Atenas para recogerla; cómo en el camino de vuelta, violó a Filomena y le cortó la lengua para impedir que le denunciara; cómo a pesar de ello, Filomena compuso el relato en forma de tapicería historiada; cómo Procne comprendió el drama y, con la ayuda de su desdichada hermana, mató a Itis, el hijo nacido de su unión con Tereo. Éste se convirtió en gavilán que persigue permanentemente al ruiseñor Procne y a la golondrina Filomena".

Nicole Louraux

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
PRESENTACIÓN	8

PARTE TEÓRICA

1. APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UN PUNTO DE VISTA CONCEPTUAL, LEGAL Y METODOLÓGICO	10
1.1. La violencia de género como un problema social y político	10
1.2. Evolución del concepto: de la violencia doméstica a la de género	13
1.3. La violencia doméstica y de género en el Derecho Español	15
1.4. La violencia de género en cifras	23
2. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA VÍCTIMA	
2.1. Introducción	28
2.2. Procesos de victimación	28
2.3. Formas de violencia de género	31
2.4. Consecuencias del hecho delictivo sobre la víctima	33
2.4.1. Consecuencias físicas	34
2.4.2. Consecuencias psicológicas	35
2.5. El Trastorno de Estrés Postraumático: huella psíquica de la violencia de género	38
2.5.1. Evolución del Trastorno de Estrés Postraumático como entidad diagnóstica	39
3. DIFERENTES APROXIMACIONES SOBRE EL ANÁLISIS DE LA CREDIBILIDAD DE LAS DECLARACIONES	48
3.1. Introducción	48
3.2. Indicios conductuales observables de naturaleza no verbal	49
3.3. Indicios fisiológicos y actividad cerebral	52
3.3.1. El polígrafo	52

3.3.2. El potencial P300	55
3.3.3. Imagen por Resonancia Magnética Funcional (IRMf) y Tiempos de Reacción (TR)	58
3.4. Análisis del contenido de la declaración	59
3.4.1. Análisis de la Realidad de la Declaración (Statement Reality Analysis, SRA)	60
3.4.2. Control de la Realidad (Reality Monitoring, RM)	62
3.4.3. Análisis del Contenido Basado en Criterios (Criteria Based Content Analysis, CBCA)	64
3.4.4. Análisis de la Validez de la Declaración (Statement Validity Analysis, SVA)	66
4. ANÁLISIS PSICOLÓGICO-FORENSE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	69
4.1. Introducción	69
4.2. Fases de la evaluación pericial psicológica	71
4.3. Estudio del daño psicológico	74
4.4. Una aproximación integradora: el Sistema de Evaluación Global (SEG) en casos de violencia de género	79

PARTE METODOLÓGICA

1. INTRODUCCIÓN	92
1.1. Características generales de la persona evaluada	92
2. METODOLOGÍA	93
2.1. Entrevista psicosocial, observación y registro conductual	93
2.2. Entrevista de hechos: la Entrevista Cognitiva Mejorada	93
2.3. Análisis del contenido de las declaraciones referidas a los hechos	94
2.4. Estudio clínico	95
2.4.1. Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)	95
2.4.2. Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R)	99
2.4.3. Entrevista clínico-forense (Arce y Fariña, 2001)	101

2.5. Análisis de la fiabilidad de las medidas	103
2.6. Estudio de las capacidades cognitivas	104
2.6.1. Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)	104
2.7. Estudio de la personalidad	104
2.7.1. Cuestionario Factorial de la Personalidad (16 PF-5)	105
3. RESULTADOS	108
3.1. Entrevista psicosocial	108
3.2. Estudio de la fiabilidad	108
3.3. Evaluación de las capacidades cognitivas	111
3.4. Estudio clínico	111
3.5. Estudio de la personalidad	111
3.6. Estudio de las declaraciones	112
4. CONCLUSIONES	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	134

AGRADECIMIENTOS

Quisiera poder plasmar en este espacio mis agradecimientos a quienes me han acompañado y ayudado en la realización de este trabajo, en un intento por retribuir de alguna manera todo lo que he recibido de ellos.

Agradecer, de manera especial, a Ramón Arce por el lujo de compartir conmigo sus conocimientos y hacer posible la realización de este trabajo.

A Dolores Seijo por guiarme en el transcurso del máster, por resolver mis múltiples dudas con sencillez y claridad, pero sobre todo, gracias por ser tan cercana y cordial.

Mención especial requiere Manuel Vilariño, a quien quiero agradecerle su preocupación permanente por mi trabajo, el tiempo que dedicó a revisar mis escritos y el tiempo, mayor aún, que destinó a resolver mis dudas y orientarme cuando necesité su apoyo.

A Susana, Carmen y Esther por su experiencia y su buena disposición, y por ayudarme con paciencia a elaborar informes periciales.

A Jorge Sobral, porque sin saberlo, allá por tercero de carrera, el eco de sus palabras y su pasión por la psicología, fueron la semilla que germinó mi curiosidad y el inicio de mis primeros pasos en el ámbito de la psicología jurídica.

A mis padres, por la fuerza de su amor y el caudal infinito de su ejemplo, mi eterna gratitud. A mi hermana Natalia, por estar siempre conmigo, desde el principio.

A Ángel, mi compañero, por su inagotable apoyo, por acompañarme durante todo este tiempo sin soltarme de la mano, incluso en aquellos momentos en que lo veía todo gris.

A Cristina, *ma puce*, que ha compartido conmigo su amarga experiencia. Sin duda, es para mí un ejemplo de valentía.

A todos mis amigos y amigas, en especial, a Amaya, Laura, Tania y Susana, por aguantarme desde hace tantos años que ni me acuerdo y por ayudarme a olvidar el TFM durante algunos momentos, pero sobre todo, por ponerle color a mi vida.

Y, por último, a todos mis compañeros y compañeras de clase porque ha sido un verdadero placer aprender a vuestro lado. Recuerdo especial para aquellos y aquellas que habéis compartido conmigo dudas, risas y reflexiones en las lluviosas tardes de biblioteca. Gracias por hacerme este curso más fácil.

PRESENTACIÓN

En un momento en el que se solicita de manera insistente la coordinación y actuación global de los diversos operadores, expertos y especialistas implicados en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género, este trabajo pretende contribuir a un mayor conocimiento de dicha problemática desde la perspectiva de la Psicología Jurídico-Forense.

El contenido de esta obra se ha estructurado en torno a dos partes diferenciadas: una revisión de la literatura pertinente y un estudio de caso sobre una víctima de violencia de género.

La parte teórica consta de cuatro apartados en los que se repasa el marco teórico y la investigación precedente sobre el que se fundamenta la metodología empleada en el estudio. El primer apartado, aborda una aproximación a la violencia de género entendida como una realidad independiente, y su estrecha relación con la violencia doméstica. Además, se expone la evolución de ambos conceptos en el contexto legal español, tratando, a su vez, algunas controversias que se han planteado en las sucesivas reformas legislativas, incluida la actual Ley Integral. Posteriormente, se presentan las preocupantes cifras relacionadas con la violencia de género arrojadas por los últimos estudios e informes epidemiológicos. El segundo capítulo, dedicado a la víctima del delito, incluye un acercamiento al fenómeno de la victimación, esto es, al Trastorno por Estrés Postraumático, que constituye, en el ámbito forense, la huella psíquica directa de los malos tratos. En el tercer capítulo, se lleva a cabo una revisión detallada de los distintos procedimientos que se han planteado a lo largo de la historia para detectar el engaño y establecer la credibilidad de las declaraciones. Esta parte concluye con un análisis del proceso de evaluación psicológico-forense de la credibilidad y daño psíquico de la víctima de violencia de género, en el que se presentan las fases del procedimiento a seguir, las áreas susceptibles de ser examinadas y las técnicas e instrumentos de referencia para la evaluación clínico-forense en el contexto español. Finalmente, se expone el Sistema de Evaluación Global, un protocolo adaptado al contexto judicial que permite obtener la huella del delito, y al mismo tiempo, controlar la posible simulación.

De todo ello se deriva un estudio de caso presentado en la parte metodológica, cuyo objetivo general es poner en práctica dicho protocolo de evaluación, a partir del cual se pueda obtener una prueba de cargo que recoja la victimación psíquica derivada de la vivencia de la violencia de género.

PARTE TEÓRICA

1. APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UN PUNTO DE VISTA CONCEPTUAL, LEGAL Y EPIDEMIOLÓGICO

1.1. La violencia de género como un problema social y político

La Declaración Universal de los Derechos Humanos ratificada en el año 1945 (tal como se cita en Carballal, 2009) estableció que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción alguna de raza, color o sexo” (p. 52). Aunque este principio resulte incuestionable, posteriormente a esta Declaración, la idea de igualdad entre sexos tuvo que ser reafirmada en diferentes tratados internacionales. Así, las acciones e instrumentos creados en el seno de las Naciones Unidas, constituyen referentes en el abordaje de esta problemática, puesto que ha sido dentro del ámbito de la ONU donde se ha definido el concepto de violencia de género y se ha proclamado que los derechos de las mujeres son derechos humanos universales (Freixes, 2001). De esta manera, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 20 de diciembre de 1993 (tal como se cita en Torrado, 2013), entiende la violencia de género como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto se produzcan en la vida pública o privada (p. 74).

Este instrumento supuso un cambio de paradigma en el contexto internacional, pues la violencia contra la mujer adquiere una nueva dimensión, superando los límites del hogar y la familia y alcanzando las estructuras sociales y culturales (Torrado, 2013). La violencia de género aparece así como la herramienta de un sistema de dominación mediante el cual se mantiene la desigualdad entre hombres y mujeres, como estrategia de control sobre ellas (Laurenzo, 2010). En la misma línea, destaca la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994), que fue creada específicamente para eliminar este tipo de violencia; la Plataforma de Acción de Beijing adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), hito en la lucha por los derechos de la mujer; la Resolución de los Derechos Humanos 1997/44 "La eliminación de la violencia contra la

mujer"; o los exámenes quinquenales de la Plataforma de Acción de Beijing, entre otras medidas (Agra, 2013).

La Unión Europea y el Consejo de Europa tampoco han sido ajenos a esta lacra social, si bien del mismo modo que el resto de la sociedad, su preocupación hacia la misma ha sido más tardía (Torrado, 2013). Entre los textos promulgados por los citados organismos, destacan, entre otros, la Resolución del Parlamento Europeo, de 16 de septiembre de 1997, sobre la tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres; la Decisión 293/2000/CE del Parlamento y el Consejo de la Unión Europea (2000) por la que se aprobó el Programa de Acción Comunitaria Dafne; o la Recomendación en el 2002 del Comité de Ministros de los Estados miembros sobre la protección de la mujer contra la violencia (Torrado, 2013).

Por tanto, todo lo anteriormente expuesto es una muestra de que la violencia de género constituye un tema de primer orden en las agendas de los principales organismos internacionales. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, lo cierto es que en la actualidad se sigue permitiendo, oficial o extraoficialmente, la violencia contra la mujer (Carballal, 2009), y lamentablemente, las mujeres siguen encontrando muchas dificultades para ejercer sus derechos plenamente.

Como se he mencionado anteriormente, la toma de conciencia de esta problemática en nuestro país tuvo lugar de manera tardía. El gran impulsor de la visibilización de este fenómeno fue el movimiento feminista surgido en la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, el salto a lo público no se produjo hasta mediados de los años 90, cuando los medios de comunicación comenzaron a denunciar casos de violencia contra la mujer en el ámbito privado como la familia y la pareja, los cuales eran alimentados por el silencio, proporcionando la más absoluta impunidad a sus agresores (Mirat y Armendáriz, 2006). De esta manera, la elevada cifra de víctimas mortales, cerca de cien cada año, comenzó a generar una creciente preocupación en la sociedad. Sin embargo, la violencia de género, no era un fenómeno reciente, llevaba produciéndose durante siglos en todas las sociedades y en todas las clases sociales, siendo negada y relegada al ámbito privado (Calvo, 2008) Una realidad difícil de entender dado que en el seno de la familia y de la pareja es donde se presta mayor seguridad y protección (Martínez, 2008; Mirat y Armendáriz, 2006).

En general, se ha querido atribuir el ejercicio de la violencia a individuos en particular que se catalogan como incapaces mentales, depravados o monstruos; otras veces, se ha buscado la explicación en la biología, o en la agresividad natural (Agra, 2013). No obstante,

en lo relativo a la violencia contra la mujer en el ámbito familiar y, más en concreto, en el ámbito de la pareja, la comunidad científica comparte que, entre todas las posibles causas, las sociales, culturales e históricas explican en gran medida la envergadura de este fenómeno (Carrasco y Maza, 2005; Ribas, 2008). Por tanto, en palabras de Osborne (2009), no hay que preguntarse sobre "por qué unos cuantos individuos cometen esos actos, sino más bien por qué dichos comportamientos se encuentran tan extendidos en nuestra sociedad" (p. 259).

Es posible que la causa resida en que, históricamente, a la mujer se la ha considerado inferior al hombre. La familia, el estado, la política, la religión, la moralidad, la escuela, la sociedad y hasta las propias mujeres, desde una perspectiva jerárquica patriarcal, han creado roles en función del sexo, asignando a la mujer el papel vinculado al ámbito doméstico y al hombre el relacionado con el poder y los recursos. Esta diferenciación en la asignación de roles no implicaría una diferenciación de estatus sino fuese asociada a una jerarquización de esas diferencias, valorando más positivamente los roles y actividades masculinas que las femeninas (Carballal, 2009). Por tanto, las características diferenciales atribuidas a cada sexo, son resultado de una construcción social, no surgen en nosotros espontáneamente, sino que aprendemos a "ser hombre" y a "ser mujer", asumiendo como propias las normas, actitudes, creencias, valores y comportamientos de la sociedad. Además, estos patrones culturales están tan profundamente enraizados, que permiten explicar la histórica permisividad social de la violencia que las mujeres han sufrido a lo largo del tiempo (Comas, 2007; Martínez, 2008).

Por otro lado, el respaldo jurídico y social a la violencia de género, han puesto a la mujer en una situación de desigualdad, sumisión e indefensión con respecto al hombre, lo que ha favorecido, en el ámbito familiar y en el de la pareja, el uso de la violencia como elemento de control (Comas, 2007; Mirat y Armendáriz, 2006). No obstante, se trata de un fenómeno complejo que no debe estar asociado única y exclusivamente al sistema patriarcal y androcéntrico que caracteriza a nuestra sociedad, que aunque relevante, no es determinante (Carballal, 2009). De hecho, no todos los hombres de nuestra cultura son violentos con sus parejas (Gortner, Gollan, y Jacobson, 1997).

Por suerte, la realidad social en nuestro país está cambiando, observándose una crisis de los valores tradicionales y de los roles que habitualmente se relacionaban con el género. Así, se ha procedido a un reconocimiento de los derechos de la mujer que ha facilitado el acceso de ésta al ámbito económico, laboral y político, antes reservado exclusivamente al varón (Rojas, 1995). Además, se han consolidado otras modalidades de familias, monoparentales, parejas de hecho o parejas del mismo sexo, que transforman y cuestionan la

realidad (Vaccarezza, 2007). También se han promulgado campañas orientadas a la sensibilización social y rechazo activo de la violencia de género.

No obstante sin lugar a dudas, a nivel legislativo es donde se ha producido la mayor transformación, destacando la aprobación de la actual Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, con lo que España se ha convertido en el primer país europeo que cuenta con una legislación multidisciplinar e integral, pues toca todos los aspectos implicados en la materia: educación, prevención y sanción (Pérez y Bernabé, 2012). En esta ley, que veremos con mayor profundidad más adelante, el legislador enfatiza la violencia de pareja como un problema social, que trasciende del campo jurídico. Si bien es objeto de controversias y susceptible de mejoras, supone un paso hacia delante en la asunción de un compromiso para encarar el futuro en la dirección de la no violencia.

1.2. Evolución del concepto: de la violencia doméstica a la violencia de género

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ha recibido diferentes nomenclaturas en función del momento histórico y del grado de reconocimiento social. De tal manera que previamente a la visualización de dicha realidad, se denominaba como crímenes pasionales, violencia familiar, violencia de pareja, violencia machista o violencia conyugal (Carballal, 2009). Sin embargo, en la actualidad, aunque la familia representa el escenario más habitual para la manifestación de la violencia de género, sus alas se extienden más allá, abarcando el ámbito público y privado de las sociedades patriarcales (Torrado, 2013). Por tanto, la violencia doméstica y de género, si bien emparentadas, encarnan realidades diferentes, y en consecuencia, necesitadas de respuestas específicas (Laurenzo, 2005). A continuación, se incidirá de manera más profunda en la diferenciación de ambos conceptos.

La violencia doméstica, desde la perspectiva médico-forense (Queipo, 2006), se define como:

Los malos tratos (acciones u omisiones, dolosas o imprudentes), que se ejercen sobre los miembros más vulnerables del entorno familiar, físicos, psicológicas, sexuales o de otra índole que tienen como consecuencia la aparición de trastornos físicos y psíquicos de diferente naturaleza (p. 62).

De acuerdo con esta definición, los sujetos sobre los que se ejerce la violencia pueden ser: la mujer, el anciano, el niño e incluso el hombre si éste se encuentra en una posición de vulnerabilidad con respecto a su agresor o agresora (García, López, y Curiel, 2006).

Desde el ámbito jurídico, en el año 1998, la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. Concretamente, en nuestro país, la violencia en el seno de la familia alcanzó una dimensión pública con la publicación del Informe de la Comisión de los Derechos Humanos del Senado sobre Malos Tratos, el 12 de mayo de 1989 (Torrado, 2013). Ese mismo año, el Código Penal introdujo el delito de la violencia doméstica, incluyendo a la violencia de género como un caso más de maltrato familiar (Ribas, 2008). De esta manera, según Laurenzo (2010) el legislador español intentó hacer frente a la violencia de pareja desde un modelo generalista, centrado en la tutela de todos los miembros vulnerables del ámbito doméstico.

Bajo este punto de vista, el continuo proceso de ampliación de sujetos pasivos que tuvo lugar con motivo de las reiteradas reformas legislativas sobre los delitos de violencia doméstica, estaría oscureciendo las causas reales del problema de la violencia de género, puesto que la situación de la mujer no es asimilable a la de los niños, incapaces o ancianos, que por sus propias condiciones ocupan una posición de subordinación en el ámbito familiar. Así, mientras que estos miembros son naturalmente vulnerables; a la mujer, en cambio, es el agresor la que la hace más débil a través del ejercicio de la violencia (Laurenzo, 2005).

No fue hasta bien entrada la década de los 90, cuando el problema comenzó a despertar el interés de los medios de comunicación, en buena medida, a raíz del brutal asesinato de Ana Orantes a manos de su marido después de que ella contara su historia de malos tratos en un programa de televisión (Laurenzo, 2010). Este impulso mediático, junto con la presión de los grupos feministas y la implicación de las instituciones públicas, ha facilitado poco a poco que el concepto de violencia de género se haya ido convirtiendo en un término independiente (Maqueda, 2009). A partir de ese momento, la violencia de género se ha empleado única y exclusivamente para hacer referencia a la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja (Curiel, 2006), destacando dos aspectos en la forma de concebir este concepto (Laurenzo, 2010). Por un lado, que se trata de un tipo de violencia relacionada con la discriminación estructural de un determinado grupo social, a la posición de subordinación que ocupan sus miembros en el contexto comunitario (Barrere, 2004). Por otro lado, que ese grupo social lo constituyen las mujeres, en cuanto que son destinatarias de una asignación de los roles subordinados que las sitúan en una posición social desventajosa.

Desde esta perspectiva, adquiere sentido el concepto de género como un término creado por el feminismo para hacer visible que la subordinación social y cultural de las mujeres se debe al mismo hecho de serlo y no a los rasgos biológicos que las distinguen de los hombres, exponiéndose a ser un blanco de violencia (Laurenzo, 2010). Como recoge la Ley Integral de 2004 (BOE, 2004), la violencia de género es una "manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres" (p. 42168). Asimismo, la Ley 11/2007, de 27 de julio, para la Prevención y el Tratamiento Integral de la Violencia de Género, de la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE, 2007), define la violencia de género como: "cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en un marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres" (p. 38298). De este modo, el reconocimiento legal en España de la violencia de género introduce diferencias notables con otro tipo de violencias, autorizando la adopción de medidas y el reconocimiento de derechos de los que otras víctimas de otro tipo de delitos (como la violencia doméstica) no se podrán beneficiar (Ribas, 2008).

1.3. La violencia doméstica y de género en el Derecho Español

El tratamiento legislativo de la violencia doméstica y la de género ha sido desarrollado recientemente por el Derecho Español. Existen varias causas que explican este fenómeno. En primer lugar, cabe destacar la creencia social de que estas manifestaciones violentas pertenecían a la intimidad familiar, no debiendo el Estado responsabilizarse de tales cuestiones, reflejo de una sociedad fuertemente patriarcal y machista. Otra cuestión, es la ausencia de visibilidad de esta problemática, que dificultaban su conocimiento y su consideración como un tipo de violencia de características singulares (Castillejo, 2009).

El primer intento por legislar la violencia doméstica se produjo en el año 1989; desde aquella, se han venido realizando sucesivas reformas hasta la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo objetivo es el de abordar dicha problemática desde un punto de vista integral y multidisciplinar, enfatizando la educación y el proceso de socialización.

Si bien la violencia física siempre ha estado contemplada en el Código Penal, no se ha tenido en cuenta quién era la víctima y el contexto en el que tenía lugar. Tampoco se valoraba

la especial relación entre el infractor y la víctima, el contexto familiar en el que se producía este tipo de violencia, ni su habitualidad. Debemos esperar hasta finales del siglo pasado, para que el Derecho Penal legisle sobre la violencia doméstica primero, y la de género después (Castillejo, 2009).

Teniendo presente lo mencionado anteriormente, se procede a realizar un breve análisis de la evolución que ha experimentado este tipo de violencia desde una perspectiva legal, diferenciando varias etapas en función de las reformas legislativas (Martín, 2009):

❖ Primera etapa: Inclusión del delito de violencia doméstica en el Código Penal

Se establece en el año 1989, cuando la violencia doméstica adquiere una dimensión pública al incluirla en el Código Penal. Esta primera etapa, estuvo impulsada por un Informe de la Comisión de Derechos Humanos del Senado, publicado ese mismo año, que enfatizaba esta clase de violencia como un fenómeno social, separándolo del ámbito privado de la familia bajo el que se ocultaba (Torrado, 2013). Las reivindicaciones del movimiento feminista se hicieron patentes, poniendo en evidencia la existencia de un maltrato a la mujer, considerado como un hecho estructural y basado en las relaciones de desigualdad históricas y culturales (Agra, 2013). Todas estas manifestaciones pretendían denunciar la situación de subordinación y desamparo en la que se encontraba la mujer por razón de género, esto es, en este primer momento ya se estaba hablando de la violencia contra la mujer (Maqueda, 2009).

Sin embargo, el legislador no tomó conciencia de la realidad social existente, de modo que, el alcance de la reforma del Código Penal quedó limitado a un tipo de violencia doméstica indiferenciada (Maqueda, 2009). Así, sólo era castigado el maltrato físico habitual ejercido sobre el cónyuge o persona a la que estuviera unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos, pupilos o incapaces sometidos a su patria potestad. De este modo, se desprende el requisito de la convivencia, dejando fuera a las ex-parejas matrimoniales o afectivas, con o sin convivencia de los individuos implicados (Castillejo, 2009).

❖ Segunda etapa: Reforma del Código Penal de 1995

En 1995 se aprueba el nuevo Código Penal que, en relación a la violencia familiar, recoge una ampliación de las personas a las que se debe proteger incluyendo, además de los hijos propios, también los del cónyuge o conviviente y ascendientes (Torrado, 2013). Además, se aumenta la pena de prisión de los seis meses que se establecía en el anterior código hasta los tres años. Sin embargo, los requisitos de convivencia y habitualidad se mantienen por lo que se sigue limitando esta clase de violencia al ámbito familiar (Castillejo, 2009).

Como era de esperar, este modelo legislativo resultó ser un nuevo fracaso. Los vacíos existentes relacionados con la violencia psicológica, la no consideración del riesgo que implicaba la separación conyugal y el criterio cuantitativo del maltrato cuyo concepto de habitualidad recaía sobre la interpretación del Juez, garantizaron durante mucho tiempo la impunidad de los agresores y la indefensión de las víctimas (Torrado, 2013).

❖ Tercera etapa: Reforma del Código Penal de 1999

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, se produjeron cambios sustanciales en la legislación. Una de las causas que impulsó esta reforma fue el tratamiento de la violencia en la pareja realizado por los medios de comunicación. Un hito fue la muerte de Ana Orantes en 1997, quemada viva por su ex esposo tras haber relatado en la televisión andaluza los malos tratos sufridos durante el matrimonio. Este caso y otros, pusieron de manifiesto que la respuesta de la justicia a este fenómeno era insuficiente (Maqueda, 2009).

Con la aprobación de esta ley, se elimina la necesidad de convivencia, puesto que se recoge que la violencia también puede implicar a exparejas y a excónyuges. Por otro lado, se equipara la violencia psicológica a la física (Torrado, 2013).

En cuanto al criterio de habitualidad, para establecerlo, se tendrá en cuenta el número de actos delictivos acreditados (según la jurisprudencia, a partir de tres) y la proximidad temporal de los mismos, de tal forma que constituyan un patrón de conducta. Si las manifestaciones violentas se valoran como hechos aislados o se producen sobre personas ajenas al contexto familiar, no existirá habitualidad (Castillejo, 2009).

Otra novedad, son la introducción de medidas cautelares y penas accesorias relativas a las prohibiciones de acudir o residir en determinados lugares o las de aproximación o comunicación con la víctima (Castillejo, 2009).

❖ Cuarta etapa: Orden de Protección y Reforma del Código Penal de 2003

Perteneciente a la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LeCrim), se reconoce el derecho de las víctimas a la Orden de Protección con el objetivo de llevar a cabo una acción integral y coordinada que aúne tanto las medidas cautelares penales sobre el agresor, esto es, aquellas orientadas a impedir la realización de nuevos actos violentos, como las medidas protectoras de índole civil y social que eviten el desamparo de las víctimas de la violencia doméstica y den respuesta a su situación de especial vulnerabilidad (Castillejo, 2009). Además, con el fin de garantizar la eficacia de las medidas, en todas las unidades de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, deberán existir funcionarios especializados en la violencia doméstica y de género. Además, en las Comunidades Autónomas se crea un órgano administrativo de seguimiento denominado *Punto de Coordinación de las Órdenes de Protección* (Castillejo, 2009).

Meses más tarde, se aprueba la Ley Orgánica 11/2003 que modifica de manera sustantiva el Código Penal constituyendo un antecedente de la ley vigente. Entre los cambios realizados, cabe destacar que las conductas que hasta este momento estaban tipificadas como falta de lesiones, pasan a considerarse como delitos cuando estas tienen lugar en el ámbito doméstico. La motivación según el Poder Judicial era el de considerar estas manifestaciones leves y esporádicas como el origen de la violencia grave continuada (Maqueda, 2009). Este cambio, fue atribuido posteriormente a la Ley 1/2004, a pesar de haber sido planteadas diversas críticas de inconstitucionalidad por vulneración del principio de proporcionalidad que no fueron admitidas por ser consideradas sin fundamento (Larrauri, 2007).

El concepto de habitualidad se especifica en torno al número de actos violentos acreditados y la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que se hayan realizado sobre la misma o diferentes víctimas y que hayan sido sometidos a juicio anteriormente (Castillejo, 2009). Además, la ley contempla la protección de otras posibles víctimas, trascendiendo del ámbito doméstico, pues incluyen aquellas personas sometidas a guarda y custodia en centros públicos o privados (residencias de ancianos, hospitales, etc.). Por tanto, aparecen recogidos bajo el mismo mandato tres tipos de violencia diferentes: doméstica, de género y asistencial.

Sucesivamente, en el mismo año, se aprobaron la Ley Orgánica 13/2003 y 15/2003 por las que se establece la posibilidad de prisión provisional en aquel caso en el que existan sospechas fundadas sobre la responsabilidad penal del imputado, independientemente de que la pena de prisión sea igual o superior a dos años. Por otra parte, la duración máxima de las penas de alejamiento y de no aproximación a la víctima se amplía hasta el total cumplimiento de la responsabilidad penal (Castillejo, 2009).

Según Maqueda (2009), estas medidas provocaron una identificación de la mujer en la pareja como un ser vulnerable. Por otro lado, la práctica iba a demostrar muy pronto que la decisión de criminalizar con penas excesivamente elevadas actos leves de maltrato, obstaculizaría la investigación de situaciones graves de violencia escondidas tras la primera denuncia de malos tratos, poniendo en peligro la seguridad de las mujeres, ya que la experiencia ha puesto de manifiesto que las agresiones se hacen más graves tras la denuncia presentada por la víctima.

❖ Quinta etapa: La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

La aprobación de la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, supone la culminación de la andadura legislativa iniciada en 1989 y la adopción de la perspectiva de género en materia de violencia contra la mujer (Torrado, 2013). Por primera vez, nuestra legislación adopta el término jurídico de *violencia de género* (De la Cuesta, 2013), entendida "como todo acto de violencia física y psicológica resultado de la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres" (BOE, 2004, p. 42168). Esta manifestación de violencia debe ejercerse por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia. Por tanto, el ordenamiento jurídico español contempla la necesidad de una relación íntima previa entre la víctima y el victimario, incluyendo las relaciones de noviazgo (Torrado, 2013).

El principal objetivo de la Ley Integral es proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres, combinando mecanismos penales con medidas de naturaleza civil, social o laboral. A este respecto, uno de sus mayores aciertos es la consideración de la violencia de género como un fenómeno multifactorial y multidimensional,

recogiendo un amplio catálogo de recursos extra penales (preventivos, educativos, sociales y asistenciales), así como un reforzamiento de las medidas de protección destinadas a las víctimas (Fernández y Solé, 2011).

Sin embargo, si bien la ley actual supone un nuevo periodo legislativo en la lucha contra esta lacra social, también es cierto que hereda (y en algunos casos incrementa) algunos desaciertos de las leyes precedentes (Maqueda, 2009). Puesto que se trata de la ley vigente, a continuación se expondrán someramente algunas de las críticas que se han planteado.

En primer lugar, siguiendo a Larrauri (2007) la adopción de una perspectiva de género ha supuesto la asunción de una serie de principios entre los que destaca el énfasis en la desigualdad de género como causa central de la violencia. Así, bajo esta concepción, dejando atrás las teorías de corte individual, se asume que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y representa el máximo exponente de la desigualdades históricas entre ambos sexos. No obstante, la definición recogida en esta normativa excluye de su ámbito de protección actos de violencia ajenos al ámbito de las relaciones afectivas, como por ejemplo, aquellos efectuados sobre las madres o hijas del agresor (Fernández y Solé, 2011). Por consiguiente, esta restricción choca con la propia definición de violencia de género recogida en la ley, entendida como aquella ejercida sobre las mujeres por el mismo hecho de serlo (Larrauri, 2007). Si bien es cierto que algunas legislaciones autonómicas como la gallega, han salvado esta limitación (Castillejo, 2008), no siendo requisito imprescindible la existencia de una relación previa de afectividad entre el agresor y la víctima (Carballal, 2009).

En segundo lugar, la gran novedad en materia punitiva de la Ley Integral, ha sido la creación de una serie de figuras agravadas destinadas a proteger de modo específico a la mujer. Esta ha sido una de las decisiones que han generado mayor polémica, puesto que muchos autores han considerado que la medida vulnera el principio de igualdad recogido en el artículo 14 de la Constitución, al sancionar más severamente al hombre, simplemente, por el mero hecho de pertenecer al sexo masculino (Laurenzo, 2010). Para contrarrestar dichas críticas, gran parte de la doctrina ha entendido estas medidas como un instrumento destinado a equilibrar la situación de desventaja inicial en la que se encuentra la mujer por razón de sexo. De tal manera que, según estos autores, la aplicación neutra del principio de igualdad únicamente conseguiría persistir en las diferencias de fondo y dejarlas ocultas tras la equiparación jurídica (Pitch, 2003).

Por otro lado, se mantiene la predisposición del legislador a criminalizar todo acto de violencia sin atender a su gravedad, elevando a la categoría de delito las amenazas y coacciones leves (Torrado, 2013) y extendiendo el concepto de violencia de género a cualquier agresión esporádica en la pareja (Maqueda, 2009). La justificación de estas medidas se basa en conseguir la total desaprobación de cualquier manifestación de violencia contra la mujer por muy leve que sea y contrarrestar su tolerancia social (Laurenzo, 2005). Sin embargo, se han levantado voces críticas que alertan de que la sanción desproporcionada a eventos de escasa significación, puede favorecer una concepción victimista de la mujer y la exaltación del rol paternalista del Estado (Torrado, 2013). Y lo que es más importante, mujeres que se encuentran en una situación de riesgo, que viven en un clima persistente de hostilidad, pueden quedar invisibilizadas bajo ese concepto de violencia de género que etiqueta a todo por igual, independientemente de si es una brote agresivo en un conflicto puntual de la pareja, o una manifestación constante de una situación de dominación (Maqueda, 2009).

Otro conflicto que la Ley Integral ha planteado en la práctica judicial, hace referencia a su desconocimiento sobre la voluntad de las víctimas (Fernández y Solé, 2011). La idea de que la agresión contra ellas como un asunto público se ha llevado hasta las últimas consecuencias, hasta tal punto, de privarles del control de sus necesidades y de la autonomía en sus decisiones. Este aspecto es particularmente perverso en nuestra legislación, ya que como se a mencionado, se sanciona desde los casos más graves de violencia habitual, hasta las agresiones aisladas y de escasa intensidad (Laurenzo, 2010). La imposibilidad de retirar las denuncias, la admisión de que personas distintas de la víctima soliciten por ella una orden de protección, o la imposición obligatoria de las penas de alejamiento no deseadas, pudiendo llegar a verse inculpas en un delito por quebrantamiento de condena, son ejemplos de la escisión entre la ley penal y la realidad de esta problemática (Maqueda, 2009). De ahí que Larrauri (2008) afirme que "el sistema judicial no esté pensado para proteger a la mujer que no quiere denunciar" (p. 174).

A este respecto, la ley requiere como condición para acceder a los recursos de protección e intervención, la interposición de denuncia penal. Esta exigencia contribuye a un uso desmedido de la vía punitiva, pues muchas mujeres que simplemente necesitan un recurso social, se ven conducidas al sistema penal (Fernández y Solé, 2011). Por consiguiente, pese a las mejoras introducidas en la Ley Integral, se sigue manteniendo la vía de privilegiar al sistema punitivo, quedando la víctima reducida, en la mayoría de los casos, a un mero

instrumento de investigación, el testifical, y sin tener en cuenta sus intereses. Por ello, no se ha de aceptar esta postura paternalista adoptada por la ley, que de manera indiferenciada trata de imponer a todas aquellas mujeres que alguna vez fueron maltratadas, una única vía de actuación, la penal, sin atender a sus propias iniciativas y sin dejar espacio a otros métodos alternativos de resolución del conflicto en el que se encuentran inmersas (Laurenzo, 2010).

No en vano, tras las citadas controversias, actualmente se aboga por la establecimiento del llamado Estatuto Jurídico de la Víctima como primer paso para una reforma procesal que garantice los derechos de las víctimas y su adecuada protección integral (Fernández y Solé, 2011). En la misma línea, surge la necesidad de adoptar el enfoque de la Justicia Restaurativa (RJ), reconociendo que el crimen causa daños a las personas y a las comunidades, insistiendo en que la justicia debe reparar esos daños y que las partes deben participar en el proceso. Este nuevo movimiento, pretende restaurar el equilibrio entre los intereses de la víctima y la comunidad, y la reinserción del delincuente en la sociedad (Fernández y Solé, 2011). En España, sin embargo, no existe una normativa que regule ningún método de RJ en el derecho penal de adultos (Ríos, Pascual, Bibiano, y Segovia, 2008). A pesar de ello, la Ley Integral, establece en su artículo 44 la no aplicabilidad de la mediación en los supuestos de violencia de género. No obstante, este posicionamiento del legislador ha sido criticado, puesto que en este tipo de conflictos, como ha demostrado la experiencia en otros países del entorno, la mediación puede tener un efecto reparador si se aplican las técnicas apropiadas y las cautelas precisas en función de la situación particular de cada víctima (Fernández y Solé, 2011). Además, esta posibilidad cuenta con el respaldo normativo del Consejo de Europa que reconoce que la mediación penal puede, en algunos casos, ayudar a restablecer el equilibrio en favor de la parte que está en desventaja (Vázquez-Portomeñe, 2013).

En definitiva, las recientes reformas legislativas han contribuido enormemente al reconocimiento social y a la visualización de la violencia de género. Sin embargo, no debemos ignorar que el género se construye también desde el Derecho, reproduciendo el modelo patriarcal que se pretende combatir. Por esta razón, conviene denunciar aquellos aspectos de las leyes sobre la violencia de pareja que controlan a las mujeres, las victimizan, las infantilizan o les niegan la capacidad de decisión, sosteniendo la idea de que las mujeres son personas que necesitan la protección masculina y estatal; en lugar de seres iguales, con capacidad para gobernar sus vidas de forma autónoma (Maqueda, 2009). El avance desmedido del Derecho Penal, criminalizando hasta el más mínimo conflicto en la pareja, unido al empeño por imponer a las mujeres ciertas salidas como las únicas vías correctas, han

generado un sistema intervencionista, rígido, y para muchos, desmedido, que en algunos casos termina por volverse contra las propias víctimas a las que se pretende proteger (Laurenzo, 2010).

1.4. La violencia de género en cifras

Estimar la prevalencia de la violencia de género es un trabajo difícil que se puede hacer de múltiples formas y que proporciona cifras diferentes según se haga. El tipo de muestreo (población general, población clínica, denuncias, etc.), la dimensión temporal que cubre la evaluación (violencia anual, vital, etc.), los tipos de maltrato considerados (solo violencia física o también otros tipos, solo frecuencia o también duración o consecuencias, etc.), el medio en el que se realiza el estudio (encuesta cara a cara, por teléfono, análisis de registros) y muchas otras decisiones, determinan las cifras que podemos encontrar (Fontanil et al., 2005). Así, por ejemplo, dependiendo del concepto que se tenga de maltrato, el número de mujeres maltratadas aumentarán o disminuirá.

En este sentido, una de las explicaciones al argumento de que antes había menos violencia de género, es no solamente el hecho de que se justificasen esos actos de maltrato con variados pretextos, sino que sencillamente, la consideración de actos de maltrato no se extendía a muchos de los comportamientos que hoy se incluyen dentro de este concepto (Álvarez, 2013). Por consiguiente, las incongruencias al definir la situación de violencia, la variación de los criterios de selección de los participantes en los estudios, o divergencias atribuibles a las fuentes de los datos, generan la necesidad de homogeneizar criterios e indicadores en el estudio de la violencia contra las mujeres, que permitan superar las limitaciones de las investigaciones actuales (Ferrer y Bosch, 2005).

Consideración aparte merecen las llamadas cifras ocultas de la violencia de género y la no identificación de muchas de las víctimas. El estigma social, el carácter privado atribuido a la familia, el miedo, la espera de un cambio, la vergüenza, la dependencia económica y/o emocional, el desconocimiento de los derechos y recursos, o la desconfianza en la justicia, entre otros factores, favorecen a que sólo un ínfimo porcentaje de casos vean la luz (Alonso y Torrado, 2013). Por todos estos motivos resulta difícil estimar la verdadera incidencia de la violencia de género en la sociedad actual.

A pesar de las deficiencias metodológicas y de las lagunas que existen sobre las verdaderas cifras de violencia de género, a continuación, se procederá a esbozar algunos de los datos reflejados en diversos informes y encuestas realizados tanto a nivel europeo como nacional. Puesto que, en palabras de Osborne (2009) "llevar una contabilidad eleva el fenómeno de anécdota a categoría, conduciendo a su mayor visibilidad" (p. 101).

A nivel europeo, en marzo de este mismo año, la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) ha publicado los resultados de una macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres, basada en 42 000 entrevistas personales realizadas en los 28 Estados miembros de la UE (FRA, 2014). Se trata en el mayor estudio realizado en el mundo sobre violencia de género hasta la fecha. Los principales hallazgos muestran que una de cada tres mujeres (33%) entre los 18 y los 74 años de edad, ha sufrido violencia física y/ o sexual a lo largo de su vida, lo que equivale a 62 millones de mujeres. Entre aquellas que han mantenido una relación de pareja con un hombre, el 22% han sido maltratadas física o sexualmente por parte del mismo. Además, se ha encontrado que la probabilidad de sufrir violencia aumenta con el consumo de alcohol abusivo de la pareja masculina.

En cuanto a la proporción de denuncias presentadas, sólo una de cada tres mujeres que sufrieron agresiones físicas acudieron a la policía o a otra organización. En aquellos casos en los que el agresor era la pareja, la proporción disminuía. Cuando se trata de violencia sexual, el sentimiento de vergüenza es la principal razón por la que aproximadamente una cuarta parte de las víctimas no informó a la policía.

Por otro lado, se estima que en torno al 5% de las europeas han sido violadas, y el 55% de las mujeres afirma haber sufrido alguna forma de acoso sexual a través de actos físicos (29%), actos verbales (24%) y ciberacoso (11%). Si hablamos de violencia psicológica, dos de cada cinco europeas (43%) la ha sufrido por parte de su actual pareja masculina o una anterior. Estas formas de violencia incluyen, por ejemplo, el control de la conducta (5%), la humillación en privado (25%) la violencia económica (5%), el chantaje y las amenazas (14%).

Por tanto, a raíz de los resultados, podemos observar que la violencia de género es un problema universal (Sans y Sellarés, 2010), si bien la incidencia de este fenómeno en los diferentes países es muy variable. En España, según la macroencuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el año 2011, casi el 11% de las mujeres entrevistadas reconocían haber sufrido violencia de género alguna vez en su vida, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,

2012). De esta manera, la violencia de género se considera actualmente un problema de salud pública, cuya incidencia y mortalidad van en aumento (Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi, 2002). A nivel estatal, la incidencia de mujeres maltratadas ha aumentado de un 26,47% desde 2003 a 2007 y la de mujeres asesinadas se ha incrementado un 17,65% entre 2000 y 2009 (Centro Reina Sofía, 2010). Conforme a los datos disponibles, la media anual de homicidios se sitúa alrededor de 70 muertes, sin que se observe un impacto positivo tras la puesta en marcha de medidas penales para prevenir la violencia de género (Laurenzo, 2013).

Tampoco se ha producido el impacto esperado con relación a las denuncias presentadas por violencia de género. Así, según el Consejo General del Poder Judicial, el año 2013 se cerró con 124.894 denuncias, 3.649 menos que el año anterior, lo que supone un descenso del 2,8%. Cabe destacar que el 67% de las denunciadas eran españolas (84.128), mientras que el 33% eran mujeres extranjeras (40.765). Por consiguiente, estas cifras suponen que durante el año pasado se registraron una media de 342 denuncias diarias, diez menos al día que en 2012, según la estadística difundida por el CGPJ. El 70,5% de las denuncias fueron presentadas por las propias víctimas, frente al 14,6% resultado de la intervención directa de la Policía y el 11,5% de partes de lesiones. Sólo en el 1,5% de los casos fueron los familiares de la mujer agredida quienes denunciaron, mientras que las denuncias registradas a raíz de la intervención de los servicios asistenciales fueron el 1,9%. Por otra parte, el año pasado se produjeron 15.300 renunciaciones a la continuación del proceso en fase de instrucción, lo que supone un 12,25% en relación con el número de denuncias presentadas. Esto se traduce en un aumento de renunciaciones del 1,2% con respecto al año 2012 (Consejo General del Poder Judicial, 2014).

Por su parte, los órganos competentes en el ámbito de la violencia de género (Juzgados de Violencia sobre la Mujer, Juzgados de lo Penal y Audiencias Provinciales) dictaron 47.144 sentencias penales, de las que el 60% fueron condenatorias (28.275) y el 40 % absolutorias (18.869), manteniéndose la tendencia respecto al año anterior. Con respecto al ámbito autonómico, cabe destacar que la comunidad gallega se sitúa como la segunda de España en la que más casos no llegan a juicio, esto es, el 54,8% de las causas abiertas en el último trimestre de 2013 acabaron en sobreseimiento. La Fiscalía entiende que detrás de estos datos, puede estar una versión de la víctima que no es suficientemente precisa, o su decisión de no declarar contra su pareja o de no ratificar la denuncia, con lo que el procedimiento puede acabar en fracaso (Consejo General del Poder Judicial, 2014).

Asimismo, los diversos estudios realizados, han puesto de manifiesto que las mujeres que padecen este tipo de violencia tienen muy distintos perfiles socio-demográficos, existiendo diferentes factores que pueden hacerlas más vulnerables (Ordóñez y Regueira, 2013). Entre los factores individuales, se encuentran la edad, el estado civil, la nacionalidad y el nivel socioeconómico y cultural (Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi, 2002). Así, las mujeres jóvenes (entre 39 y 49 años) sufren maltrato con más frecuencia (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Corral, 2008; Redondo, Graña, y González, 2009; Vázquez, Torres, Otero, Blanco, y López, 2010; Vives, Carrasco, y Álvarez, 2007). Con relación al estado civil, los resultados que se encuentran son contradictorios. Mientras unos señalan que las mujeres separadas o divorciadas presentan mayor riesgo, otros demuestran que éste es mayor en las casadas (Ordóñez y Regueira, 2013). Por otro lado, pertenecer a una clase socioeconómica baja, tener un nivel educativo bajo, encontrarse en situación de desempleo o ser extranjera, son características que aumentan la probabilidad de sufrir violencia de género (Fernández et al., 2008; Vives et al., 2009).

Respeto a las características socio-demográficas de los agresores, se han analizado variables como la edad, el estado civil, el nivel educativo, el tipo de profesión y el nivel de ingresos económicos, asociados a la violencia de género (Ordóñez y Regueira, 2013). De esta manera, se ha comprobado que los agresores son sobre todo adultos jóvenes (Krug et al., 2002; Redondo et al., 2009), con estudios primarios la mayoría (Fernández et al., 2008; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Redondo et al., 2009). En cuanto a las características psicológicas, los trastornos mentales son relativamente poco frecuentes, en torno al 20% de los casos (Echeburúa y Amor, 2010, Sanmartín, 2002), destacando los trastornos de personalidad y el consumo abusivo de alcohol (Abdulla y Badawi, 2003; Field, Caetano, y Nelson, 2004; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008).

En definitiva, todos estamos de acuerdo en que la violencia de género es un problema social grave que requiere de análisis finos y detallados que permitan desarrollar políticas eficientes para combatirlas. Muchos han sido los esfuerzos legislativos realizados en este sentido, por lo que en principio, parecería razonable esperar que el número de mujeres asesinadas hubiese disminuido, que el número de mujeres maltratadas hubiese descendido también y que las víctimas de violencia de género denunciasen y se sintiesen más seguras y protegidas. Sin embargo, los datos reflejados se oponen a estas expectativas. Por tanto, la conclusión principal que podemos extraer, es que el cambio en el sistema de creencias y costumbres que exige la erradicación de la discriminación estructural e institucional, no puede

provenir exclusivamente de la mano del Derecho y menos aún del Derecho Penal. Si bien son indispensables para hacer frente a este fenómeno, por si sólo no lo resuelve, si simultáneamente, no se ponen en marcha programas sociales y acciones preventivas, que a través de la educación, promuevan en la sociedad la cultura de respeto a la dignidad de las personas.

2. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA VÍCTIMA

2.1. Introducción

Si bien cada víctima presenta unas características únicas, las de violencia de género se encuentran en unas condiciones particulares que agravan el impacto: la multivictimación, la desestructuración de la red social primaria de apoyo y la victimación indirecta de los miembros de la familia. La multivictimación hace referencia a que los ataques que sufre las víctimas de violencia hacia la mujer son continuados en el tiempo (Mawby y Walklate, 1994). La red social primaria de apoyo, esto es, la familia, ya no es útil puesto que es un miembro de la misma el que ejerce la violencia (Denkers y Winkel, 1998). Además, es muy frecuente que otro miembro de la familia con la que la víctima mantiene una relación cercana o de la cual ha recibido auxilio (United Nations, 1988), se contagie del proceso de victimación, esto es lo que se conoce como victimación indirecta.

La ONU (2006) define a la víctima como:

Aquella persona que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder (p. 303).

La importancia de esta definición radica en los dos factores que subyacen a la misma y que son requeridos para considerar a una persona como víctima: la causación y las consecuencias. La primera, hace referencia a que es necesario establecer una relación directa y unívoca entre el delito y el daño, teniendo en cuenta los tratados internacionales o nacionales (español y gallego) en nuestro caso. La segunda, implica que el delito ha de causar daño o secuelas en la víctima, esto es lo que se ha denominado victimación.

De la definición de víctima de la ONU se deriva que la victimación engloba cinco tipos de lesiones: física, mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material y pérdida o menoscabo en los derechos. Esta gran variedad de lesiones son fruto de las diversas formas que puede adoptar el agresor para ejercer la violencia y que veremos más adelante. Además,

de entre todas las consecuencias referidas, trataremos las físicas y psicológicas en mayor profundidad puesto que son las que fundamentalmente constituyen carga de prueba en un proceso judicial (v. gr. Echeburúa, Corral, y Amor, 2003; Milner y Crouch, 2004).

2.2. Procesos de victimación

Antes de abordar las consecuencias que la violencia de género tiene para la mujer, es preciso conocer los tres niveles de la victimación: victimización primaria, secundaria y terciaria (Carballal, 2009; Landrove, 1998; Soria, 2006).

a) La *victimación primaria* hace referencia a haber sido objeto de un acto punible. Incluye las consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales que de la misma se puedan derivar.

b) La *victimación secundaria* produce un incremento del daño producido por la victimación primaria. Incluso aunque la primaria no haya ocasionado un daño, la secundaria puede producirlo. Este tipo de daño se deriva de la interacción del sujeto que ha sufrido el agravio con una mala praxis por parte de las instituciones y organismos que intervienen en el proceso de atención y evaluación de la víctima (sanitarias, medios de comunicación, servicios sociales, evaluaciones periciales, interrogatorios policiales o la intervención judicial). En relación con ésta última, cabe destacar que los sistemas de represión penal sustituyen a la víctima en la reacción contra los delitos para evitar los sistemas de venganzas, concediendo preferencia a los intereses del Estado frente a los intereses de la víctima, relegándola a un segundo plano (Sangrador, 1986). Siguiendo a Soria (2006), existen varios factores del sistema judicial que inciden en la victimización secundaria: la despersonalización de la víctima; la falta de información sobre cómo es el proceso judicial y cuáles pueden ser las consecuencias para el agresor; la falta de atención y conservación de su intimidad; la aculturación, en el sentido de no saber adaptar el estilo comunicativo a las capacidades cognitivas de la víctima y a su falta de conocimiento del lenguaje jurídico y de sus tecnicismos; la falta de comprensión de cuáles son los roles de las diferentes

categorías judiciales; la lentitud para resolver conflicto con el consecuente impacto en la recuperación de la víctima, el estrés que supone la vista oral; y la duda acerca de la veracidad de su testimonio o la identificación del agresor. Todo ello, según Guggisberg (2009) hace que las mujeres hayan de negociar y buscar su seguridad por medio de la reacción violenta, antes que por la vía policial y del sistema judicial.

De entre todos estos factores citados, el que más daño causa es el trato inadecuado, impersonal, indigno y frío prestado a la víctima por el personal de las instituciones, en especial, por el judicial puesto que es el encargado de dar solución a su agravio. Tal es así, que las víctimas de ciertos delitos violentos, como las de violencia de género, muestran más preocupación por el desarrollo del proceso judicial que por el resultado en sí, mejorando su evaluación del sistema si han recibido un trato digno por parte de la administración de justicia (Ferreiro, 2005). Sin embargo, en un estudio realizado por Cubells, Calsamiglia, y Albertín (2010), los resultados alcanzados apuntan hacia la ausencia de perspectiva de género en el ejercicio de los agentes jurídico-penales, hecho que no sólo afecta a la víctima sino también a las propias emociones de los profesionales respecto a su ejercicio profesional. En este sentido, dichos profesionales a menudo sienten frustración y enfado cuando las mujeres que han denunciado expresan la intención de retirar la denuncia, se niegan a declarar en contra de la pareja, incumplen la orden de alejamiento o deciden volver a convivir con su agresor.

En los últimos años, se han promovido diversas medidas legislativas cuyo eje central ha sido la defensa de los derechos de las víctimas en el proceso penal, así como su asistencia y protección. La más reciente es la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, por la que se establecen una normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, con el fin de fomentar y facilitar las denuncias, y ofrecer a las víctimas la posibilidad de romper el círculo de la victimización secundaria.

c) La *victimación terciaria* constituye la consecuencia de las dos anteriores. Un ejemplo de este tipo de victimación sería cuando el entorno social y la familia de la víctima la etiqueta, desampara, culpabiliza o genera un estigma. Si bien el apoyo social y familiar es de suma importancia como factor de amortiguador, no debemos olvidar tal y como se ha mencionado en la introducción, en la violencia de género el agresor es miembro de la familia por lo que deja de ser un ambiente seguro para la víctima. Adicionalmente, los miembros de la familia pueden padecer victimación

indirecta la cual tiene una gran prevalencia y afecta sobre todo, a los hijos y a los progenitores de la víctima.

2.3. Formas de violencia de género

A lo largo del tiempo, se han propuesto una gran variedad de tipologías en cuanto a las formas que puede adoptar la violencia de género dependiendo del elemento clasificador que tomemos como referencia. Aún así, la tipología más aceptada es aquella que identifica tres grandes categorías en función de las conductas emitidas por el agresor (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, y Sarasua, 2002; Del Moral, 2004; Echeburúa y Corral, 2003; Labrador, Rincón, Luis, y Fernández-Velasco, 2004; Mirat y Armendáriz, 2006; Novo y Seijo, 2009; Osuna, 2009): violencia física, psicológica y sexual.

❖ Violencia física

Se refiere a todo comportamiento que implique el empleo intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de manera que implique riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, independientemente de los resultados efectivos del mismo (Labrador et al., 2004).

La violencia física representa la forma más evidente de violencia de género, y por tanto, la más sencilla de identificar. Se caracteriza en función de diferentes factores como el tipo de conducta lesiva y su intencionalidad, los efectos de la lesión o los medios utilizados (Alberdi y Matas, 2002). Incluyen una gran variedad de conductas tanto de acción (v. gr. estrangulamiento, empujones, bofetadas, etc.) como de omisión (i.e., no informar de algún riesgo físico), y por lo general, suelen ir precedidas de maltrato psicológico (O'Leary, 1999). Es muy poco frecuente que el maltrato físico se produzca de manera aislada, sino que las diferentes formas de maltrato se suelen interrelacionar; siendo común que la violencia física se acompañe de la psicológica, y en una tercera parte, también de abuso sexual (Dutton, 1993).

❖ Violencia psicológica

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

El maltrato psicológico es más difícil de identificar que el físico (Labrador et al., 2004; McAllister, 2000), pero algunas investigaciones señalan que es más habitual (Fontanil et al., 2005), y que sus consecuencias en la víctima, son al menos, tan graves como las derivadas del maltrato físico (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

❖ Violencia sexual

Si bien es cierto que se trata de un maltrato de tipo físico, es habitual que se considere como una categoría independiente por presentar una serie de características concretas. Una de las características se relaciona con la mayor intimidad en este tipo de comportamientos; la otra, se refiere a que es muy común que se asuma que el acto sexual es una obligación con la pareja (Labrador et al., 2004).

La OMS (2002) define violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (p.149).

Un elevado número de mujeres víctimas de violencia física padecen este tipo de maltrato, independientemente de su religión y país al que pertenezcan (Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi, 2002).

2.4. Consecuencias del hecho delictivo sobre la víctima

Habitualmente, la violencia de género produce una serie de problemas que repercuten en la salud de la persona que la padece. Aunque no existe una categoría diagnóstica reconocida por la comunidad científica que esté específicamente relacionada con la violencia de género (Carrasco y Maza, 2005), ni reconocida en los manuales de referencia (Orós, 2007), las consecuencias de este tipo delictivo se han rotulado como *Síndrome de la Mujer Maltratada* (Lorente y Lorente, 1998).

Por otro lado señalar, que las consecuencias del maltrato hacia la mujer conllevan repercusiones físicas y psíquicas, que se encuentran determinadas por diferentes variables como: el tipo de violencia, su intensidad, la amplitud del periodo de convivencia con ella, el tiempo transcurrido desde que la violencia ha cesado, y la resistencia cognitiva de la víctima. A este respecto, Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi (2002) han encontrado que a mayor severidad del maltrato, mayor impacto en la salud física y mental de las víctimas. Es más, aunque la situación de violencia haya llegado a su fin y la víctima haya rehecho su vida, las consecuencias del maltrato pueden perdurar en el tiempo, siendo acumulativas (Campbell, 2002; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, y García-Moreno, 2008; Loxton, Schofield, y Hussain, 2006).

De hecho, los malos tratos representan, tras la diabetes y los problemas de parto, la tercera causa que provoca más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas en las mujeres (Lorente, 2001). No en vano, los hallazgos encontrados en diversos estudios sobre las consecuencias físicas y mentales relacionadas con la violencia contra las mujeres, ponen de manifiesto que se trata de un problema de salud mundial de proporciones epidémicas (OMS, 2013).

Con el objetivo de que este trabajo no resulte muy exhaustivo, se ha optado por dividir las consecuencias en dos categorías diferentes en función de si el daño es físico o psicológico, centrándonos con mayor profundidad en estas últimas, dada su relevancia para la labor pericial.

2.4.1. Consecuencias físicas

En la mayor parte de los casos, el maltrato de tipo físico sigue un patrón continuado y progresivo de violencia, el cual suele iniciarse con un pellizco y posteriormente aumentar su gravedad con bofetadas, empujones, puñetazos, y patadas que pueden provocar lesiones internas, abortos desfiguraciones o incluso acabar en homicidio (Corsi, 1994). Así, Heise y García-Moreno (2003) encontraron que las mujeres maltratadas, en comparación con las no maltratadas, son sometidas a un mayor número de operaciones quirúrgicas, acuden más frecuentemente al médico, presentan más ingresos hospitalarios, visitan más a menudo las farmacias y realizan más consultas de salud mental.

Por su parte, Muelleman, Lenaghan, y Pakieser (1996) detectaron que la lesión más común en la mujer maltratada era la ruptura del tímpano, junto con el riesgo de presentar lesiones en la cabeza, el tronco y el cuello. Además, en aquellas mujeres que han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual por sus parejas, presentan frecuentemente más sintomatología somática como dolores de cabeza, dolores de espalda, infecciones vaginales, dolores pélvicos, coitos dolorosos, infecciones del tracto urinario, pérdida del apetito, dolores del abdomen y problemas digestivos (Campbell, 2002; Schollemberger et al., 2003; Woods et al., 2005).

Otros problemas de salud encontrados en este tipo de víctimas son la dificultades para caminar, problemas en las tareas de la vida cotidiana, pérdidas de memoria, vértigo y dolores crónicos (Ellsberg et al., 2008); problemas ginecológicos, del sistema nervioso central (Matud, 2004; Schollemberger et al., 2003) y del sistema inmunitario (Woods et al., 2005). También se han observado embarazos no deseados, abortos de repetición, partos con hijos de bajo peso, partos prematuros, problemas genito-uritarios estilos de vida de riesgo y patologías crónicas como la diabetes (Carrasco y Maza, 2005; García, López, y Curiel, 2006).

En un reciente estudio sobre el impacto de la violencia en la salud de las mujeres maltratadas, la Organización Mundial de la Salud (2013) alerta que, a nivel mundial, el 38% de las mujeres asesinadas lo fueron a manos de sus parejas; y el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja, resultaron lesionadas. Según este estudio, la violencia de género también se asocia con embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, muerte fetal, parto prematuro e infecciones de transmisión sexual. A este respecto, la probabilidad de contraer sífilis, clamidia, gonorrea o VIH es 1,5 veces mayor en comparación con las mujeres que no han sufrido este tipo de

violencia. Por otra parte, las mujeres maltratadas tienen el doble de probabilidad de sufrir abortos y un 16% más de tener un bebé con bajo peso al nacer. Además, se han encontrado otros efectos sobre la salud física como las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. Asimismo, las mujeres que sufren violencia de género son casi dos veces más propensas a tener problemas con el consumo de alcohol (OMS, 2013).

2.4.2. Consecuencias psicológicas

Se considera que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves (Labrador, Fernández-Velasco, y Rincón, 2010). Según Echeburúa y Redondo (2010), las secuelas psicológicas que en mayor medida se asocian a la violencia de género son:

a) Trastornos de ansiedad

Una característica específica de la violencia contra la mujer es que el maltrato tiene lugar de manera repetida e intermitente, alternándose periodos de agresión y de arrepentimiento, lo cual genera que la víctima se encuentre en un estado de ansiedad extrema, con respuestas de alerta y sobresalto (Carballal, 2009; Echeburúa y Redondo, 2010;). Esto explica que los trastorno con mayor prevalencia entre las mujeres maltratadas sean la Ansiedad Generalizada, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la Fobia Específica, la Agorafobia y el Trastorno de Estrés Postraumático. Éste último trastorno es el de mayor prevalencia según el metanálisis de Golding (1999), y desde el ámbito psicológico-forense ha sido considerado como la medida primaria en casos de violencia de género, es decir, el Trastorno de Estrés Postraumático representa la huella psicológica esperable en víctimas de dicho delito. Concretamente, en el contexto forense español, Vilariño, Fariña, y Arce (2009) encontraron que alrededor del 60% de las víctimas reales de violencia de género (corroboradas por sentencia judicial) presentaban este trastorno. No en vano, dada su relevancia en este ámbito, será tratado con mayor profundidad más adelante.

b) *Depresión y sentimientos de baja autoestima*

La depresión presenta una elevada prevalencia, tanto de forma aislada como comórbida. Aunque los resultados de algunos estudios no reflejan claramente la relación causal entre violencia de género y depresión (Bermúdez, Matud, y Navarro, 2009; O'Campo et al., 2006), la gran mayoría confirman que es muy frecuente que las víctimas de maltrato presenten sintomatología depresiva (Amor et al., 2002; Golding, 1999; Labrador et al., 2010; O'Leary, 1999; Riggs, Caufield y Street, 2000). La Organización Mundial de la Salud señala que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia (OMS, 2013). En uno de estos estudios, Labrador et al. (2010) encontraron que el 69,6% de las víctimas evaluadas padecían depresión como trastorno más habitual, con un nivel de gravedad entre moderada y grave. Otro autor, Osuna (2009) señala que los síntomas más frecuentes son la inhibición psicomotriz y de pensamiento, la apatía, los sentimientos depresivos, la autoestima pobre, los autorreproches, la tristeza, los sentimientos de culpa y la ideación o consumación del suicidio incluso ampliado a los hijos.

La baja autoestima es también una característica común en este tipo de víctimas (Amor et al., 2002; Bermúdez et al., 2009; Dutton y Painter, 1993; Labrador et al., 2010; Matud, 2004; Orava, McLeod, y Sharpe, 1996). Una de las razones que podrían explicar este hecho, es que la mujer maltratada llega a desatender sus propias necesidades para centrar todos sus esfuerzos en complacer a su agresor (Dutton y Painter, 1993). Además, las mujeres maltratadas suelen desarrollar un estilo atribucional asociado con sentimientos de culpa y una autopercepción negativa, llegando a creer que se merecen vivir esa situación. Otros autores, destacan que es el propio proceso de maltrato lo que genera baja autoestima, puesto que se asume que el mantenimiento de una relación basada en las humillaciones, en los desprecios y ataques físicos y psíquicos son una buena forma de menoscabar el sentido de autoeficacia y autoconfianza de la víctima (Bermúdez et al., 2009; Dutton y Painter, 1993; Matud, 2004; Orava et al. 1996; Walker, 1991).

Un agente que aumenta el daño en la autoestima, es que la mujer haya sufrido un largo proceso de violencia y siga conviviendo con el agresor; mientras que, de manera contraria, lo reduce (Bermúdez et al., 2009).

c) *Sentimientos de culpa y aislamiento social*

Echeburúa y Redondo (2010) plantean que aproximadamente la mitad de las mujeres maltratadas presentan sentimientos de culpa por lo ocurrido alimentados por pensamientos erróneos fruto de un estereotipo social. Estos sentimientos se basan en la percepción que tienen las mujeres con haber elegido a un maltratador como pareja, no haber sido capaz de cambiarlo o evitar aquello que generaba la ira del maltratador. Así, la víctima sufre una inversión de la culpabilidad, cargando con la responsabilidad del violento (Hirigoyen, 2006).

El aislamiento social y familiar de la víctima es un fenómeno común. Éste puede ser iniciado por el agresor, de manera sutil o violenta, con el objetivo de que la mujer sea más vulnerable y dependiente y evitar así que pida ayuda. Pero también puede ser la propia víctima la que genere esta situación, ocultando y negando el problema por vergüenza o miedo a las consecuencias.

d) *Otras alteraciones psicológicas*

Al margen de las secuelas psicológicas mencionadas anteriormente, la literatura señala otras consecuencias que afectan a la salud psíquica de las víctimas de violencia de género, y que se presentan a continuación:

- *Trastornos somatomorfos.* Los conflictos psicológicos pueden convertirse y expresarse en síntomas físicos, tales como la somatización, la conversión o la hipocondría (Carballal, 2009; Osuna, 2009).
- *Trastornos disociativos.* La disociación funciona como mecanismo de defensa permitiendo a la víctima minimizar el daño mediante la alteración de su memoria y percepción del entorno. Todo ello, le permite separar la experiencia física de la agresión de la experiencia cognitiva de ser agredida. Son frecuentes dentro de este proceso la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo (Osuna, 2009).
- *Trastornos sexuales.* Destacan los trastornos por disfunción sexual, del tipo de deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, dispareunia o vaginismo (Osuna, 2009). En este sentido, Rojas (1995) observó que el 55% de las mujeres víctimas de agresión sexual fueron

incapaces de retomar las relaciones sexuales con normalidad durante dos años y muchas continuaron sufriendo frigidez.

- *Trastornos alimenticios.* Osuna (2009) refiere alteraciones alimenticias entre las mujeres maltratadas, especialmente, la bulimia.
- *Trastornos de consumo de sustancias.* Las sustancias que más consumen las víctimas de violencia de género son el alcohol, los analgésicos, los ansiolíticos y los hipnóticos. Este consumo puede en situaciones clínicas de abuso, causar dependencia e intoxicación (Osuna, 2009).
- *Trastornos del sueño.* Se encuentra una incidencia significativa de sueño inquieto e irregular y de pesadillas entre este tipo de víctimas (Osuna, 2009).

2.5. El Trastorno por Estrés Postraumático: huella psíquica de la violencia de género

Uno de los mayores problemas que presenta el proceso penal en casos de violencia de género es la insuficiencia probatoria (Bonachera, 2009) por ser un delito cometido en el ámbito privado y por tanto, en ausencia de testigos. De este modo, es habitual que el testimonio de la víctima constituya la principal o única prueba de cargo. Sin embargo, la declaración de la víctima no es prueba suficiente para la condena, sino que es necesaria la comprobación de la credibilidad y el daño psicológico.

El daño o huella psicológica, definida por la medida de los efectos de un acto delictivo en la salud mental o sufrimiento emocional, se ha relacionado tanto con síntomas internalizantes (i.e. depresión, ansiedad, quejas somáticas, inadaptación social), como con los externalizantes, esto es, problemas de conducta como la agresividad; e incluso, con la interacción entre ambos (Edelson, 1999). Sin embargo, en la práctica se acude en mayor medida a los internalizantes y, más concretamente, al Trastorno por Estrés Postraumático (en adelante TEP) y a sus medidas indirectas (Brooks, 1995; Echeburúa et al., 2003; Schiebe, Babgy, Miller, y Dorian, 2001). La razón radica en que los problemas de conducta no son contiguos ni contingentes al hecho delictivo, esto es, no presentan una relación causa-efecto directa con el delito (requerimiento legal), sino que constituyen un factor de riesgo (Baldry y Winkel, 2004).

El TEP, por el contrario, supone un conjunto amplio y persistente de problemas inducidos por el delito, de tal forma que es el único trastorno que se ajusta a este criterio de causalidad. Constituye una entidad clínica reconocida por la comunidad científica, recogida en los principales manuales de referencia de las enfermedades mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. No obstante, pese a que existen descripciones de sintomatología traumática desde la antigüedad, hubo que esperar hasta la tercera versión del DSM (DSM-III) publicado en 1980, para su reconocimiento oficial. La inclusión de este trastorno estuvo impulsada por las reivindicaciones de dos grupos de presión social, los veteranos de la Guerra de Vietnam y los grupos feministas, que reclamaban el reconocimiento del daño psíquico a consecuencia del conflicto bélico y de la violencia contra la mujer, respectivamente. También, cabe destacar las formulaciones de los psiquiatras, los argumentos judiciales, la reivindicación moral y la presión política (González y Pérez, 2007) que contribuyeron al reconocimiento social de esta dolencia y a considerarla como una categoría diagnóstica. Además, en los últimos años, el interés por el TEP ha ido en aumento y se han realizado numerosas investigaciones como consecuencia de la realidad social vivida, nos estamos refiriendo especialmente, a los atentados del 11 de septiembre en Nueva York, a las guerras de Afganistán e Irak, al terremoto del Océano Índico (Tsunami asiático) y a los atentados del 11 de marzo en Madrid (Schnurr, 2010).

Así, el TEP fue recogido dentro del apartado dedicado a los trastornos de ansiedad. Posteriormente, con modificaciones, se volvieron a registrar en el DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987), en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) y en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). En todos ellos, se identifica al estrés como la causa del TEP, resultado de la exposición del sujeto, única o repetida, a un acontecimiento traumático (altamente estresante para el sujeto).

2.5.1. Evolución del Trastorno de Estrés Postraumático como entidad diagnóstica

Desde que las secuelas psicológicas frente a acontecimientos traumáticos se incluyeron como categoría diagnóstica en las clasificaciones de referencia bajo la

denominación de TEP, su conceptualización y definición ha ido evolucionando y modificándose en las diversas revisiones, lo cual ha sido objeto de múltiples controversias.

Las áreas problemáticas que han generado un mayor debate han sido el diagnóstico y la clasificación del trastorno. A este respecto, uno de los aspectos fundamentales es el relacionado con la definición de *evento traumático*. Esta definición adquiere una gran relevancia en el diagnóstico del TEP puesto que a diferencia de otros trastorno de ansiedad, el factor etiológico (el hecho delictivo) es lo que supone el origen del cuadro y no la sintomatología que presenta la persona (McFarlane, 2000). En el DSM-III un *evento traumático* se consideraba como un suceso poco habitual y marcadamente angustiante para todo el mundo, fuera de los márgenes normales de la experiencia humana (v.gr. violaciones, guerras desastres naturales). Por consiguiente, la violencia de género, dada su elevada frecuencia, no podía considerarse como tal. En el DSM-IV y su versión posterior, el DSM-IV-TR, se modifica esta definición y la violencia contra la mujer pasa a ser un estresor capaz de generar TEP. Es en ese momento cuando se empieza a estudiar este trastorno como uno de los posibles efectos negativos del maltrato. A la descripción del evento traumático, se le añade la vivencia subjetiva (miedo, indefensión u horror) de la persona, la cual es fundamental para la determinación del carácter traumático de un determinado suceso. Adicionalmente, se reconoce que la sintomatología traumática puede ser desarrollada por víctimas indirectas, esto es, por personas que hayan presenciado el acontecimiento desde una distancia segura, e incluso, por personas que escuchan los detalles del acontecimiento traumático experimentado por otros. Desde este enfoque, el trauma sería cualquier acontecimiento que se ha vivido, observado o del que se ha oído hablar, que es asumido por la persona como traumático y que desencadena sus síntomas. Por lo tanto, la naturaleza del trauma y su nivel de gravedad, se asientan en la idiosincrasia y la subjetividad del sujeto (Carballal, 2009). Sin embargo, recientemente se ha vuelto a modificar este criterio, puesto que en el DSM-V ya no se considera necesario cumplirlo, obviando el impacto emocional subjetivo del acontecimiento traumático y volviendo a una valoración meramente objetiva de dicho acontecimiento. Del mismo modo, sucede con la CIE-10. Los criterios diagnósticos incluidos en las versiones del DSM-IV-TR, DSM-V y de la CIE-10 se muestran en las Tablas 1, 2 y 3.

En definitiva, el concepto de *suceso traumático* se enmarca dentro de una realidad compleja de factores muy diversos relacionados tanto con el acontecimiento como con la persona (p. e. presencia de apoyo social), y que pueden dar lugar a numerosas combinaciones. Esta situación, es lo que ha dificultado el desarrollo de una descripción consensuada por la

comunidad científica, que hacen del diagnóstico del TEP una tarea controvertida, sobre todo, para los profesionales del ámbito jurídico-forense, y en el que entran en juego indemnizaciones económicas y beneficios secundarios (Calcedo, 2003).

También cabe destacar la controversia surgida en torno a la estructura sintomática del TEP (i.e. reexperimentación, evitación), fruto del consenso de los expertos y no siempre de criterios empíricos. Así, si bien el DSM-IV-TR recoge tres categorías (reexperimentación, evitación e hiperactivación), el DSM-V añade las alteraciones cognoscitivas y del estado de ánimo. Los síntomas incluyen los previamente considerados de embotamiento emocional (e incluidos en el criterio C junto con los de evitación), así como la presencia de creencias negativas sobre uno mismo, otros y el futuro; y de emociones como culpa, vergüenza, ira,... (esto es, las denominadas emociones secundarias que acompañan a las memorias verbalmente accesibles según la teoría del procesamiento dual de Brewin, Dalgleish, y Joseph, 1996). Por su parte, la CIE-10 no considera el aumento de la activación un criterio indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma; y además, exige la presencia de un sólo síntoma del criterio de evitación, mientras que el DSM-IV-TR, requiere de, al menos, tres (Davidson, 2000).

Los criterios temporales en los que se basa la especificación de este trastorno, tampoco han sido ajenos al debate. El DSM-IV-TR establece la especificación entre TEP agudo, si los síntomas duran menos de tres meses; crónico, si los síntomas duran tres meses o más; y de inicio demorado, cuando se inicia transcurridos, al menos, seis meses desde la vivencia del evento traumático. En la versión actual varía esta especificación, desaparecen los tipos agudo y crónico y se diferencia entre TEP con síntomas disociativos, cuando la víctima presenta despersonalización o desrealización; y de expresión demorada, en la que simplemente se sustituye la etiqueta terminológica. Por su parte, la CIE-10 no diferencia entre trastorno agudo y crónico, pero sí contempla el de inicio moderado. Así, si desde el acontecimiento al comienzo de los síntomas ha transcurrido mucho tiempo, la CIE-10 aconseja el diagnóstico de *transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F62.0)*.

Por consiguiente, si bien se debe tener presente que las incongruencias entre las distintas clasificaciones carecen de relevancia desde un punto de vista clínico, sí pueden tener consecuencias importantes a escala epidemiológica (Vilariño, 2010). En esta línea, Andrews, Slade, y Peters (1999) en un estudio con muestra clínica, hallaron que la prevalencia del TEP según los criterios de la CIE-10 sería del 6,9%, y sólo del 3% teniendo en cuenta los criterios

del DSM-IV. Aún así, ambos sistemas coinciden en el papel crucial que juega la reexperimentación como elemento diferenciador del resto de trastornos mentales (Carballal, 2009).

Con relación a cuáles son los criterios más adecuados, en el contexto jurídico-forense se recomienda el uso del DSM-IV-TR, debido a la utilidad de los criterios temporales para la estimación de las indemnizaciones por daño psicológico. Además, es de gran relevancia para la evaluación, la valoración subjetiva que hace la persona sobre el acontecimiento, puesto que no siempre es fácil establecer qué se puede considerar como un evento traumático y qué no (e.g. la muerte de un familiar) (Carballal, 2009).

En conclusión, podemos decir que, en la actualidad, el TEP se caracteriza por la existencia de un evento traumático que representa una amenaza para la vida o la integridad física de la personas y que puede ser experimentado de diferentes maneras por cada una de ellas, es decir, pueden sufrirlo sobre sí misma, presenciarlo sobre un tercero o tener conocimiento a través de otros de lo ocurrido. Además, cualquiera de estas tres formas ha de generar una respuesta de fuerte temor, presentando síntomas de reexperimentación, respuesta de evitación y embotamiento emocional, y un estado general de hiperactivación.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el TEP según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

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

A1. 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.

A2. La respuesta del sujeto, debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. Nota: en niños se manifiesta por agitación o desestructuración.

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

B1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

B2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

B3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

B4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

B5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

C1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

C2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

C3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

C4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

C5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

C6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

C7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

D1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

D2. Irritabilidad o ataques de ira

D3. Dificultades para concentrarse

D4. Hipervigilancia

D5. Respuestas exageradas de sobresalto

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

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

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el TEP según el DSM-V (APA, 2013)

A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras :

A1. Experimentar uno mismo el acontecimiento.

A2. Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.

A3. Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo. En aquellos casos en los que los familiares o amigos, hayan muerto o experimentado eventos cercanos a la muerte, éstos deben haber sido violentos o accidentales.

A4. Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil). Nota: no se aplica a la exposición de medios, televisión, películas o fotografías, a no ser que esta exposición esté asociada al trabajo.

B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:

B1. Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos.

B2. Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento traumático.

B3. Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de la noción de lo que está ocurriendo en el presente).

B4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

B5. Respuestas fisiológicas intensas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:

C1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas relacionados con el acontecimiento traumático.

C2. Evitación de claves externas (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el acontecimiento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican dos (o más) de las siguientes formas:

D1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático (asociado a amnesia disociativa y no con otros factores como alcohol o drogas).

D2. Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro (e.g. "soy malo", "no se puede confiar en nadie", "el mundo es muy peligroso").

D3. Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.

D4. Estado emocional negativo persistente (miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).

D5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

D6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

D7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción o enamoramiento).

E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:

E1. Irritabilidad o explosiones de ira (sin provocación) expresados mediante agresiones verbales o físicas a personas u objetos.

E2. Comportamiento temerario o autodestructivo.

E3. Hipervigilancia.

E4. Respuestas exageradas de sobresalto.

E5. Dificultades para concentrarse.

E6. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

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

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

H. Esta alteración no es atribuible a los efectos de una sustancia (medicación o alcohol) o a otra condición médica.

Tabla 3

Criterios diagnósticos para el TEP según la CIE-10 (OMS, 1992)

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

B. Reexperimentación. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza,

sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

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

D. Una de las dos:

D1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.

D2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:

a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

b) Irritabilidad.

c) Dificultades de concentración.

d) Facilidad para distraerse.

e) Sobresaltos y aprensión exagerados.

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

3. DIFERENTES APROXIMACIONES SOBRE EL ANÁLISIS DE LA CREDIBILIDAD DE LAS DECLARACIONES

3.1. Introducción

A lo largo de la historia, se han planteado muchos procedimientos que han querido establecer los elementos sobre los que basar las decisiones para considerar los hechos como verdaderos o falsos. Así, uno de los primeros medios que encontramos, son los *combates judiciales* entre las partes litigantes. Aplicando la ley del más fuerte, cada una de las partes elegía un contrincante y mediante el duelo, el vencedor imponía su derecho sobre el vencido (Ibáñez, 2009). Posteriormente, aparecen otros procedimientos que se fundamentan en las manifestaciones fisiológicas producto de la ansiedad atribuida al mentiroso (Bembibre e Higuera, 2010). Así, uno de los más conocidos, es el del *hierro candente* que consistía en aplicar un hierro incandescente sobre la lengua de las personas sospechosas; la salivación evitaba la quemadura y la sequedad de la lengua la favorecía (Ibáñez, 2009). Siguiendo el mismo principio de salivación, otra técnica consistía en hacerles tragar a los sospechosos productos muy secos como el arroz. Si los escupían húmedos o podían tragarlos, se consideraba que habían sido honestos; en caso contrario, se demostraba su culpabilidad (Buela-Casal, 2014). Como vemos, evaluar el comportamiento de una persona para intentar realizar juicios sobre su credibilidad ha sido una constante de los profesionales (psicólogos, psiquiatras, investigadores policiales). No obstante, pese a que el estudio de la detección del engaño ha evolucionado, su complejidad pone de relieve el largo camino que nos queda por recorrer para encontrar un sistema infalible que detecte la mentira (Carballal, 2009).

En el contexto judicial, el análisis de la credibilidad de la declaración es vital, sobre todo en aquellos casos caracterizados por la dificultad probatoria, en los que el juez ha de dictar sentencia basándose, casi exclusivamente, en el testimonio de las partes (Vilariño, Formosinho, y Cardoso, 2012). En numerosas ocasiones, la insuficiencia de pruebas es el principal problema en las sentencias de violencia de género, debido entre otras cuestiones, al carácter íntimo y privado en el que se desarrolla el delito (Arce, Fariña, y Vilariño, 2010). Para dotar de valor de prueba al testimonio de la víctima, la jurisprudencia requiere de corroboraciones periféricas que lo avalen (criterio legal de verosimilitud), siendo crítica, entre ellas, la pericial psicológica de la credibilidad del testimonio (Arce et al., 2010). En un

estudio de archivo, Arce, Vilariño y Alonso (2008) hallaron que esta prueba se practicaba en cerca del 20% de los casos. Por tanto, la labor del psicólogo forense mediante el estudio de las declaraciones, puede desempeñar un papel central en la carga de la prueba (Vilariño et al., 2012). Además, la presencia de un relato falso en estas situaciones, puede comprometer el curso legal de la investigación y poner en peligro los resultados de la misma (Valverde, Ruiz, y Llor, 2013).

Debido a esta necesidad, a principios del siglo XX comienza a investigarse el engaño desde la perspectiva de la psicología forense, aunque es en los años 60 cuando se consolidan los estudios científicos sobre la mentira en humanos (Valverde et al., 2013). En los epígrafes sucesivos, se abordarán algunos de los procedimientos que ofrece la investigación psicológica para evaluar la credibilidad del testimonio a través de tres aproximaciones: indicios no verbales, indicios fisiológicos y análisis del contenido de la declaración (Vrij, 2000). No obstante, antes de proceder con el análisis de las diferentes aproximaciones sobre el estudio de la credibilidad, es preciso hacer una distinción entre credibilidad y veracidad. De tal manera, que a la hora de valorar un testimonio, la verdad como tal no existe, pues se trata de un concepto puramente subjetivo que depende del funcionamiento de nuestra memoria, la cual no es un elemento estático sino que está expuesta constantemente a cambios y distorsiones. Asimismo, por extensión, tampoco podemos hablar de mentira pues no sabremos con certeza si un sujeto miente hasta que él mismo lo reconozca. Por consiguiente, siguiendo a Arce y Fariña (2005), la valoración de la credibilidad del testimonio pretende analizar "la exactitud que el testigo, o una parte de su declaración, le inspira al evaluador y le induce a creer que los hechos sucedieron tal y como declara" (p. 59).

3.2. Indicios conductuales observables de naturaleza no verbal

Existen una serie de creencias populares sobre los indicios no verbales de engaño (p.e., no mirar a los ojos al interlocutor durante el relato de la mentira), que han sido objeto de estudio científico, con el fin de esclarecer su alcance en la detección de la credibilidad de una declaración (Eaton, McKeen, y Campbell, 2001; Vrij, Mann, y Fisher, 2006). Los resultados hallados dentro de este enfoque no son excesivamente concluyentes e, incluso, resultan contradictorios (Vilariño et al., 2012). De acuerdo con Masip (2005), al contrario de lo que sostiene la sabiduría popular, apenas existen claves conductuales que permitan discriminar la

verdad de la mentira. De esta manera, si bien la gente cree que, en comparación con quienes dicen la verdad los mentirosos mueven más sus extremidades, desvían más la mirada, parpadean más, sonríen más, muestran más automanipulaciones y gestos ilustrativos, cambian con mayor frecuencia de postura y mueven más el tronco, los resultados de la investigación empírica (Sporer y Schwandt, 2007; Vrij, 2000) muestran que, en realidad, los mentirosos mueven sus extremidades menos que los veraces, y que no existe relación entre las demás conductas y el engaño.

Otras creencias populares examinadas por Vrij (2000), como que los mentirosos cometen más errores, presentan más vacilaciones al hablar y hacen más pausas, no han recibido apoyo claro de la investigación, hallando resultados discordantes (Masip, 2005). Dichos resultados pueden explicarse por la influencia de determinadas variables en la utilidad de los indicios no verbales para discriminar entre declaraciones verdaderas y falsas. Así, varios autores (DePaulo et al., 2003; DePaulo y Morris, 2004) han hallado que la motivación del emisor, el objeto que se persigue con el engaño (ocultar una transgresión frente a otros fines), la extensión de la respuesta (tiempo durante el que el emisor se expresa) y la preparación previa de la mentira, influyen sobre el significado y el poder discriminativo de diversos indicios. Por ejemplo, cuando la comunicación no estaba preparada de antemano, la latencia de respuesta (tiempo transcurrido entre el final de la pregunta y el inicio de la respuesta del emisor) fue mayor al mentir que al decir la verdad; pero cuando la comunicación había sido dispuesta previamente, la latencia fue mayor al decir la verdad que al mentir. Asimismo, hubo varias claves (i.e. parpadeos) que discriminaban cuando se mentía sobre transgresiones, pero no al mentir sobre otros temas (DePaulo et al., 2003; DePaulo y Morris, 2004). Por consiguiente, los resultados de los estudios muestran la necesidad de considerar las diferencias individuales y establecer una adecuada línea base con la que comparar el comportamiento del mentiroso. En efecto, los indicios comportamentales asociados a la mentira pueden formar parte del repertorio normal de conducta de una persona, e incluso, de aquella persona sincera que sospeche que no va a ser creída. La interpretación de ese temor como miedo a ser descubierto, constituye el error de Otelo y supone un importante sesgo en la evaluación de la credibilidad (Bembibre e Higuera, 2010).

Por otro lado, la investigación sobre la capacidad de las personas para detectar mentiras mediante la observación de la conducta, ha arrojado resultados desalentadores (Masip, 2005). Así, varios meta-análisis han hallado que el nivel promedio de aciertos se sitúa ligeramente por encima del azar, por lo que se encuentra muy alejada del mínimo requerido

para hacer juicios con cierta garantía de éxito (Masip, 2005). Por tanto, la capacidad de los seres humanos para discriminar entre verdades y mentiras es extremadamente limitada (Alonso, Masip, y Garrido, 2009). Además, esta limitación se extiende a aquellos profesionales para los cuales detectar mentiras es importante y que tienen experiencia en tareas de evaluación de la credibilidad (Kassin, 2004; Masip, 2005). Este aspecto tiene una repercusión directa en el ámbito forense ya que ante estos resultados se concluye que no se debería emitir ningún juicio de credibilidad basado únicamente en la conducta del emisor, y de hacerlo, debería ir acompañado de otra prueba más válida (Carballal, 2009).

En relación con el grado de confianza al establecer nuestros juicios de veracidad, DePaulo, Charlton, Cooper, Lindsay, y Muhlenbruck (1997) observaron que, en general, las personas no sólo no somos conscientes de nuestra escasa capacidad para discernir la verdad de la mentira, sino que además, tendemos a sobreestimarla. A pesar de ello, la capacidad para detectar el engaño puede ser susceptible de entrenamiento (Bull, 2004; Frank y Feeley, 2003; Vrij, 2000). Según Vrij (2000), con independencia del método empleado, en general los observadores han logrado incrementar su nivel de aciertos en la condición de entrenamiento. Pero el autor también indica que tales incrementos han sido muy pobres, con una precisión media del 54% en los grupos no-entrenados frente al 57% en los grupos entrenados (Vrij, 2000). Si bien es cierto que los programas empleados presentan una serie de limitaciones, el problema fundamental corresponde a la escasa relación, antes señalada, entre indicadores conductuales y el engaño, así como al relativismo de esta relación en función de diversas circunstancias (DePaulo y Morris, 2004).

Teniendo en cuenta las carencias de este método, donde incluso los programas de entrenamiento en detección del engaño no verbal han fracasado (Garrido, Masip, y Herrero, 2006), se han abierto nuevas líneas de investigación a partir de la inteligencia artificial donde se trata el tema del reconocimiento informatizado de las emociones o de la mentira, no obstante, estamos lejos de elaborar un instrumento que diferencie entre la verdad y el engaño basándonos en evidencias no verbales (Carballal, 2009).

3.3. Indicios fisiológicos y actividad cerebral

3.3.1. El polígrafo

Su funcionamiento consiste en el registro de los cambios producidos en diferentes indicadores fisiológicos (i. e., tasa cardíaca, conductancia electrodérmica, presión sanguínea, respiración) ante la formulación de una serie de cuestiones relativas a los hechos investigados. Sin embargo, no existe un patrón único de respuesta fisiológica asociado a la mentira (Arce y Fariña, 2006), puesto que el miedo o la ansiedad generadas por la situación de examen, pueden provocar las mismas reacciones que el engaño. De hecho, diversas investigaciones han hallado que un falso culpable manifiesta más señales de ansiedad que un culpable real (Arce, 2014). Cabe destacar que el polígrafo no mide la verdad o la mentira, sino si la persona evaluada cree o no cree lo que está relatando (Buela-Casal, 2014).

Para la aplicación de esta técnica, se plantean dos procedimientos distintos (Arce, 2013): el *Test de Preguntas de Control* (TPC) y el *Test del Conocimiento Culpable* (TCC).

El primero de ellos, constituye el modelo más utilizado por los profesionales que emplean el polígrafo, ya que es fácil de aplicar y tiende a suscitar confesiones. Sin embargo, la comunidad científica lo rechaza ampliamente al considerarlo carente de rigor científico (Ben-Shakhar, 2002). El proceso consta de 10 preguntas que se subdivide en dos tipos: las preguntas críticas, empleadas para discriminar entre la inocencia o la culpabilidad (p. e. ¿cogió usted la pistola que había en el maletero del coche?); y las preguntas control, referidas a la conducta pasada del sujeto y que podrían estar relacionadas con la investigación (i.e. ¿había disparado usted con una pistola anteriormente?). Previamente a la aplicación del TPC, el examinador debe revisar el sumario y los antecedentes médicos y psiquiátricos del sujeto. También se requiere informar a la persona evaluada de sus derechos y de que la sesión va a ser grabada, si es el caso. A continuación, se le dará una breve explicación del funcionamiento del polígrafo junto a una demostración práctica. Una vez realizados todos estos pasos, se administra la prueba, combinando preguntas críticas, de control y neutras. Éstas últimas no tienen valor para el caso, pero nos permiten obtener una línea base de los indicadores fisiológicos (Arce y Fariña, 2006).

En la siguiente tabla se muestra una secuencia hipotética de preguntas tipo TPC (Arce, 2013):

Secuencia hipotética de preguntas tipo TPC

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

PN. ¿Ha cursado Ud. la enseñanza obligatoria?

PC. ¿Había disparado anteriormente una pistola?

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

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

PN. ¿Le gusta el fútbol?

PR. ¿Disparó la pistola?

PN. ¿Juega habitualmente a las quinielas?

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

PR. ¿Mató Ud. al Sr. J.P. de un tiro?

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

Para interpretar los trazos obtenidos, se emplea un método numérico que recibe el nombre de Zona de Comparación (ZOC). Este método se basa en una escala que abarca de +1 a +3 (en función de si la diferencia es ligera, media y extrema) cuando el trazo es más largo ante las preguntas control; y de -1 a -3 cuando es más fuerte ante las relevantes. Si no hay diferencias en ambos tipos de trazo se da una puntuación de 0. Si la puntuación total obtenida es igual o mayor de +6 el testimonio se considera verdadero, y si es menor de -6 se considera falso. Los resultados intermedios tendrían un valor inconcluyente, si bien no son muy frecuentes ya que suponen en torno al 10% de los casos (Vilariño, 2010).

Por otro lado, el *Test del Conocimiento Culpable* (TCC) consiste en formular preguntas de respuesta múltiple cuyo conocimiento sólo posee la persona que ha cometido el delito. Se espera que el sujeto culpable, presente unos trazos más largos ante las respuestas verdaderas; mientras que el sujeto inocente, presentaría un patrón de respuesta azarosa. A

continuación, se muestra un ejemplo de las preguntas que se podrían realizar ante el supuesto de un robo en una casa (Vilariño, 2010):

Preguntas hipotéticas tipo TCC

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

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

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

- En el salón detrás de un cuadro
- En la habitación del dueño
- En la biblioteca de la casa
- En el comedor de la casa

Para interpretar los resultados y determinar la culpabilidad o inocencia del sujeto, se establece un punto de corte, otorgando 2 puntos si la reacción es más fuerte ante la alternativa correcta y 1 punto si es la segunda mayor. Una vez obtenida la suma total, la dividimos por la máxima puntuación posible. Si el resultado es superior a 0,50 se considera culpabilidad; y si es inferior a 0,05 asumimos que el evaluado es inocente.

No obstante, el análisis de los indicadores fisiológicos se relaciona con una serie de limitaciones. Según Sierra, Jiménez, y Bunce (2006) las respuestas del polígrafo se pueden manipular fácilmente mediante artimañas de tipo físico o mental (p.e., movimientos físicos, ejercicios cerebrales, etc.) que nos permiten aumentar la tasa base de dichos indicadores. Asimismo, el estado mental y algunos factores de personalidad pueden provocar que un sujeto no sea apto para someterse a un examen poligráfico. Es decir, este procedimiento resulta totalmente ineficaz con aquellas tipologías de delincuentes que presentan rasgos psicóticos o psicopáticos, puesto que no poseen la capacidad cognitiva necesaria para conocer

la naturaleza del delito, o aún siendo conscientes, pueden ser desconocedores de la ilegalidad del mismo (Vilariño et al., 2012).

A pesar de que el polígrafo tiene una gran repercusión mediática, la literatura no apoya el uso de esta técnica como medio de prueba puesto que las diferentes investigaciones arrojan resultados inconsistentes (Anta, 2012; Bull et al., 2004; Masip, 2002). Esto es, si bien algunos autores señalan una eficacia del 100% (Buela-Casal, 2014); otros, indican que la tasa de éxito no es superior al 65% (Swenson, 1997). En cualquier caso, el gran margen de error y la baja eficacia que tiene el polígrafo para diferenciar entre verdaderos culpables y falsos acusados, han llevado a considerar, en general, que esta prueba sea inadmisibile o no recomendada para el ámbito judicial (Morris, 1994). Por su parte, nuestro ordenamiento jurídico reconoce esta prueba como indiciaria ya que no está recogida como medio de prueba en la LECrim (Vilariño, 2010). De esta manera, la doctrina legal expone (Arce, 2013), mediante la sentencia del Tribunal Supremo del 26 de noviembre de 1991, que:

La confesión arrancada mediante torturas, hipnosis o sueros de la verdad está prohibida explícitamente por el art. 15 de la Constitución Española, pero tampoco es admisible la utilización de estos medios de prueba cuando sean los propios imputados quienes lo soliciten (p. 8).

Esto es así entre otras cuestiones, porque la Constitución Española en su artículo 24, garantiza el derecho del acusado o del imputado a la presunción de inocencia, es decir, a no declarar contra sí mismo y a no confesarse culpable (Arce, 2014). A pesar de ello, el polígrafo puede ser útil en la investigación policial, por ejemplo, para reducir el número de sospechosos en aquellos casos en los que exista una larga lista de los mismos. No obstante, debemos partir de la base de que aunque los detectados tengan conocimiento culpable, esto no implicaría su culpabilidad (Vilariño, 2010).

3.3.2. El potencial P300

Como alternativa al polígrafo, se han propuesto otro tipo de medidas de la actividad fisiológica, como el registro de la actividad cortical a través de los potenciales evocados relativos a eventos (PRE). Se han encontrado múltiples componentes de los PRE que resultan sensibles al recuerdo de experiencias pasadas, entre ellos la onda P300. Esta onda, aparece a los 300 milisegundos después de que se detecte un estímulo relevante y puede aparecer

incluso ante la ausencia de una respuesta manifiesta del sujeto, siempre y cuando el estímulo sea atendido (Andreu y Valdizán, 2014).

Señalar que en realidad, el P300 no detecta mentiras, lo que detecta es la respuesta del cerebro cuando se le presenta una información que tenía con anterioridad. Su aplicación en el ámbito forense se deriva de indicar quién conoce los datos que sólo el autor de un delito puede conocer (Allen y Iacono, 1997; Farwell, Richardson, y Richardom, 2012; Rosenfeld, 2011). La aplicación de la prueba P300 se suele llevar a cabo según el modelo que impera en la investigación policial y judicial, el *Test del Conocimiento Culpable* (TCC). De este modo, se evaluaría el recuerdo de aquellos elementos de un determinado acontecimiento que sólo conocería el culpable, los testigos o los investigadores (Andreu y Valdizán, 2014). Este enfoque supone la elaboración de tres tipos de estímulos: Targets, Irrelevantes y Pruebas.

- ❖ Targets: son datos que el sujeto inevitablemente ha de reconocer sobre los hechos (conocimiento público, medios de comunicación, proximidad al caso, etc).

- ❖ Irrelevantes: son datos irrelevantes para el sujeto en el contexto de la investigación. La persona inocente no podrá distinguirlos de los de Prueba.

- ❖ Pruebas: se trata de datos directamente relacionados con el delito que únicamente puede conocer su autor o los investigadores del caso.

Para ejemplificar la construcción de los estímulos (Andreu y Valdizán, 2014), se partirá del supuesto de una investigación sobre un artefacto explosivo colocado en unos grandes almacenes. El objetivo es conocer si un sujeto concreto tiene conocimientos propios de dicha actividad terrorista y del tipo exacto de explosivo, en relación al atentado concreto, los estímulos que podrían presentarse serían:

- a) Target: Una bomba ha explotado en los almacenes X.
- b) Irrelevantes:
 - El artefacto explosivo era una bomba de mecha.

- El artefacto explosivo fue detonado por control remoto.
- El artefacto explosivo fue una bomba eléctrica.
- El artefacto explosivo fue una bomba de percusión.

c) Prueba: El artefacto explosivo fue una bomba de inversión.

Así, la onda P300 para el sospechoso inocente aparece ante la presentación de los targets; mientras que para el sospechoso culpable, aparece ante los estímulos relacionados con el delito (Bashore y Rapp, 1993; Farwell et al., 2012; Farwell y Donchin, 1991; Zhou, Yang, Liao, y Zou, 1999).

Otro paradigma menos utilizado que se ha propuesto para la determinación del culpable, es una variación del anterior, denominada *Búsqueda del Conocimiento Culpable* (BCC). Se utiliza en la búsqueda de datos que son desconocidos para los investigadores policiales para contribuir al avance de la investigación y la resolución policial de los delitos. Esta aplicación es de especial interés en la investigación criminal y en la prevención de delitos graves (Andreu y Valdizán, 2014).

Los diversos estudios realizados sobre la efectividad de la onda P300 para discriminar a sujetos culpables de inocentes revelan resultados inconsistentes. Así, algunos autores señalan un nivel de exactitud del 89% (Rosenfeld, Angell, Johnson, y Qian, 1991), otros del 87%, (Johnson y Rosenfeld, 1992), o incluso del 100% (Farwell y Smith, 2001). Por su parte, otros investigadores han planteado las limitaciones de esta técnica (p.e., Meijer, Smulders, MerckelBach, y Wolf, 2007; Mertens y Allen, 2008; Rosenfeld, Biroschak, Kleschen, y Smith, 2005; Rosenfeld, Soskins, Bosh, y Ryan, 2004). Así, de la misma manera que acontecía con el polígrafo (Sierra et al., 2006), existe evidencia que sugiere la posibilidad de ejercer cierto control voluntario sobre los registros, mediante el uso de contramedidas. El término contramedida se refiere a cualquier técnica o estrategia deliberada cuya finalidad es alterar las propias reacciones psicofisiológicas para evitar ser detectado. Estas técnicas pueden ser de naturaleza física (i. e. apoyar una mano sobre el muslo y presionar ligeramente, mover los dedos de los pies o morderse la lengua) o cognitiva (e. g. recordar experiencias con contenido emocional, realizar operaciones aritméticas mentalmente o imaginar que el experimentador te abofetea) (Andreu y Valdizán, 2014). Un estudio (Rosenfeld et al., 2004), evidenció que la combinación de medidas físicas y cognitivas disminuía el porcentaje de detección de culpables de un 82% a un 18%. Por su parte, Anderson y Levy (2009), enfatizan

la capacidad del sujeto para impedir la recuperación de sus experiencias personales mediante mecanismos inhibitorios similares a los que utilizamos para detener una acción motora que ya hemos iniciado. Estos autores encontraron que aplicar reiteradamente esta inhibición de la recuperación a recuerdos concretos, disminuía su probabilidad de recuperación en el futuro. De forma que en último término podría lograrse su olvido intencional, mostrando los mismos patrones de actividad cerebral de una persona que realmente ha olvidado (Bergström, Anderson, Buda, Simons, y Richardson-Klavehn, 2013). Por su parte, Mertens y Allen (2008) subrayan que el veredicto de inocente carece de utilidad práctica, puesto que sus resultados apuntan a un nivel de exactitud del 50% (empleando o no artimañas); mientras que el veredicto de culpable sí aporta información ya que se producía casi en la totalidad de los casos entre culpables, con un número reducido de falsos positivos (error tipo I). No en vano, estos resultados no deben desalentarnos puesto que investigaciones actuales están descubriendo diferentes correlatos neurales asociados al uso de contramedidas que permitirán desarrollar procedimientos de mayor eficacia (Meixner y Labkovsky, 2013; Rosenfeld et al., 2008).

3.3.3. Imagen por Resonancia Magnética Funcional (IRMf) y Tiempos de Reacción (TR)

En los últimos años, se han realizado diversas investigaciones acerca de la actividad cerebral asociada al engaño, mediante la técnica de Imagen por Resonancia Magnética Funcional (IRMf) (Abe, Suzuki, Mori, Itoh, y Fujii, 2007). Esta técnica se basa en investigaciones que señalan patrones de actividad cerebral diferentes en función de si la persona es sincera o no en sus respuestas (Vilariño, 2010).

De las diversas investigaciones se pueden extraer varios hallazgos relevantes para el estudio de la mentira. La mayoría de ellas, apuntan en la dirección de que el engaño está asociado con actividad en las regiones prefrontales y, más concretamente, con la función ejecutiva prefrontal (Spence, Kaylor-Hughes, Farrow, y Wilkinson, 2008). Por citar algunas de los resultados obtenidos, Greene y Paxton (2009) encontraron que los individuos que se comportaban de manera deshonesto mostraban un incremento de la actividad en la corteza prefrontal dorsolateral del cerebro y la corteza cingulada anterior. Además, Abe et al. (2008), identificaron diferentes patrones de actividad cerebral en función de si la mentira era intencionada o de si se trataba de una falsa memoria. En este sentido, Davatzikos et al. (2005)

usaron un método de clasificación de patrones de actividad cerebral asociados con la verdad y la mentira y consiguieron clasificar correctamente al 99% de los sujetos.

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

Otra posibilidad plasmada en la literatura, que trata de analizar si un individuo posee o no conocimiento culpable o información que trata de ocultar, es el estudio de los tiempos de reacción (TR). La aplicación de esta técnica se basa en el *Concealed Information Test* (Test de Información Oculta) que consiste en registrar los TR ante estímulos de prueba (ítems que incorporan conocimiento culpable o información que es conocida por la persona) y estímulos distractores (información no relevante). Aquellas respuestas que se demoran demasiado son descartadas, con el fin de controlar que los sujetos no manipulen los resultados. A continuación, se comparan los registros de los estímulos de prueba y distractores para verificar si existen diferencias, en tal caso, asumimos que la persona evaluada miente u oculta información (Vilariño, 2010).

Sin embargo, los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones indican que los niveles de éxito son variables (Gronau, Ben-Shakhar, y Cohen, 2005; Verschuere, Crombez, De Clercq, y Koster, 2004) y al igual que en el caso de las técnicas ya mencionadas, los registros se pueden ver afectados por artimañas de tipo físico o mental que lleve a cabo el sujeto.

3.4. Análisis del contenido de la declaración

Como hemos podido comprobar, la observación del comportamiento no-verbal, y la utilización de las técnicas psicofisiológicas presentan una utilidad limitada para la discriminación entre el engaño y la verdad en el contexto legal. Por su parte, la tercera orientación en la evaluación de la credibilidad, se centra en el contenido verbal del testimonio más que en el testigo, con lo que se pretende superar las limitaciones implicadas en las líneas de investigación precedentes (Bembibre e Higuera, 2010).

Este enfoque considera que el mensaje en sí mismo presenta indicios que nos permite discriminar la verdad de la mentira. Por tanto, su implicación en el contexto forense es trascendental, ya que plantea la posibilidad de elaborar un instrumento de medida con capacidad para evaluar empírica y objetivamente la validez de una declaración sin entrar a evaluar la persona que declara, pudiendo efectuarse el análisis sin la presencia física del testigo (Vilariño, 2010). Además, los estudios apuntan a que las creencias que tienen las personas sobre los indicadores verbales del engaño son más precisas que las creencias que poseen sobre los indicadores no-verbales (Carballal, 2009). A esto se le suma, que desde esta línea de investigación se hayan desarrollado instrumentos o protocolos sistematizados cuya fiabilidad y validez pueden ser revisados (Garrido et al., 2006).

Así, los instrumentos más consolidados son: el Análisis de la Realidad de las Declaraciones (Statement Reality Analysis, SRA) (Undeutsch, 1967), el Control de la Realidad (Reality Monitoring, RM) (Johnson y Raye, 1981), el Análisis de Contenido Basado en Criterios (Criteria Based Content Análisis, CBCA) (Steller y Köhnken, 1994) y el Análisis de la Validez de las Declaraciones (Statement Validity Content Analysis, SVA) (Steller, 1989; Steller y Boychuck, 1992).

3.4.1. Análisis de la Realidad de la Declaración (Statement Reality Analysis, SRA)

El primer sistema de evaluación de la credibilidad del que actualmente disponemos, nace en Alemania a mediados del pasado siglo, aplicado al testimonio de niños presuntas víctimas de abusos sexuales. Este sistema se conoce como Análisis de la Realidad de la Declaración (Statement Reality Analysis, SRA) (Undeutsch, 1967) y parte de que las declaraciones basadas en hechos reales son cualitativamente diferentes de las declaraciones que no se basan en la realidad y son producto de la fantasía. Por tanto, los criterios de realidad reflejan los aspectos en los que difieren específicamente los testimonios sinceros de los falsos (Alonso-Quecuty, 2009). Sin embargo, la validez y fiabilidad del método SRA, no han sido comprobadas experimentalmente ni su autor lo considera necesario, puesto que lo estima avalado por los resultados obtenidos durante cuarenta años de uso en la práctica forense (Bembibre e Higuera, 2010).

El SRA se inicia con el estudio de todas las declaraciones recogidas en el sumario obtenidas del menor, del agresor y de los testigos. Acto seguido, se realiza una entrevista en formato de recuerdo libre que ha de ser grabada (Vilariño, 2010).

Tras la obtención de la declaración, llevamos a cabo el análisis de la realidad aplicando los siguientes criterios:

❖ Criterios derivados de la declaración

a) Criterios generales, fundamentales.

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

b) Manifestaciones especiales de los criterios anteriores.

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

c) Criterios negativos o de control.

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

❖ Criterios derivados de las secuencias de declaraciones.

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

Como vemos, Undeutsch agrupa los criterios de análisis en dos grandes categorías, según se refieran a la declaración considerada aisladamente, o a la secuencia de las declaraciones que el niño ha realizado en los diferentes momentos de la investigación. La presencia de un criterio indica que la declaración es verdadera (salvo en el caso de los criterios negativos), de forma que cuantos más criterios se cumplan mayor es la probabilidad de que sea verdad. No obstante, su ausencia no supone la falsedad de la misma (Alonso-Quecuty, 2009). Además de la presencia/ausencia de cada uno de estos criterios, Undeutsch señala que en la evaluación de la narración del niño se debe considerar: la intensidad con que se ha producido cada uno de los criterios, el número de detalles que aparecen en la declaración, la capacidad de la persona que declara y las características del suceso (Alonso-Quecuty, 2009).

3.4.2. Control de la Realidad (Reality Monitoring, RM)

En sus investigaciones, Johnson y Raye (1981) establecen que el origen de nuestros recuerdo procede de dos fuentes básicas: una fuente externa, de la que derivan los recuerdos basados en situaciones verdaderamente experimentadas o percibidas; y una fuente interna, producto de los procesos de razonamiento, imaginación y pensamiento. El proceso de razonamiento inconsciente que sigue nuestra mente para decidir qué información procede de una fuente externa y cuál de una interna, es lo que las autoras denominan Reality Monitoring (Control de la Realidad) (Valverde et al., 2013). Asimismo, Johnson y Raye (1981) señalan que son cuatro los atributos cualitativos que nos permiten diferenciar ambos tipos de recuerdos:

- a) Atributos contextuales
- b) Atributos sensoriales

- c) Detalles semánticos
- d) Operaciones cognitivas

El modo en el que estos cuatro elementos se organizan en nuestra memoria es lo que determina la procedencia de los mismos, de manera que los recuerdos externos, presentan más atributos contextuales (espacio-temporales), sensoriales (sonidos, olores, etc.) y semántica que los recuerdos internos, más ricos en información sobre las operaciones cognitivas, es decir, información idiosincrática (p.e. yo pensé, recuerdo ver, me sentía nervioso) (Valverde et al., 2013).

A mediados de los 90, Alonso-Quecuty (1995) extrapoló los criterios del modelo al contexto de la detección del engaño. Sus investigaciones confirmaron el supuesto de que las declaraciones verdaderas contienen más información contextual y más información sensorial que las declaraciones falsas, que contienen más referencias cognitivas. No obstante, estos resultados sólo aparecían cuando los sujetos tenían tiempo para elaborar el testimonio falso. En caso contrario, los resultados se invertían, es decir, el tiempo disminuía significativamente la información idiosincrática, haciendo que las declaraciones verdaderas fuesen más ricas en operaciones cognitivas. Esto significa que la obtención de la declaración debe realizarse lo más contigua posible a la ocurrencia de los hechos (Vilariño, 2010). Los resultados de esta investigación pueden ser explicados si tenemos en cuenta que el proceso a través de cual recuperamos la información almacenada, no siempre sigue el mismo patrón. De esta manera, el patrón puede variar debido a factores como la edad del sujeto, el tipo de información procesada o la preparación de la declaración. Así, cuántas más veces haya sido repetida la historia, más susceptible es a introducir información post-suceso. Adicionalmente, debemos tener en cuenta los errores del sujeto al recuperar la información y la tendencia a rellenar las lagunas fruto del paso del tiempo con información elaborada por nosotros de forma no intencional (Valverde et al., 2013).

Por su parte, Sporer (1997) incrementó la lista de criterios para valorar el testimonio a ocho:

- a) Claridad (viveza en vez de vaguedad).

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

Los siete primeros criterios se vinculan a las declaraciones verdaderas, mientras que el octavo sería característico de las declaraciones falsas. Esta nueva categorización resulta más efectiva que las anteriores (Arce, 2013).

Con relación a la eficacia de este modelo, estudios experimentales han hallado un nivel de acierto en torno al 60% (Valverde et al., 2013; Vrij, 2008), siendo más eficaz a la hora de identificar a los sujetos honestos que mentirosos. En este último caso, el porcentaje de falsos negativos (sujetos mentirosos detectados como honestos) es muy elevado. Por consiguiente, a la luz de los resultados, no debemos considerar el Control de la Realidad como único recurso, sino que ha de ser complementado con otras técnicas.

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

La reformulación del procedimiento originalmente diseñado por Undeutsch, ha dado lugar a otro método conocido como Análisis de Contenido Basado en Criterios (Criteria Based Content Analysis, CBCA) (Steller y Köhnken, 1990). Este método constituye el elemento principal del SVA, que se expondrá en el siguiente apartado, y sobre el cual han recaído la mayoría de las investigaciones (Vilariño, 2010). A pesar de haber sido creado con

la finalidad de analizar la declaración de niños víctimas de abusos sexuales, se ha validado su capacidad para detectar el engaño en testimonios de adultos (Köhnken, Schimossek, Aschermann, y Höfer, 1995; Sporer, 1997) y en otras tipologías de delitos (Steller, 1989; Tye, Amato, Honts, Devitt y Peters, 1999; Yuille, 1988), entre ellas, la violencia de género (Arce et al., 2010).

El CBCA se compone de 19 criterios de realidad divididos en 5 categorías. Estos criterios se valoran como presentes o ausentes; o bien, en función de la fuerza o grado en que aparecen en el testimonio. De este modo, cuanto mayor sea la presencia de estos criterios, mayor será la probabilidad de que la declaración sea real. Sin embargo, de su ausencia no se desprende que la declaración sea falsa, sino carente de criterios de realidad (Arce et al., 2010). La estructura del modelo, se presenta a continuación:

a) Características generales

- Estructura lógica.
- Elaboración inestructurada.
- Cantidad de detalles.

b) Contenidos específicos

- Engranaje contextual.
- Descripción de interacciones.
- Reproducción de conversación.
- Complicaciones inesperadas durante el incidente.

c) Peculiaridades del contenido

- Detalles inusuales.
- Detalles superfluos.
- Incomprensión de detalles relatados con precisión.
- Asociaciones externas relacionadas.

- Relatos del estado mental subjetivo.
- Atribución del estado mental del autor del delito.

d) Contenidos referentes a la motivación

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

e) Elementos específicos de la agresión

- Detalles característicos de la ofensa.

Diversas investigaciones (v. gr., Gödert, Gamer, Rill, y Vossel, 2005; Vrij, 2005; Yuille, 1988) han puesto de manifiesto que los criterios de realidad del CBCA aparecen en mayor medida en las declaraciones verdaderas que en las falsas. Sin embargo, este método carece de utilidad en el sistema legal, debido a que permite clasificar las declaraciones inventadas como reales en un alto porcentaje (Arce, Seijo, y Rodríguez, 2005). Por ello, es preciso explorar nuevas vías en las que se combinen los criterios del CBCA con los de otros sistemas como el RM ,o se confeccione un sistema *ad hoc* para casos de violencia de género (Arce y Fariña, 2009).

3.4.4. Análisis de la Validez de la Declaración (Statement Validity Analysis, SVA)

El SVA, en la actualidad, representa probablemente el instrumento más usado en el estudio de la credibilidad (Bensi, Gambetti, Nori, y Giusberti, 2009). Se trata de una técnica que amplía el análisis del CBCA al tener en cuenta otras fuentes de información

complementarias (Vilariño, 2010). Su aplicación se compone de tres fases: a) estudio del sumario completo y obtención del testimonio mediante una entrevista semiestructurada, b) análisis de la credibilidad de la declaración mediante el Criteria Based Content Analysis (CBCA; Steller y Köhnken, 1994), y c) aplicación del listado de validez que se presenta a continuación:

a) Características psicológicas

- Adecuación del lenguaje y conocimientos.
- Adecuación del afecto.
- Susceptibilidad a la sugestión.

b) Características de la entrevista

- Preguntas coercitivas, sugestivas o dirigidas.
- Adecuación global de la entrevista.

c) Motivación

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

d) Cuestiones de la investigación

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

En general, la literatura científica avala la capacidad de este instrumento para discriminar entre declaraciones reales e inventadas (Arce et al., 2010; Parker y Brown, 2000; Tye et al., 1999; Vrij, 2008), aunque no todos los resultados obtenidos apuntan en la misma

dirección (Porter y Yuille, 1996). Por otra parte, se ha observado que diversos factores tales como la familiaridad del evento narrado (Blandon-Gitlin, Pezdek, Rogers, y Brodie, 2005), el entrenamiento (Vrij, Akerhurt, Soukara, y Bull, 2002), la edad (Vrij et al., 2004) y ciertos patrones o trastornos de personalidad (Böhm y Steller, 2008; Lee, Klaver, y Hart, 2008) pueden influir en la eficacia de la técnica. Asimismo, no todos los criterios del CBCA tienen la misma utilidad a la hora de discriminar ambos tipos de testimonio (Lee et al., 2008; Vrij, 2005). Por tanto, el Análisis de Contenido basado en Criterios (CBCA) aún dista mucho de ser una herramienta completamente eficaz en la detección de testimonios engañosos (Godoy-Cervera e Higuera, 2005); si bien su integración conjunta con otras aproximaciones, constituye una alternativa viable. A este respecto, y atendiendo a la potencialidad de este instrumento para la práctica forense, Arce y Fariña (2006, 2009; Arce, 2010; Arce, Fariña, y Vivero, 2007) crearon un sistema metódico de criterios de realidad específico para su aplicación en el ámbito legal, que se presenta en el siguiente apartado.

4. ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y FORENSE DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1. Introducción

La finalidad del proceso penal es alcanzar la verdad jurídica, en especial en aquellos delitos de gran trascendencia social, como es el caso de los relacionados con la violencia de género, que han adquirido una elevada atención social en el Estado español desde hace varios años (Astudillo, 2013).

Sin embargo, conseguir este objetivo a través de las pruebas, resulta muy complejo en el ámbito de la violencia contra la mujer, debido a varios motivos: el primero, que los hechos ocurren en su mayoría en la intimidad de la pareja; el segundo, que excepto las lesiones físicas, el resto de agresiones (amenazas, injurias, etc.) no son fácilmente visibles; y el tercero, que las víctimas de este tipo de violencia, en ocasiones, se retractan de lo manifestado en un principio motivadas por factores como el miedo, las promesas de cambio, la baja autoestima, etc. En este sentido, resulta sencillo entender esta situación como consecuencia de la relación entre el agresor y la víctima y el contexto íntimo en el que estas relaciones tienen lugar (Astudillo, 2013).

Por tanto, estos problemas asociados a la actividad probatoria, complican la labor de la persecución de estos crímenes, ya que sin la colaboración de la víctima de la agresión, las pruebas resultarán insuficientes para la condena. No obstante, aún en el caso de que la víctima decida dar su testimonio y ratificar su denuncia incriminando a su agresor, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido exigiendo el cumplimiento de los siguientes requisitos para dotar de credibilidad al testimonio de la víctima (Márquez, 2013):

- a) *Ausencia de incredibilidad subjetiva.* Se deriva de las relaciones entre acusadora y acusado que pudiera conducir a la deducción de un móvil de resentimiento, enemistad, venganza, interés o de cualquier otra índole que pudiera afectar a la declaración para que genere certidumbre. En el caso de la violencia de género, como ha habido una relación previa entre la pareja, se puede alegar cualquiera de estas causas y por tanto, la insuficiencia de la prueba es automática. Esto ha dado

lugar a que la mayoría de las denuncias interpuestas por maltrato no prosperen (Arce, 2014).

- b) *Verosimilitud*. Es la constatación de la existencia de corroboraciones periféricas de carácter objetivo (p.e., informes médicos referidos a lesiones físicas; pruebas toxicológicas; informes psicológicos o psiquiátricos sobre la credibilidad y las características psicológicas del acusado, del denunciante o de los testigos). En este sentido, se exige en la declaración coherencia, congruencia y ausencia de variabilidad, ambigüedades y contradicciones.

- c) *Persistencia en la incriminación*. Hace referencia a la incriminación prolongada en el tiempo, sin ambigüedades ni contradicciones, especialmente cuando la declaración constituye la única prueba. Como ya se ha mencionado, este criterio es muy difícil que se cumpla, puesto que cuando hablamos de delitos en el ámbito privado, la falta de persistencia es una constante.

Por consiguiente, la prueba pericial psicológica practicada a la víctima de violencia de género, cobra especial relevancia como una alternativa para reforzar lo sostenido por la víctima y, de esta manera, acreditar los hechos relacionados con el delito. Así, la prueba pericial se convierte en el complemento indispensable que ha de servir al juez a la hora de valorar el testimonio de la víctima. A este respecto, siguiendo a Astudillo (2013) son tres los aspectos fundamentales que debe determinar la evaluación psicológica: a) en primer lugar, que el maltrato y la violencia psicológica se han producido; b) en segundo lugar, valorar las consecuencias psicológicas de dicho maltrato (huella psíquica del delito); y c) en tercer lugar, demostrar el nexo causal entre la situación de violencia y el daño psicológico causado a la víctima.

4.2. Fases de la evaluación pericial psicológica

El peritaje psicológico consiste en una evaluación psicológica en la que debe existir un evaluador, una persona evaluada y los instrumentos y/o técnicas de evaluación pertinentes (Cabrero, 2013). Todo el proceso conducente a la emisión de un dictamen pericial, debe basarse en una evaluación sistemática y estructurada que comprenda las fases de: información del caso, planificación del peritaje, aplicación de las pruebas, control de la simulación, análisis de los resultados y redacción del informe (Buela-Casal, 2010).

a) *Información del caso*

Esta primera fase del peritaje se centra en la adquisición y recuperación de la información relevante sobre los datos referentes a los hechos del proceso, del sujeto que ha cometido el delito o de la víctima objeto de evaluación psicológica. De esta manera, Buela-Casal (2010) indica que existen diversas fuentes de información que permiten obtener los datos relevantes para el caso, tales como: el sumario, el procedimiento abreviado, los letrados, los familiares, los informes clínicos previos, las partes implicadas y la propia persona objeto de evaluación.

La obtención objetiva de los datos relevantes para el caso, suponen el punto de partida sin el cual no podría desarrollarse el proceso pericial. A su vez, dicha información permite que el perito pueda decidir la asunción o el rechazo del mismo, en función de si corresponde o no con su competencia (Buela-Casal, 2010).

b) *Planificación del peritaje*

Una vez obtenida la información precisa para el análisis del caso, el perito debe organizar el procedimiento teniendo en cuenta: los datos recabados, el mandato judicial y los datos obtenidos a través de la entrevista con la persona objeto de evaluación. En este sentido, es importante señalar, que a pesar de que en la mayoría de las demandas judiciales se le indica al psicólogo cuáles son las áreas a valorar, conviene que él mismo establezca en su hipótesis las áreas psicológicas de evaluación relacionadas con el caso (Buela-Casal, 2010), en lugar de ceñirse solamente a lo solicitado, con el fin de alcanzar una visión global del perfil psicológico de la persona y su relación con los hechos denunciados. A este respecto, debemos

considerar, por ejemplo, que el análisis de la huella psicológica es complementario al análisis de la realidad de las declaraciones, es decir, ambas evaluaciones se deben llevar a cabo aún cuando no hayan sido solicitadas, debido a que no es posible establecer una relación de causalidad si no tenemos certeza sobre los hechos, puesto que la huella puede ser producida por múltiples causas (Arce, 2014).

c) Aplicación de las pruebas

La hipótesis establecida en la fase anterior guía el modelo de evaluación que, a su vez, determina el tipo de pruebas que deben aplicarse en esta parte del proceso. A este respecto, Buela-Casal (2010) indica que el modo de proceder debe garantizar la validez interna de la evaluación, y para ello, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las garantías científicas de las pruebas y su adecuada aplicación, esto es, que se adapten al nivel del sujeto y a sus características.
- Las pruebas se deben aplicar de forma racional en función del tiempo y de la capacidad del sujeto.
- El lugar físico y la situación en la que se realiza la evaluación han de ser idóneos.
- Las condiciones en las que se encuentra el sujeto en el momento de evaluación deben ser las adecuadas.

Todos estos aspectos implican que la administración de las pruebas debe realizarse siempre en un contexto ambiental, temporal y personal lo más adecuado y adaptado posible al sujeto y a la situación, con el fin de que los resultados obtenidos sean válidos, fiables y de calidad (Cabrero, 2013).

d) El control de la simulación

El control de la simulación es uno de los aspectos que diferencian a la evaluación psicológica en el ámbito forense de otros contextos como el clínico, en el que se parte de la base de que el paciente colabora y ofrece información veraz (Buela-Casal, 2010). Por tanto, en el ámbito forense es necesario controlar el potencial engaño que expresa el deseo

deliberado de la persona por ocultar su estado mental real (Echeburúa, Muñoz, y Loinanz, 2011). Ello puede deberse bien a querer dar una imagen positiva de sí mismo (p. e., en procedimientos para determinar la idoneidad de custodia de los hijos); o bien, a transmitir un estado de deterioro acentuado (i.e., en el campo de la responsabilidad criminal para conseguir la exculpación o en el del daño psíquico para reclamar una indemnización).

Entre los múltiples procedimientos para el control de la simulación existentes, cabe destacar el análisis de la veracidad de las declaraciones, el análisis de la coherencia entre los síntomas y el trastorno, la aplicación de pruebas cruzadas, la aplicación de pruebas paralelas, las escalas de sinceridad que incluyen las pruebas psicológicas, etc. (Buela-Casal, 2010).

e) *Análisis de los resultados*

La aplicación de las pruebas psicológicas producirá diversos resultados que deben ser analizados considerando tres aspectos relevantes: la coherencia de los resultados arrojados por las distintas pruebas aplicadas, la concordancia de los mismos con la información adicional obtenida del caso y la comprobación de que los resultados corroboran la hipótesis de partida (Cabrero, 2013). Este último aspecto, permite determinar si contamos con suficientes datos para la elaboración del informe pericial o de lo contrario, si es necesaria la aplicación de más pruebas de evaluación (Buela-Casal, 2010).

f) *Redacción del informe*

Jiménez y Bunce (2010) indican que todo informe psicológico es:

Una comunicación (oral o escrita) donde por una parte, se presenta una síntesis de la evaluación o diagnóstico efectuado; por otra, se indica el tratamiento más adecuado o recomendaciones de actuación y, por último, se da respuesta al motivo de consulta u objetivos planteados (p. 149).

Además, Buela-Casal (2010) recomienda que el informe debe ser comprensible y mostrar de forma clara y sencilla la evaluación realizada y las conclusiones que se desprenden de los resultados obtenidos. Por ello, el informe psicológico debe contener la siguiente información: los datos de identificación del psicólogo que realiza el peritaje; la relación de las áreas evaluadas; los instrumentos empleados en la evaluación; el lugar, las fechas y la

duración de las sesiones de evaluación junto con el procedimiento empleado en cada una de ellas; la descripción de los resultados encontrados en las pruebas empleadas; las conclusiones de la evaluación; la conclusión general en relación a los hechos, las posibles recomendaciones respecto al caso o posibles tratamientos y los anexos necesarios para la comprensión del informe (Buela-Casal, 2010). A este respecto, es importante destacar que una de las partes más importantes del informe es la conclusión general, la cual debe dar cuenta de los resultados obtenidos de forma que permitan explicar la relación entre los mismos y los hechos objeto de evaluación pericial (Cabrero, 2013).

4.3. Estudio del daño psicológico

La mayoría de instrumentos de evaluación psicológica han sido originados, desarrollados y empleados en el ámbito de la psicología clínica, por ello, algunos autores consideran que su interés en el ámbito forense es limitado. Por esta razón, es necesario que el informe pericial muestre los datos obtenidos procedentes de diversos métodos (entrevista, test, etc.) aplicados a múltiples fuentes de información, con el fin de alcanzar la constatación de los mismos (Echeburúa et al., 2011).

Concretamente, para la evaluación del TEP en víctimas de violencia de género, existe una amplia gama de técnicas e instrumentos para su detección, análisis y evaluación, que pueden clasificarse según Walker (2004) en entrevistas clínicas, observación de la conducta y test estandarizados. Como ejemplos de instrumentos de evaluación del TEP, cabe destacar la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasua, 1997) y la *Escala de Impacto de Sucesos* (Horowitz, Wilner, y Álvarez, 1979). La primera escala se aplica a modo de entrevista estructurada y emplea una forma de respuesta tipo Likert que cuantifica la frecuencia e intensidad de los síntomas según los criterios diagnósticos del DSM-IV. La segunda escala presenta unas instrucciones en las que se solicita al sujeto que se centre en el suceso vital reciente más estresante con el fin de clasificar la frecuencia e intensidad de la sintomatología experimentada en la última semana. De esta manera, la evaluación del TEP se apoya en dos factores: la intrusión y la evitación de estímulos relacionados con el evento traumático.

Sin embargo, debido a los factores de simulación característicos del ámbito forense y a la existencia de pruebas clínicas vulnerables a una posible manipulación de las respuestas a través de la simulación o la sobresimulación (Calcedo, 2000), es necesario considerar su empleo sólo cuando la existencia del TEP haya sido también demostrada por otras vías.

Con el fin de conocer los modos de detección de la simulación en los casos de violencia de género, Arce, Fariña, Carballal, y Novo (2009) realizaron una investigación en la que solicitaban a 101 mujeres que fingiesen la huella psíquica de maltrato en el MMPI-2 y en la entrevista clínico-forense. Los resultados mostraron que las mujeres gozaban de una buena capacidad general (84,2%) de simulación en el MMPI-2. Por su parte, las medidas de validez fueron efectivas en la detección de la simulación, pero permitían un margen de error muy elevado. En la entrevista clínico-forense, la tarea de simulación resultó poco accesible puesto que sólo 3 participantes lograron simular un TEP. Además, en dichos protocolos no se observó ninguna estrategia de simulación.

Dado que ninguna de las dos perspectivas es válida y suficiente por sí sola, dichos autores contrastaron un protocolo de actuación para la medida clínica con control de simulación, fundamentado en una aproximación multimétodo. Este protocolo se circunscribe a dos tipos de criterios: positivos y negativos.

a) Los *criterios positivos*, son los asociados a la no simulación, es decir, de estar presentes suponen un indicio a favor de la hipótesis de que el sujeto no está simulando. Se señalan tres distintos:

- Evitación de respuestas.
- Deseabilidad social.
- Síntomas sutiles (aquellos generalmente no accesibles a los simuladores).

b) Los *criterios negativos*, por el contrario, son los asociados al engaño, de modo que la presencia de alguno de ellos supone un indicio a favor de la hipótesis de que el sujeto está simulando. Los autores señalan los siguientes:

- Los sistemas de medición (MMPI-2, entrevista u otros) no detectan enfermedad mental en protocolos válidos.

- Las escalas de control de validez del MMPI-2 y sus combinaciones detectan simulación.
- Falta de consistencia interna de la entrevista sin deterioro mental que la avale.
- Ausencia de concordancia inter-medidas.

Con relación a los criterios negativos, cabe señalar que el primero es eliminatorio, puesto que no podemos sostener una huella psíquica producto de la victimación si la enfermedad mental no es medible. Sin embargo, el resto de criterios no son determinantes, por lo que se requiere la presencia de tres criterios negativos (indicios de invalidez) para desestimar el protocolo como válido, lo que los autores denominan *invalidez convergente*.

Acorde a estos criterios, se formuló la siguiente propuesta de protocolo de actuación:

- a) *Empleo de instrumentos de medida complementarios y concordantes, no fácilmente simulables y que permitan un control de la simulación.* Se deben combinar, como mínimo, dos medidas distintas, de modo que impliquen por una parte, una tarea de reconocimiento (p. e., MMPI-2) y por otra, de conocimiento (p. e., entrevista clínico-forense). En todo caso, los instrumentos han de contar con medidas de control de validez del protocolo (p. e., escalas e índices de validez del MMPI-2) e incluir entre las dimensiones evaluadas el TEP y/o las secuelas secundarias de violencia de género. Además, la administración de más de un instrumento, permite evaluar también la consistencia inter-medidas, si bien no se debe esperar que la tasa de consistencia sea plena. En cuanto al orden de aplicación de los instrumentos, se considera más adecuado la aplicación de la entrevista en primer lugar. De esta manera, se puede controlar el efecto de aprendizaje de los test derivado de la tarea de reconocimiento de síntomas.

- b) *Análisis de la consistencia interna de las medidas.* Se realiza a través de las escalas de control de los instrumentos psicométricos; y en la entrevista, mediante el análisis de las estrategias habituales de simulación (evitación de respuestas, síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, (in)consistencia de

síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas).

c) *Consistencia inter-evaluadores*. Consiste en que dos evaluadores, por separado, lleven a cabo la evaluación con el objetivo de controlar posibles sesgos de medida y errores de interpretación.

d) *Estudio de la fiabilidad*. Se lleva a cabo mediante cuatro tipos de medidas: consistencia interna, inter-medidas, inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales, etc.), e inter-evaluadores.

e) *Control de falsos positivos (auténticos enfermos clasificados como simuladores)*. Se realiza a través de un estudio de los antecedentes y de la historia general del sujeto, de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez, y del cumplimiento de los criterios del Modelo de Decisión Clínica de Cunnien (1997). Según este modelo, para establecer el diagnóstico de simulación deben estar presentes inexcusablemente todos los siguientes criterios diagnósticos:

- Los síntomas psíquicos en cuestión están claramente bajo control voluntario, como ponen de manifiesto uno o más de los siguientes criterios:
 - a) reconocimiento por parte del paciente del control voluntario o engaño;
 - b) producción exagerada de síntomas que son inconsistentes con mecanismos anatómicos o fisiológicos;
 - c) observación directa de la “producción” o representación de la enfermedad;
 - d) descubrimiento de sustancias que explican la producción de síntomas físicos;
 - e) evaluaciones de laboratorio confirmatorias de la simulación.
- Certeza clínica de que la producción de la enfermedad sucede como respuesta a:
 - a) persecución de dinero, protección, etc.;
 - b) evitación de trabajo, del servicio militar, de persecución, de consecuencias legales.
- Los síntomas actuales no pueden explicarse por otros trastornos, si estos están presentes. La evidencia del deseo de asumir el rol de enfermo, si existe, no puede explicar la totalidad de los síntomas.

- f) *Anamnesis o estudio de los antecedentes.* La evaluación del sujeto puede reforzarse, y es recomendable hacerlo, con toda aquella información de la que se disponga y se considere pertinente, tal como: los antecedentes, los datos de su entorno, el estudio del comportamiento, el repaso de pruebas documentales, otros testimonios, etc.
- g) *Estudio psicológico de la huella psíquica.* Las medidas clínicas proporcionan datos respecto a la información biológica, pero ésta debe complementarse con la psicológica en la que, según demanda legal, se clarifique la relación entre la huella psíquica medida y la huella psíquica esperada para ese caso, esto es, el TEP. No obstante, como hemos apuntado con anterioridad, se deben tener en cuenta también las medidas indirectas del mismo (p. e., hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, distimia, aislamiento social, inadaptación social). Sin embargo, los autores recalcan que éstas no sustituyen el diagnóstico del TEP y además no son consistentes inter-delito. Ejemplo de ello es que en un delito de violencia de género la sintomatología comórbida al TEP es la depresión, la inadaptación social o la ansiedad; mientras que los trastornos secundarios que acompañan a las víctimas de accidente de tráfico, son la depresión y la distimia (Carballal, 2009). Por otro lado, los autores también insisten en la conveniencia de estudiar otras situaciones altamente estresantes que puedan concurrir al delito y que dificulten o imposibiliten determinar la causa del trastorno (v. gr., en el caso de un delito de malos tratos la sintomatología detectada puede estar vinculada al proceso de separación y divorcio y no a los malos tratos en sí).
- h) *Estudio de la validez discriminante.* Dentro del protocolo de actuación, se contemplan la posibilidad de tomar una medida no relacionada con el caso, por ejemplo mediante la administración de instrumentos psicométricos como el 16 PF-5, que, a su vez, pueden informar sobre la actitud del evaluado ante la prueba.
- i) Finalmente, se propone que el sistema de evaluación responda a las siguientes dos categorías: *probablemente simulador o con indicios sistemáticos de simulación o*

probablemente no simulador o sin indicios sistemáticos de simulación. Estas categorías tienen un carácter probabilístico, dejando de lado el establecimiento de la certeza que exige el Tribunal Supremo, ya que los instrumentos de evaluación que se emplean siempre están sujetos a error. Al mismo tiempo, en caso de duda razonable el profesional debería decantarse a favor del acusado (*in dubio pro reo*). Además, sería recomendable recurrir a una tercera categoría: *indefinido*, para no asumir un riesgo más allá del margen de error científico.

4.4. Una aproximación integradora: el Sistema de Evaluación Global (SEG) en casos de violencia de género

El Sistema de Evaluación Global (en adelante SEG), desarrollado por Arce y Fariña (2006, 2007, 2008, 2009), surgió con la finalidad de superar las limitaciones de la evaluación empírica de la credibilidad del testimonio en el contexto legal y con base en numerosos estudios de laboratorio y de la práctica profesional. El SEG, al igual que el anterior protocolo comentado, tiene el doble cometido de evaluar la credibilidad del testimonio y la huella psíquica a la vez que la potencial simulación, mediante una aproximación multimétodo.

El SEG se compone de diez pasos que se describen a continuación: obtención de la declaración, repetición de la declaración, estudio de la motivación, análisis de la validez de las declaraciones, análisis de la realidad de las declaraciones, medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático, análisis de la fiabilidad de las medidas, evaluación de la declaración de los actores implicados, análisis de las características psicológicas de los actores implicados y, finalmente, implicaciones para la presentación del informe.

Cabe señalar que si bien puede ser aplicado a diversos actos delictivos, en este apartado se presenta la adaptación a casos de violencia de género. Las fases en la versión más completa son:

a) Obtención de la declaración.

La obtención de la declaración de los hechos delictivos es fundamental para la aplicación del SEG. No obstante, ésta no será válida ni suficiente si es obtenida por medio de

entrevistas inadecuadas, como es la entrevista estándar estructurada de preguntas cerradas (p.e., la entrevista policial). Para obtener la información de manera adecuada, se debe adaptar la entrevista a las características del sujeto a evaluar, sea éste adulto con plenas capacidades cognitivas o con discapacidades, por los siguientes procedimientos: la Entrevista Cognitiva Mejorada (Fisher y Geiselman, 1992) o la Entrevista Forense a Discapacitados (Arce, Novo, y Alfaro, 2000).

La ventaja de la entrevista cognitiva es que se basa fundamentalmente en un formato de discurso libre. Este consiste en pedirle al sujeto que narre todo lo sucedido incluyendo información parcial e incluso detalles que considere banales para la investigación, puesto que éstos pueden estar asociados a otros en la memoria, que resulten relevantes para el caso. Con estas dos instrucciones, recuperación de la imagen mental de los hechos e informar de todos los detalles accesibles, se obtiene una primera versión de lo sucedido. Esta narración, por tanto, es de tipo narrativo, dejando hablar al sujeto sin interrupciones ni preguntas. En este sentido, es fundamental que el entrevistador se gane su confianza para que la declaración sea lo más sincera y productiva posible. Además, es preciso que se le ofrezca al entrevistado el tiempo necesario para que reconstruya la situación y favorecer así un incremento del recuerdo (reinstauración de contextos).

b) Repetición de la declaración.

Los sistemas tradicionales de análisis de la credibilidad del testimonio se basan en una única declaración. Sin embargo, esto impide que se pueda analizar la consistencia de la información en el tiempo, es decir, la consistencia temporal o intra-testigo (Wicker, 1975). Asimismo, la jurisprudencia especifica que en aquellos casos en los que el testimonio de la víctima sea la única o la prueba central de cargo, la declaración debe cumplir los siguientes requisitos: ausencia de incredibilidad subjetiva, alguna corroboración periférica de carácter objetivo y persistencia en el tiempo sin ambigüedades ni contradicciones (Arce, 2014). De hecho, se han dictado sentencias que han anulado el valor de la prueba de análisis de contenido de las declaraciones (CBCA y SVA) basados en una única declaración.

En un estudio realizado por Vilariño, Novo, y Seijo (2011) sobre el estudio de la validez de las declaraciones en violencia de género, encontraron que los criterios del SEG mostraron ser más eficaces detectando testimonios inventados (en concreto, identificó el 88%), que los del sistema tradicional del SVA basado en una declaración (identificando el

52% de las declaraciones inventadas), reflejando una clara superioridad de los resultados del estudio de la validez basado en dos declaraciones frente a una.

Además, obtener nuevamente la declaración no tiene por qué contaminar los datos procedentes de una entrevista no viciada externamente (v. gr., Campos y Alonso-Quecuty, 1999), si el protocolo de obtención es el adecuado. Así, en la primera entrevista solamente se procede con la reinstauración de contextos y el recuerdo libre, dejando el interrogatorio para la segunda medida, con el objetivo de no contaminar el recuerdo del suceso.

De la segunda declaración, se obtiene un análisis de la consistencia que, siguiendo la hipótesis Undeutsch (1967), debe entenderse en función de la centralidad/periferia del material que entra en contradicción. Por lo tanto, la contradicción sería relevante en la medida en que afecta a detalles centrales para la acción de juicio. En el caso de que existiese inconsistencia en información periférica u omisión de cierta información, sólo tendría importancia si fuese trascendente para la construcción de un evento verdadero. Para dar cabida a las interferencias (teoría de la interferencia del olvido), a la aparición de nueva información (hipótesis constructiva del olvido) y a la curva del olvido, el tiempo entre ambas entrevistas ha de ser superior a la semana, pero no mucho más allá.

En este momento, las hipótesis básicas que se plantean son tres. La primera, al tratarse de un evento vital estresante el efecto del desuso será menor (referido al testimonio de víctima y agresor, y contiguo a los hechos). La segunda plantea una teoría de racionalidad del mentiroso conforme a que la mentira es planificada, aprendida y, por tanto, consistente en el tiempo, no viéndose afectada por interferencias e información post-suceso (hipótesis constructiva). Con este objetivo, es necesario que la declaración sea obtenida en formato de recuerdo libre sin interrogatorio, ya que este podría dar lugar a la entrada de información postsuceso que se adaptaría a la nueva reconstrucción. La tercera, asume que un individuo que dice la verdad describe imágenes provocando que la narración de los hechos, aún siendo muy similar, presente una construcción diferente tanto en recuperación como en contenido (p.e. omisiones, inconsistencia en información periférica, recuperación de nueva información de escasa relevancia para los hechos, aparición de sucesos diferentes a los hechos pero que guardan relación con los mismos). En contraposición, la persona que miente narra una historia que es aprendida, sirviéndose de un esquema, lo que lo llevará a repetir básicamente lo mismo en las dos declaraciones. Es trascendental que la entrevista que realicemos no favorezca significativamente a una victimización secundaria (Fariña, Arce, Seijo, y Novo, 2010).

c) Estudio de la motivación.

Se realiza en torno a tres pasos: el contraste de las declaraciones recogidas a lo largo del proceso judicial (e. g. sumario, diligencias, etc.); el contexto en el que se presenta la denuncia, y los motivos e intereses para presentar una denuncia falsa. Por tanto, en esta etapa es necesario recurrir a todas las declaraciones hechas durante el proceso. Sin embargo, debemos tener presente que las declaraciones tienen un valor relativo. Esto es así, debido a que por un lado, muchas de ellas son transcripciones de las declaraciones de la persona denunciante; y por otro, el formato de interrogatorio puede haber influido en las respuestas, con lo que no reflejan con exactitud lo testificado. Además, debemos tener en cuenta que no todos los hechos objeto de la denuncia son declarados (p. e. la privación económica o las agresiones sexuales). Igualmente, el contenido de las declaraciones se basa en expresiones (v. gr. me violó, me maltrató psicológicamente, me pegó) y no en narraciones de hechos, por tanto, elimina la posibilidad de contrastar su fiabilidad, validez, y a veces, el daño causado. De ser así, debe explicarse que esta inconsistencia no es trascendente para el análisis de la plausibilidad de la declaración (Arce, 2010).

El análisis del contexto en el que se produce la denuncia nos permite obtener claves acerca de la motivación subyacente. En este sentido, Mikkelsen, Guthel, y Emens (1992) señalan que aquellas situaciones de separación/divorcio en las que está en juego la custodia de los hijos, favorecen las denuncias falsas o infundadas. También advierten que pueden tener lugar posibles *efectos perversos del sistema*, concepto que relacionan con las ventajas económicas, legales y sociales asociadas a la denuncia.

Por último, conviene señalar que la motivación no es criterio para la refutación de la prueba, pero es relevante para la justificación de posibles inconsistencias y para que el perito adquiera conocimientos en la defensa de la pericial (Arce y Fariña, 2009; Fariña et al. 2010).

d) Análisis de validez de las declaraciones.

Antes de proceder con el estudio de la credibilidad de la declaración, se ha de establecer si es prueba suficiente. Para ello, el forense ha de plantearse dos cuestiones: ¿la declaración supera la capacidad de memoria del testigo? y ¿contiene toda la información necesaria de los hechos? De este modo, la declaración debe tener suficiente amplitud (Raskin y Steller, 1989) para garantizar que éste no la ha aprendido de memoria y contener un evento narrativo completo de los hechos. Por otro lado, la declaración ha de ser prueba válida, ya que

de lo contrario no podría ser sometida a un análisis de contenido. Para evaluar la validez de una declaración se ha de estudiar la consistencia interna, la consistencia externa, la consistencia entre declaraciones, la persistencia de las declaraciones en el tiempo y la consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza.

Si tras la evaluación se determina que la prueba es inválida e insuficiente, el análisis se detiene, siendo consciente el perito de que aunque no sea posible la práctica de la prueba psicológico-forense, no se puede inferir que ésta sea falsa, ni mucho menos que carezca de validez legal. Por el contrario, si verificamos los aspectos antes mencionados, se procede al análisis de la realidad del contenido de la declaración.

e) Análisis de la realidad de las declaraciones.

Arce y Fariña (2009) proponen, para analizar la credibilidad de la declaración, un sistema combinado de las categorías de realidad pertenecientes a las técnicas de análisis de contenido expuestas previamente (CBCA, RM, SRA). Así, el resultado es un sistema categorial que se estructura en 23 categorías, presentadas a continuación:

- ❖ Características generales. Los criterios aquí recogidos se refieren a la declaración tomada en su totalidad.
 1. Estructura lógica (coherencia y consistencia interna).
 2. Elaboración inestructurada (presentación desorganizada).
 3. Cantidad de detalles (abundancia de detalles o hechos distintos).
 4. Concreción (SRA, claridad, viveza en lugar de vaguedad).

- ❖ Contenidos específicos. Se avalúan partes específicas del testimonio referidas a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones.
 5. Engranaje contextual (ubicación de la narración en un espacio y tiempo).
 6. Descripción de interacciones (cadena de acciones entre el testigo y otros actores).
 7. Reproducción de conversación (réplica de conversaciones).

8. Complicaciones inesperadas durante el incidente (por ejemplo, interrupción imprevista).
 9. Información perceptual (RM, información sensorial tal como sonidos, gustos y detalles visuales).
 10. Operaciones cognitivas (RM, codificación inversa, descripciones de inferencias hechas por otros durante el evento).
- ❖ Peculiaridades del contenido. Se incluyen aquí aquellas características de una declaración que aumentan su concreción o viveza.
11. Detalles inusuales (detalles con baja probabilidad de ocurrencia).
 12. Detalles superfluos (detalles irrelevantes que no contribuyen significativamente a los hechos).
 13. Incomprensión de detalles relatados con precisión (explicitación de los detalles que la declarante no comprende pero que tienen sentido).
 14. Originalidad de las expresiones (SRA, frente a estereotipos).
 15. Asociaciones externas relacionadas (inclusión de información externa a los hechos en sí pero relacionada con ellos, tal como recordar conversaciones anteriores sobre el suceso).
 16. Relatos del estado mental subjetivo (referencias a sentimientos, emociones o cogniciones propias).
 17. Atribución del estado mental del autor del delito (referencias al estado mental del agresor y atribución de los motivos).
- ❖ Contenidos referentes a la motivación. Estos criterios desvelan la motivación del testigo para hacer la declaración.
18. Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones de la declaración (SRA, correcciones, especificaciones, complementaciones o mejoras de la declaración).
 19. Admisión de falta de memoria (reconocimiento de lagunas de memoria).

20. Plantear dudas sobre el propio testimonio.
21. Auto-desaprobación (actitud crítica sobre la propia conducta).
22. Perdón al autor del delito (perdona los hechos denunciados).

❖ Elementos específicos de la agresión. Elementos del testimonio que no se relacionan con la viveza general de la declaración, pero sí con el crimen.

23. Detalles característicos de la agresión (descripciones que contradicen las creencias habituales sobre la violencia de género).

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

1. Síntomas clínicos no accesibles a la simulación.
2. Justificación de la agresión (provocadora).
3. Intento de ocultar hechos que agravan la agresión.
4. Comportamiento protector del agresor (e. g., que no vaya a la cárcel, que no le pase nada).
5. Exculpación del agresor (p. e., no me quería hacer daño, me pegaba para que me relajara, autodenuncia por exculpar al agresor).
6. Medida educativa o represora del agresor (i. e. que no beba, que hagan que se porte bien, intimídenlo).
7. Echar de menos la agresión.
8. Vuelta atrás en la acusación.

Este sistema categorial fue sometido a prueba (Arce y Fariña, 2008; Arce et al., 2007; Vilariño, 2010) y se observó que las categorías estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, complicaciones inesperadas durante el incidente, originalidad de las narraciones, correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria, planteamiento de dudas sobre el propio testimonio, autodesaprobación y sintomatología clínica no accesible discriminaban significativamente entre declaraciones reales e imaginadas.

Por su parte, el resto de criterios específicos de violencia de género (intento de ocultar los hechos que agravan la agresión, comportamiento protector del agresor, exculpación del agresor y echar de menos la agresión), sólo se registraron en la condición de realidad. Indicar que para concluir que la declaración es verdadera, se precisan verificar más de cinco de estos criterios. De este modo, se cometerían un 2% de falsos positivos, es decir, no clasificar como reales las declaraciones que sí lo son. Por este mismo motivo, debemos tener en mente que la presencia de los criterios se interpretará en línea con la realidad de la declaración, mientras que su ausencia no implica la falsedad de la misma.

f) Medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático.

El daño psíquico es lo que da lugar a la llamada huella psíquica o psicológica del delito de violencia de género, por lo que puede considerarse como prueba de cargo. Si bien se ha identificado el Trastorno de Estrés Postraumático como el trastorno de referencia, éste suele estar acompañado de otras alteraciones clínicas en torno al 80 u 85% de los casos diagnosticados (Creamer, Burgess, y Mcfarlane, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, y Nelson, 1995). Los trastornos asociados varían en función del hecho traumático vivido. En violencia de género, el TEP presenta comorbilidad con la depresión, la inadaptación social, la ansiedad y las disfunciones sexuales (Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007; Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1998; Esbec, 2000). En concreto, la depresión es el trastorno más frecuente, estando presente entre el 50 y 60% de las ocasiones (Blanchard et al., 2004; O'Donnell, Creamer, y Pattinson, 2004).

No obstante, de aparecer cualquiera de los trastornos mencionados en ausencia del TEP, no se puede considerar una secuela del suceso traumático (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder, y Shalev, 2006). Este hecho es de especial relevancia en violencia de género porque la separación matrimonial, al ser un estresante psicosocial, puede dar lugar a un Trastorno Adaptativo. De esta manera, este trastorno se diagnostica cuando concurren dos situaciones: o bien no se cumplen los criterios para un TEP; o bien, la sintomatología se produce en consecuencia de un estresor psicosocial. Por tanto, el perito deberá tener en cuenta la naturaleza del estresor. Si éste de menor intensidad, como puede ser la violencia psicológica aislada, se puede admitir de manera excepcional el Trastorno Adaptativo como daño psicológico. Esto es, los criterios A1 y A2 no tendrían por qué presentarse, pero deberían cumplirse el resto de criterios.

En cualquier caso, el perito ha de establecer la relación causal entre el delito y el trastorno, descartando otras causas al margen del delito denunciado. Además, al tratarse de un contexto médico-legal, debe garantizar que ésta no es producto de una simulación (American Psychiatric Association, 2002). Algunos instrumentos psicométricos como por ejemplo el MMPI-2 están diseñados para identificar los trastornos mencionados y además cuentan con escalas de control de la validez. Sin embargo, las medidas psicométricas ofrecen "impresiones diagnósticas", no diagnostican, no siendo válidas por sí mismas. Además de que facilitan la simulación por parte del sujeto al ser una tarea de reconocimiento de síntomas (Arce, Fariña y Freire, 2002; Arce et al., 2002; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2006). Con esta finalidad, debemos poner en práctica un protocolo de evaluación que se base en una aproximación multimétodo (MMPI-2, entrevista clínico-forense, observación y registro conductual).

La entrevista clínico-forense de Arce y Fariña (2001), supone la aplicación de una tarea de conocimiento, en la que la persona narra en formato de discurso libre los síntomas que dice padecer. Por consiguiente, esta entrevista consiste en solicitar a la persona evaluada que relate síntomas, conductas y pensamientos comparándolos con el estado anterior al delito (¿Qué cambio has advertido en tu comportamiento, síntomas, pensamiento, a raíz de haber sido víctima de violencia de género en comparación con tu estado anterior?; ¿Qué mejoras has notado en tu comportamiento, síntomas o pensamiento tras haber dejado de ser víctima de violencia de pareja?;), esto es, EEAG del eje V del DSM-IV. Si el sujeto no responde de motu proprio, deberemos solicitar la información por medio de preguntas abiertas acerca de sus relaciones familiares y de pareja (EEGAR), interpersonales (EEASL) y laborales (EEASL), de acuerdo con el eje V del DSM-IV. Por último, se realiza una síntesis de lo manifestado en la entrevista de modo que la evaluada pueda añadir, complementar o corregir la información, cerrando la entrevista con una desactivación emocional.

La entrevista es grabada en vídeo y dos peritos independientes analizan su contenido con el objetivo de identificar síntomas de la medida directa (TEP) o de las medidas indirectas según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Por su parte, se procede a la identificación de una o más de las estrategias que siguen los simuladores en las entrevistas: evitación de respuestas, síntomas raros, síntomas sutiles, combinación de síntomas, síntomas obvios, (in)consistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas.

En definitiva, el diagnóstico de la entrevista clínico-forense y la validez convergente con los resultados de los instrumentos psicométricos y las escalas de validez tanto para los

criterios positivos (indicativos de no simulación) como para los negativos (indicativos de no simulación) y sus configuraciones, se puede detectar la simulación sin la comisión del error tipo I (establecer un diagnóstico como real cuando es simulado). El protocolo incluye los siguientes criterios positivos de simulación: falta de consistencia inter-medidas, puntuaciones invalidantes en las escalas de control de validez F ($T > 70$) y K ($T < 50$) del MMPI-2, un valor $T > 30$ en la configuración (índice de Gough) F-K, un perfil en V invertida y la detección de estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense.

Así, de verificar la consistencia inter-medidas y no hallar más de dos criterios de simulación, podríamos concluir que existe huella psicológica. No obstante, a la hora de evaluar la sintomatología derivada de un acto delictivo, el psicólogo forense deberá tener en cuenta dos premisas fundamentales. Por un lado, no todo delito violento produce como consecuencia un TEP y, por otro, la no presencia de un TEP, no significa que el delito no hubiera acontecido, sino que, en su caso, no le causó daño psíquico (Carballal, 2009).

g) Análisis de fiabilidad de las medidas.

Hasta este punto, el SEG es un instrumento semi-objetivo por ello, se ha proceder de forma que obtengamos una consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos (Weick, 1985). La fiabilidad inter-contextos puede conseguirse a través de un evaluador entrenado que haya demostrado su efectividad y consistencia en otros contextos previos, esto es, en pericias anteriores. Empleando dos evaluadores, siendo al menos uno entrenado y fiable en evaluaciones previas, que ejecuten el análisis por separado, permite obtener una aproximación a la consistencia inter-evaluadores e inter-contextos. Para el análisis de la consistencia inter-evaluadores se propone como herramienta estadística el Índice de Concordancia [$IC = \text{Acuerdos} / (\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})$], considerando el punto de corte 0,80 (Tversky, 1977). Esto supone que sólo se consideran resultados fiables aquellos en los que los evaluadores por separado coinciden en más del 80% de las categorías de evaluación. La consistencia inter- e intra-medidas la obtenemos a través de la consistencia interna de las medidas (p. e. las escalas de validez de las pruebas psicométricas, de las declaraciones en el tiempo o el estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica), de la consistencia entre diferentes medidas (p. e. concordancia entre las medidas psicométricas y la entrevista clínica, entre lo manifestado lo observado, entre las declaraciones) así como de la consistencia, es decir, la complementación o no las evaluaciones obtenidas del presunto

agresor y la presunta víctima (verbigracia, la declaración de la denunciante presenta indicios de veracidad mientras que en la del denunciado no se identifican criterios de realidad o no es prueba válida o suficiente).

h) Evaluación de la declaración de los actores implicados.

A pesar de que en un principio la técnica fue ideada para la evaluación del testimonio de la supuesta víctima, el mismo análisis de contenido de las declaraciones puede ser aplicado al supuesto agresor, lo que posibilitaría un análisis de las dos versiones. Con ello, se conseguirá una estimación de la validación convergente de los datos. De todos modos, la valoración únicamente de la declaración y huella psicológica de la denunciante es posible y además es eficaz, si bien la doble evaluación es más robusta. La obtención de las declaraciones del denunciado es especialmente importante cuando reconoce la autoría de los hechos aportando otra versión de los mismos (p. e. cuando existen denuncias cruzadas de agresiones mutuas).

i) Análisis de las características psicológicas de los actores implicados.

El estudio de las características psicológicas del supuesto agresor tiene una gran relevancia, ya que nos puede ayudar a explicar los motivos de la agresión o a encontrar cualquier enfermedad mental con implicaciones jurídicas relevantes. Cuando se estudia la salud mental del acusado, la hipótesis planteada es la simulación de enajenación mental. Arce y Fariña (2006; Arce et al., 2002) han creado y validado un protocolo de evaluación forense para estos casos. Sus objetivos son informar acerca de la presencia o ausencia de problemas psicológicos que afecten a la credibilidad, evaluar las capacidades cognitivas para conocer la capacidad de testimoniar y ser objeto de una evaluación psicológico-forense. Además, se evaluará cualquiera otra área psicológica que pueda ser de interés para el caso (p. e., valoración de la peligrosidad o riesgo).

j) Implicaciones para la presentación del informe

La estimación de la credibilidad de las declaraciones en cinco categorías de respuesta, tal y como se indica en el SVA, no se ajusta a los requerimientos que presenta nuestro sistema de justicia. Así, el Tribunal Supremo exige la seguridad plena en el informe y no una alta

probabilidad. Sin embargo, cualquier medida y, especialmente, la psicológica contiene un margen de error, lo que obliga a reconocerlo, pero sin llegar a establecer grados de certeza. De esta manera las categorías más ajustadas serían *declaración (muy) probablemente cierta/real/creíble; declaración carente de criterios de realidad; declaración o prueba inválida y, en su caso, indeterminado (o insuficiente)*. Por último, tener presente que el sistema es más robusto en la detección de la verdad que de la mentira, razón por la cual no se puede concluir que la persona denunciante prestara un testimonio en falso. Asimismo, no sería recomendable hacer una descripción de los hechos basada en frases, sino en acciones de conjunto, ya que el procedimiento valida hechos y no frases aisladas (la unidad de medida es la declaración). De hecho, Köhnken, Milne, Memon, y Bull, (1999) encontraron que las declaraciones honestas el 20% de la información era inexacta.

Por último, debemos considerar que si bien es cierto que la fiabilidad última del SEG recae en el la pericia del entrevistador (p.e., objetividad, formación, experiencia) y en última instancia en la colaboración del sujeto a evaluar (Carballal, 2009), este protocolo se presenta como un instrumento prometedor para la detección del engaño y la simulación en el contexto legal. De hecho, ha sido tomado como referencia por el Consejo General del Poder Judicial (Arce y Fariña, 2006).

PARTE METODOLÓGICA

1. INTRODUCCIÓN

En esta segunda parte del trabajo, se presenta un estudio de caso sobre una víctima de violencia de género. La evaluación de la víctima se llevará a cabo mediante la aplicación del protocolo creado por Arce y Fariña para el establecimiento de la realidad de la declaración y del daño psicológico en el caso que nos ocupa.

Tras la revisión literaria sobre esta problemática y el análisis de los diferentes métodos existentes para determinar la credibilidad del testimonio y valorar el daño psicológico provocado por la situación de maltrato, nos valdremos de dichos conocimientos para ponerlos en práctica.

En concreto, se presenta el caso de una chica que interpone una denuncia contra su ex novio, puesto que tal y como ella misma refiere, éste la ha sometido a múltiples humillaciones, amenazas y agresiones en el transcurso de su relación sentimental.

En los siguientes epígrafes, se exponen los datos del informe pericial, la metodología empleada y, por último, los resultados obtenidos del análisis realizado.

1.1. Características generales de la persona evaluada

Por medio de mandato judicial, se solicita la evaluación de Dña., de años de edad (--/--/19--) con DNI 11111111-X. Según afirma la evaluada, es natural de, ciudad en la que reside

.....

.....

.....

2. METODOLOGÍA

La metodología de trabajo aplicada para la confección de este estudio e informe pericial sigue el Sistema de Evaluación Global (SEG) (Arce y Fariña, 2006, 2007, 2008, 2009), protocolo de evaluación psicológico forense para el estudio de la realidad y daño psíquico en casos de violencia de género. Este procedimiento se compone de un conjunto de entrevistas, instrumentos psicométricos y análisis que se expondrán a continuación.

2.1. Entrevista psicosocial, observación y registro conductual

La entrevista psicosocial es de gran relevancia pues supone la primera toma de contacto con la persona objeto de evaluación. Con ella se obtiene información sociodemográfica del sujeto, así como de su estilo y forma de vida, y una descripción de los hechos denunciados. Además, permite tener los datos necesarios para seleccionar el modelo de evaluación más adecuado y los instrumentos que mejor se adapten a las características y propósitos del caso.

En relación con la observación y el registro conductual, éstas constituyen técnicas empleadas a lo largo de todo el proceso de evaluación. Su aportación consiste en la obtención de información útil que puede complementar a los resultados proporcionados por las entrevistas e instrumentos psicométricos. En el ámbito forense, y específicamente, cuando se valora a la víctima de un acto delictivo, suelen ser dos técnicas muy valiosas, ya que permiten identificar sintomatología propia del daño psíquico que resulta difícil de detectar mediante otros procedimientos.

2.2. Entrevista de hechos: la Entrevista Cognitiva Mejorada

Para que el procedimiento de obtención del testimonio sea productivo, fiable y válido se han de evitar aquellas técnicas tradicionales de entrevista dirigida o semidirigida que

pueden introducir información engañosa por influencia del entrevistador y contaminar la memoria de los hechos denunciados. De este modo, se aconseja el empleo de la entrevista cognitiva que se adapta a las demandas requeridas para su posterior análisis de contenido, ya que se aplica en formato narrativo de discurso libre. Se han propuesto procedimientos ajustados según se trate de adultos con plenas capacidades cognitivas o con discapacidades. En el caso que nos ocupa, al tratarse de la primera opción, se procede con la Entrevista Cognitiva Mejorada (Fisher y Geiselman, 1992).

Para hacer una evaluación de la consistencia temporal, es necesario aplicar este procedimiento en más de una ocasión. En la primera medida, se acude al recuerdo libre y a la reinstauración de contextos; en la segunda, se introduce el interrogatorio para no contaminar la memoria de eventos. De esta segunda medida obtenemos un análisis de la consistencia entre declaraciones, teniendo en cuenta que sólo son relevantes aquellas contradicciones que afectan a detalles centrales de la narración, de acuerdo con la hipótesis Undeutsch (1968). El tiempo transcurrido entre una entrevista y otra debe ser de al menos una semana, pero no mucho más allá. La hipótesis de la que se parte, es que el sujeto mentiroso repetirá el mismo esquema episódico en ambas entrevistas, pues la mentira es planificada y aprendida. En cambio, el sujeto que dice la verdad no se basa en esquemas sino que narra imágenes. En consecuencia, aunque las declaraciones sean semejantes, tendrá una construcción diferente tanto en recuperación como en contenido (omisiones, inconsistencia en la información periférica, etc.).

2.3. Análisis del contenido de las declaraciones referida a los hechos

El análisis de contenido de las declaraciones se dirige a dos dimensiones: la validez y la fiabilidad/realidad del testimonio. El primer paso consiste en estimar la validez de las mismas para poder someterlas al análisis de la fiabilidad. Esto significa que si resulta prueba no válida, se concluye que las declaraciones no son prueba suficiente o admisible; y si es válida, se procede con el estudio de la realidad de las declaraciones. Existen dos razones por las que un testimonio resulta insuficiente. En primer lugar, cuando no contiene la información necesaria para poder ser sometido a un análisis de la realidad. En segundo lugar, cuando así lo indiquen los criterios de validez del SRA y SVA (p.e. carencia de consistencia interna,

carencia de consistencia externa, declaración inconsistente con la anterior, carencia de persistencia en las declaraciones, inconsistencia con las leyes científicas y de la naturaleza).

Una vez resulte la prueba válida, sometemos al testimonio a un sistema combinado de categorías de realidad (CBCA, SRA, RM y criterios de Arce y Fariña para violencia de género, 2009). El criterio de decisión para establecer la realidad de la declaración consiste en verificar más de cinco criterios específicos (estructura lógica, elaboración inestructurada, cantidad de detalles, concreción, complicaciones inesperadas durante el incidente, correcciones espontáneas, admisión de falta de memoria, planteamiento de dudas sobre el propio testimonio y auto-desaprobación); o bien, trece o más de los criterios generales. Además se debe tener en cuenta que, si bien la presencia de estos criterios se asocia con la realidad de la declaración, su ausencia no implica la falsedad de la misma.

2.4. Estudio clínico

La evaluación clínica consiste en la administración de dos sistemas de medidas complementarios que implican la ejecución de tareas diferentes. Por un lado, se somete al sujeto a una evaluación psicométrica, lo que supone una tarea de reconocimiento de síntomas con el MMPI-2 y el SCL-90; y por otro, a una medida mediante una tarea de conocimiento, la entrevista clínico-forense. El empleo conjunto de los tres instrumentos de medida permite valorar el posible daño psíquico producido a consecuencia del acto delictivo, y a su vez, controlar la simulación.

2.4.1. Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

El MMPI-2 fue desarrollado por Hathaway y McKinley, y publicado por TEA ediciones en 1999. Esta prueba tiene como finalidad principal para el objeto forense, la evaluación del estado clínico. Para llevar a cabo nuestro propósito de medida clínica del daño psíquico directo e indirecto relacionado con la victimación de violencia de género y de

simulación, tomaremos las diez escalas clínicas básicas, las dos escalas adicionales de medida del TEP, y las escalas de validez que serán de utilidad para el estudio de la fiabilidad que se presentará en el siguiente punto.

A continuación, se expondrán las escalas clínicas básicas del MMPI-2:

1. *Hipocondría (Hs)*. Hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos normales
2. *Depresión (D)*. Evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos.
3. *Histeria de conversión (Hy)*. Fue elaborada para diferenciar histéricos de conversión de personas normales. Sus ítems aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo.
4. *Desviación psicopática (Pd)*. Mide psicopatía o personalidad asocial y los ítems se refieren a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores.
5. *Masculinidad-feminidad (Mf)*. Cubre un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en los que generalmente difieren varones y mujeres.
6. *Paranoia (Pa)*. Está compuesta por ítems que comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad acentuada.
7. *Psicastenia (Pt)*. Es una escala que posibilita diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, está compuesta por ítems referidos a ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones.
8. *Esquizofrenia (Sc)*. Los ítems aluden a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal,

relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos.

9. *Hipomanía (Ma)*. Hace referencia a un estado maníaco moderado, ya que un estado maníaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala incluyen ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, extraversión y altas aspiraciones.

10. *Introversión social (Si)*. Alude a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y a no participar en las actividades sociales.

Además, se consideran las escalas adicionales que miden el TEP, la secuela directa de la violencia de género: son la *Escala Pk* y la *Escala Ps*.

Por otra parte, para el control de la validez de los protocolos, el MMPI-2 cuenta con cuatro escalas de validez estándar: la Escala de Interrogantes (?), la Escala K, la Escala F y la Escala L. Adicionalmente, se calculan los índices de validez producto de la combinación de las escalas anteriores: F-K o Índice de Gough y Perfil en "V invertida". También tomamos las escalas adicionales de validez a fin de constatar su efectividad y complementariedad con las estándar: Escala F posterior (Fb) y las Escalas TRIN y VRIN que miden la consistencia de las respuestas. Pues bien, las escalas mencionadas se exponen a continuación, de tal modo que se considera inválida la prueba si aparecen tres indicadores de simulación o cuatro de disimulación.

a) *Puntuación ? (Interrogante)*. Es la suma del número de ítems dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación, que es un criterio de simulación (American Psychiatric Association, 2002), invalidándose un protocolo con 30 o más ítems no respondidos o con respuesta doble (al margen de que se lleguen a los cuatro indicadores de disimulación o no).

b) *Escala L (Mentira)*. Fue concebida como un indicador de validez del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación). Se compone de 15 ítems, todos puntuados en la dirección falso. Los ítems se relacionan con conductas socialmente

muy valoradas, pero que raramente son verdad en la mayoría de la gente (la población normal responde a un promedio de 3,5 de estos ítems como falso), de modo que son asumidos por aquellos que quieren dar una impresión inusualmente buena de sí mismos. Por tanto, si la puntuación es muy baja puede reflejar un esfuerzo para exagerar problemas emocionales y dificultades de ajuste. Por otra parte, una puntuación alta puede reflejar una actitud defensiva hacia el test, mientras que si es muy alta afectará de manera negativa, contaminando el significado de las puntuaciones en las escalas clínicas. Así pues, se tomará esta escala como un indicador de simulación si la puntuación T es menor que 40; y como indicador de disimulación si la T es igual o mayor que 70.

- c) *Escala F (Incoherencia)*. Se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que una puntuación T mayor que 70 será tomada en cuenta como un indicador de simulación.
- d) *Escala K (Corrección)*. Se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de evaluación. En concreto, una puntuación elevada ($T \geq 70$) es propia, entre otras hipótesis, de defensividad, en tanto una puntuación baja ($T < 40$) es útil a la hora de detectar a sujetos que fingen tener serias dificultades emocionales.
- e) *Índice F-K*. También conocido como “Índice de Gough”, se ha observado que puede detectar los intentos de proporcionar una mala imagen. Una puntuación igual o mayor que 30 se tendrá en cuenta como un indicador de simulación, mientras que si es menor a -15 lo hará como un indicador de disimulación.
- f) *Perfil en “V invertida”*. Su cálculo implica a las escalas de validez L, F y K. Cuando se dé un “Perfil en V invertida” este será tomado en cuenta como un indicador de exageración de síntomas, y a este se llegará cuando la escala L sea menor que 50, la F mayor que 70/80, y la K menor que 50; por el contrario, se dará un “Perfil en V” y un indicador de disimulación cuando obtenga una escala L mayor que 70, una F menor que 50, y una K mayor que 70.

- e) *F posterior (Fb)*. Tiene como objeto identificar si el sujeto ha dejado de prestar atención a los ítems del test o presenta un patrón de respuestas azaroso, advirtiendo una $T \geq 70$ de posible simulación. Esta escala es similar a la Escala F original, con la diferencia de que ésta se relaciona con las escalas estándar y la Fb con las complementarias. No obstante, pese a que puede resultarnos de ayuda, esta escala no invalida la prueba.
- f) *TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero)*. Miden la tendencia a contestar de forma inconsistente o contradictoria. Una puntuación muy alta refleja aquiescencia (tendencia a dar respuestas “verdadero” de manera indiscriminada), mientras que una puntuación muy baja refleja no aquiescencia (tendencia a dar respuestas “falso” de manera indiscriminada). Una puntuación directa mayor a 14 invalida la prueba, al margen del número de indicadores de invalidez.
- g) *VRIN (Inconsistencia de las respuestas variables)*. Mide la tendencia a contestar de forma inconsistente o contradictoria. Así, la puntuación de esta escala refleja el número de pares de ítems contradictorios que el sujeto contesta inconsistentemente. Una puntuación directa mayor a 14 invalida la prueba, al margen del número de indicadores de invalidez.

2.4.2. Cuestionario de 90 Síntomas - Revisado (SCL-90-R)

Esta prueba ha sido desarrollada por Derogatis, en 1977 y publicado por TEA ediciones en 2002 TEA, con el fin de ofrecer una impresión diagnóstica de nueve dimensiones clínicamente relevantes, así como tres índices globales de malestar. Las dimensiones evaluadas son: Somatización, Obsesivo-compulsivo, Susceptibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Por su parte, los índices globales son: Índice Global de Gravedad o Severidad, Índice de Distrés de Síntomas Positivos, y el Total Síntomas Positivos.

Las dimensiones sintomáticas evaluadas son las siguientes, y supondrán una impresión diagnóstica cuando alcancen un percentil mayor a 80 en el baremo de la población general:

1. *Somatización (SOM)*. Comprende síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, alteraciones neurovegetativas (especialmente del sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular), manifestaciones psicósomáticas o funcionales, o patología médica subyacente.
2. *Obsesión-compulsión (OBS)*. Describe conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.
3. *Sensibilidad interpersonal (INT)*. Describe sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a la opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
4. *Depresión (DEP)*. Recoge signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos, tal como vivencias disfóricas, desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia, falta de energía o ideas autodestructivas.
5. *Ansiedad (ANS)*. Alude a la sintomatología clásica de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (ataques de pánico). Además, también incluye signos generales de tensión emocional y manifestaciones psicósomáticas.
6. *Hostilidad (HOST)*. Los ítems de esta escala reflejan pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
7. *Ansiedad fóbica (FOB)*. Valora las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendiéndose por estas al miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal, persona, lugar, objeto o situación, en las que resultan difíciles las conductas evitativas o de huida. No obstante, se centra más en síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que en fobias simples.
8. *Ideación paranoide (PAR)*. Recoge distintos aspectos de la conducta paranoide. Incluye características propias del pensamiento proyectivo como suspicacia, centralismo autorreferencial, ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
9. *Psicoticísimo (PSI)*. Se relaciona con el espectro psicótico. En la población general esta se acerca más a la alienación social que a las psicosis clínicamente manifiestas.

Por otra parte, expondremos los tres índices globales que nos ayudan a poner a prueba la validez del instrumento. Estos tres índices informan de distorsión de las respuestas en lo referente a los síntomas: negación, combinación o exageración, y severidad. De estos, si solo se da un indicador, la prueba será válida dando a entender que posiblemente exista daño, mientras que si se dan dos indicadores, junto a la posibilidad de daño deberemos plantearnos también la hipótesis de la simulación.

- a) *Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI)*. Medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global. Una puntuación T en esta y en el PSDI mayor de 70 (baremo clínico) refleja un indicador de severidad de síntomas.
- b) *Total de Síntomas Positivos (PST)*. Número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología. La puntuación tenida en cuenta variará en función del género del sujeto así como de su edad, no obstante una puntuación alta refleja un indicador de combinación o exageración de síntomas, mientras que si es baja funciona como un indicador de negación de síntomas.
- c) *Índice de Malestar referido a Síntomas Positivos (PSDI)*. Relaciona el sufrimiento o malestar global con el número de síntomas, por lo que indica la intensidad sintomática media. Una puntuación T en esta y en el GSI mayor de 70 (baremo clínico) refleja un indicador de severidad de síntomas.

2.4.3. Entrevista clínico-forense (Arce y Fariña, 2001)

La tarea de conocimiento consiste en una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre. El proceder de esta entrevista se fundamenta en pedir a los sujetos que relaten todo aquello que ha cambiado en su vida (i.e., síntomas, conductas y pensamientos) en comparación con el estado anterior a los hechos denunciados. Si no informan *motu proprio* sobre los efectos en las relaciones interpersonales, el contexto de trabajo o académico, las relaciones familiares y, en su caso, de pareja, se procede a reinstaurar esos contextos específicos de evaluación (eje V del DSM-IV).

En el contexto forense se opta por este formato de entrevista frente a una entrevista estructurada ya que ésta última facilita una manipulación de las respuestas al basarse en una tarea de reconocimiento de síntomas, no de conocimiento de los síntomas, tarea que se ha mostrado más válida y productiva en este ámbito. Esta entrevista se debe grabar en vídeo con el fin de facilitar la labor al evaluador, ya que su posterior visionado permite un análisis más riguroso del contenido. Dicho análisis está dirigido a la comprobación de la presencia de daño psíquico a consecuencia de la victimación provocada por el hecho delictivo (relación causa-efecto). Para ello, fue creado un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistema de categorías metódicas. En concreto, las categorías de análisis las conforman los criterios diagnósticos del TEP recogidos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) puesto que su diagnóstico conforma la huella psíquica del delito, y como tal, puede aportarse como prueba de cargo. La detección de las categorías responde a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos. Esto se debe a que si bien la gran mayoría de los síntomas, incluso los más graves, pueden ser informados por la persona evaluada, algunos de ellos sólo pueden observarse.

Al mismo tiempo, una vez identificada la huella psicológica del daño psíquico es preciso controlar que ésta no sea producto de una simulación, por lo que se realiza un control del potencial engaño a través del análisis de las siguientes estrategias propias de los simuladores:

- a) *No cooperación con la evaluación.* Se codifica cuando el sujeto no muestra interés en la evaluación o no responde a la misma.
- b) *Síntomas sutiles.* Estos no son síntomas reales, sino problemas cotidianos que el sujeto informa asociándolos a una enfermedad mental (p. e. ser desorganizado, falta de motivación, dificultades en la toma de decisiones de la vida diaria).
- c) *Síntomas improbables.* Aquellos que tienen un carácter fantástico o ridículo (opiniones, actitudes o creencias extrañas) y que no gozan de referentes reales (lo que excluye a los síntomas raros).
- d) *Síntomas obvios.* Síntomas de carácter psicótico que se relacionan con lo que vulgarmente se conoce como locura o enfermedad mental.

- e) *Síntomas raros*. Síntomas que raramente se dan incluso en poblaciones psiquiátricas reales.
- f) *Combinación de síntomas*. El sujeto informa de síntomas reales que difícilmente se dan juntos (i. e. esquizofrenia y extroversión).
- g) *Severidad de síntomas*. Esta categoría analiza el grado de severidad de los síntomas manifestados. Es frecuente que los simuladores atribuyan a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema.
- h) *Inconsistencia de síntomas*. Esta categoría tiene por objeto analizar la correspondencia entre los síntomas manifestados por el sujeto y los observados por el evaluador.

2.5. Análisis de la fiabilidad de las medidas

Garantizar la fiabilidad de la medida del objeto pericial es de vital importancia, en especial en el caso que nos ocupa. A este respecto, si bien los instrumentos de medida son fiables y válidos, no se puede inferir que la medida concreta también lo sea. Para ello, se procede de modo que se obtienen cuatro tipos de medida diferentes: consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos (Wicker, 1975).

En primer lugar, la consistencia inter-medidas se obtiene a través de la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos utilizados cuando estos son concordantes (consistencia entre medidas psicométricas y entrevista clínica, entre lo manifestado y lo observado, etc.) En caso de que existan discrepancias entre las medidas se considerará factor suficiente para invalidar los resultados.

En segundo lugar, la consistencia intra-medidas viene de la mano de los métodos que tienen los propios instrumentos de medida (escalas de validez del MMPI-2, índices globales del SCL-90-R, gradiente de dificultad del TONI-2, análisis de estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense o los estilos de respuestas del 16 PF-5).

Por su parte, la consistencia inter-evaluadores hace referencia a la evaluación de dos peritos por separado de modo que sólo se consideran los resultados fiables y válidos si el índice de concordancia es superior a 0.80. Finalmente, para obtener la consistencia inter-

contextos se recurre a un evaluador entrenado que haya sido efectivo y consistente en otros contextos previos, es decir, en pericias anteriores. Así pues, sólo se consideran válidos aquellos resultados consistentes inter-evaluadores, inter-medidas y sobre los cuales las escalas de control informan de su fiabilidad.

2.6. Estudio de las capacidades cognitivas

El estudio de las capacidades cognitivas se dirige, en este caso analizado, a verificar la capacidad de la evaluada para testimoniar. Para ello se recurre al siguiente instrumento de medida: el TONI-2

2.6.1. Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)

Este instrumento fue desarrollado por Brown, Sherbenou, y Johnsen y publicado por TEA ediciones en 1995. Se utiliza para evaluar la capacidad para resolver problemas (razonamiento) eliminando en la mayor medida posible, la influencia del lenguaje y de las habilidades motrices. Los elementos que componen este instrumento están ordenados por dificultad creciente, lo que permite obtener un método para cotejar su fiabilidad. De esta manera, si el sujeto sigue los parámetros esperados en relación con el gradiente de dificultad sería una prueba fiable; mientras que si el sujeto fallase muchas preguntas fáciles y acertase otras más difíciles, sería indicativo de posible simulación.

Además, el TONI-2 ofrece una medida de Cociente Intelectual, distinguiendo los siguientes grados: Muy Superior (>130), Superior (121-130), Medio-Alto (111-120), Medio (90-110), Medio-Bajo (80-89), Bajo (70-79), y Muy Bajo (<70).

2.7. Estudio de la personalidad

El análisis de la personalidad del sujeto evaluado puede ser de suma trascendencia y la principal utilidad de aplicar este estudio se encuentra en la evaluación del engaño, pues permite conocer cómo se comporta la persona no a nivel patológico como los anteriores instrumentos, sino a nivel social. Para ello, se administra el 16 PF-5.

2.7.1. Cuestionario Factorial de Personalidad (16 PF-5)

Este instrumento fue desarrollado por Cattell, Cattell, y Cattell, y publicado y distribuido en España por TEA Ediciones en 1997. La prueba pretende dar una visión global de la personalidad del sujeto mediante la evaluación de 16 dimensiones primarias, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, configuradas todas ellas como continuos bipolares, entre cuyos extremos se distribuyen de modo estadísticamente normal los distintos estilos comportamentales, o las denominadas estructuras de personalidad. El 16 PF-5 también aporta información sobre los 5 factores globales de personalidad e incluye tres medidas de estilos de respuesta que ofrecen información relevante acerca de la validez de las respuestas de la persona evaluada.

En todas las medidas citadas, el sujeto estará definido por el extremo inferior cuando se de una puntuación inferior a 4; mientras que se situará en el extremo superior cuando obtenga una puntuación superior a 7.

Las escalas primarias son las siguientes:

1. *Afabilidad (A)*. Abarca desde reservada hasta afable.
2. *Razonamiento (B)*. Contiene los polos de pensamiento concreto y abstracto.
3. *Estabilidad emocional o fuerza del yo (C)*. Se extiende desde emocionalmente cambiante a estable.
4. *Dominancia (E)*. Encuadra los polos que van desde cooperativa hasta competitiva.
5. *Animación (F)*. Contenida entre seria y espontánea.

6. *Atención a las normas (G)*. Comprende los extremos de inconformista y formal.
7. *Atrevimiento (H)*. Abarca desde tímida a atrevida.
8. *Sensibilidad (I)*. Se expande entre objetiva y sensible.
9. *Vigilancia (L)*. Sus polos alcanzan desde confiada a suspicaz.
10. *Abstracción (M)*. Contenida entre práctica e idealista.
11. *Privacidad (N)*. Se extiende desde abierta a discreta.
12. *Aprensión (O)*. Comprende los polos de segura e insegura.
13. *Apertura al cambio (Q1)*. Abarca los límites entre tradicional y abierta al cambio.
14. *Autosuficiencia (Q2)*. Se extiende desde integrada en el grupo a individualista.
15. *Perfeccionismo (Q3)*. Abarca desde tolerante con el desorden hasta disciplinada.
16. *Tensión (Q4)*. Contenida entre relajada y tensa.

Las dimensiones globales, que al igual que las escalas primarias se definen a través de polos opuestos, son:

1. *Extraversión* (introvertida vs. extrovertida).
2. *Ansiedad* (ajustada vs. ansiosa).
3. *Dureza* (receptiva vs. mentalidad dura).
4. *Independencia* (acomodaticia vs. personalidad independiente).
5. *Auto-control* (desinhibida vs. autocontrolada)

Por último, el 16 PF-5 incluye tres escalas de control de la validez de los protocolos que permiten analizar el estilo de respuesta del sujeto:

- a) *Manipulación de la imagen (MI)*. Esta escala se asocia a la deseabilidad social y la disimulación, es decir, la tendencia a negar rasgos socialmente indeseables atribuyéndose los deseables.
- b) *Infrecuencia (IN)*. Esta escala mide la frecuencia de respuestas infrecuentes entre al población general. Una puntuación alta puede deberse a respuestas dadas al azar, mala comprensión de los ítems o de la prueba, indecisión, o actitud opositora por la cual contesta deliberada e indisciplinadamente en contra de las instrucciones del test.
- c) *Aquiescencia*. Una puntuación alta refleja una tendencia por parte del sujeto a estar de acuerdo con el enunciado del ítem con independencia de su contenido.

3. RESULTADOS

MATERIAL CONFIDENCIAL Y PROTEGIDO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulla, A., y Badawy, B. (2003). Alcohol and violence and the possible role of serotonin. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 31-44.
- Abe, N., Suzuki, M., Mori, E., Itoh, M., y Fujii, T. (2007). Deceiving others: Distinct neural responses of the prefrontal cortex and amygdala in simple fabrication and deception with social interactions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 287-295.
- Agra, M. X. (2013). Construcciones sociales vinculadas a la violencia de género. En R. Castillejo (Dir.), y C. Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 32-43). Universidade de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Alberdi, I., y Matas, A. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres de España*. Colección Estudios Sociales. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Allen, J. B., y Iacono, W. G. (1997). A comparison of methods for the analysis of event related potentials in deception detection. *Psychophysiology*, 34, 234-240.
- Alonso, H., Masip, J., y Garrido, E. (2009). La capacidad de los policías para detectar mentiras. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2, 159-196.
- Alonso, C., y Torrado, C. (2013). Acerca de las cifras de la violencia de género en España: Historia de un despropósito con solución. En R. Castillejo (Dir.) y C. Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 15-29). Universidade de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 171-184). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Alonso-Quecuty, M. L. (2009) Violencia y memoria de testigos. *REME: Revista electrónica de motivación y emoción*, 2, 32-43.
- Álvarez, F. J. (2013). Indicadores de violencia de género. En R. Castillejo (Dir.), y C. Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 89-108). Universidade de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P. de, Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Anderson, M. C., y Levy, B. J. (2009). Suppressing Unwanted Memories. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 189-194.
- Andreu, C., y Valdizán, J. R. (2014). Potencial evocado cognitivo P300 en la investigación pericial (P300-Pericial). *Revista de derecho y proceso penal*, 33, 345-366.
- Andrews, G., Slade, T., y Peters, L. (1999). Classification in Psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Anta, J. A. (2012). Detección del engaño: polígrafo vs análisis verbo-corporal. *Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses*, 19, 36-46.
- Arce, R. (2010). El Sistema de Evaluación Global en casos de violencia de género: huella psíquica y testimonio. *Información psicológica*, 99, 19-35.
- Arce, R. (2013). *La credibilidad en el polígrafo y la comunicación no verbal. Psicología forense en los ámbitos penal, social y civil*. Apuntes de clase, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R. (2014, Julio). Cómo evaluar la veracidad de los testimonios y de las declaraciones. En G. Buela-Casal (Director), *Criminología y Psicología Forense*. Conferencia presentada en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Riveira, A Coruña.
- Arce, R., y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psicológica y la simulación: el Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del psicólogo*, 26, 59-77.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006). *Construcción y validación de un protocolo para la evaluación forense de la disimulación*. Manuscrito no publicado. Unidad de Psicología Forense, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2007). La posible simulación de la víctima. Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el sistema de evaluación global.

- En P. Rivas y G. L. Barrios (Dir.), *Violencia de género: Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (pp. 357-367). Navarra: Thomson Aranzadi.
- Arce, R., y Fariña, F. (2008). *Construcción y validación de un sistema categorial metódico de realidad para casos de violencia de género*. Inédito, Unidad de Psicología Forense, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2009). Evaluación psicológica forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el sistema de evaluación global. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 147-168). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., y Novo, M. (2006). Evaluación del año moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2), 278-283.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21(2), 241-247.
- Arce, R., Fariña, F., y Freire, M. J. (2002). Contrastando la generalización de los métodos empíricos de la detección de engaño. *Psicología: Teoría, Investigación e Práctica*, 7(2), 71-86.
- Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2010). Contraste de la efectividad del CBCA en la evaluación de la credibilidad en casos de violencia de género. *Intervención psicosocial*, 19(2), 109-119.
- Arce, R., Fariña, F., y Vivero, A. (2007). Estudio exploratorio de la efectividad de las técnicas de análisis de contenido de las declaraciones en casos de violencia de género. En C. Guillén y R. Guil (Coords.), *Psicología social: Un encuentro de perspectivas* (pp. 590-604). Cádiz: Asociación de Profesionales de la Psicología Social.
- Arce, R., Novo, M., y Alfaro, A. (2000). La obtención de la declaración en menores y discapacitados. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (Eds.), *Aplicaciones en Psicología Social* (pp. 147-151). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., Seijo, D., y Rodríguez, M. J. (2005). Falsas alarmas de los criterios de realidad en delitos de agresiones sexuales e intimidación en muestras de adultos. En J. Sobral, G. Serrano y J. Regueiro (Comps.), *Psicología jurídica, de la violencia y de género* (pp. 31-43). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., Vilariño, M., y Alonso, M. A. (2008, Diciembre). *Estudio de sentencias de violencia de género con menores implicados: Carga de la prueba y decisiones sobre menores*. I

Congreso Multidisciplinar sobre Interferencias Parentales tras la Ruptura de Pareja, Santiago de Compostela.

- Astudillo, G. (2013). La prueba pericial psicológica en el proceso de la violencia de género desde la perspectiva del ordenamiento jurídico español. En A. Figueruelo, M. Pozo, M. León (Dir.), y A. Gallardo (Coord.). *Violencia de género e igualdad. Una cuestión de derechos humanos* (pp. 295-302). Granada: Comares.
- Baldry, A. C., y Winkel, F. W. (2004). Mental and physical health of Italian youngsters directly and indirectly victimized at school and at home. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 77-91.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G., y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275.
- Barrere, M. A. (2004). De la acción positiva a la "discriminación positiva" en el proceso legislativo español. *Jueces para la democracia*, 51, 26-33.
- Bashore, T. R., y Rapp, P. E. (1993). Are There Alternatives to Traditional Polygraph Procedures? *Psychological Bulletin*, 113, 3-22.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberger, B.M., Malta, L. S., Kuhn, E., y Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after crash. *Behavior Research and therapy*, 42, 569-583.
- Blandon-Gitlin, I., Pezdek, K., Rogers, R., y Brodie, L. (2005). The effects of event familiarity on criterion-based content analysis ratings: *An experimental study*. *Law and Human Behavior*, 29, 187-197.
- Bembibre, J., e Higuera, L. (2010). A vueltas con el error de Otelo: aplicación del modelo de control de fuentes a la credibilidad del testimonio y su afectación por la carga emocional. *Psicothema*, 22(1), 125-130.
- Ben-Shakhar, G. (2002). A critical review of the control question test. En M. Kleiner (Ed.), *Handbook of polygraph testing* (pp. 103-126). New York: Academic Press.
- Bensi, L., Gambetti, E., Nori, R., y Giusberti, F. (2009). Discerning truth from deception: the sincere witness profile. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(1), 101-121.
- Bergström, Z. M., Anderson, M. C., Buda, M., Simons, J. S., y Richardson-Klavehn, A. (2013). Intentional retrieval suppression can conceal guilty knowledge in ERP memory detection tests. *Biological Psychology*, 94, 1-11.

- Bermúdez, M. P., Matud, M.P., y Navarro, L. (2009). Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Ed.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 109-118). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Böhm, C., y Steller, M. (2008). Testimonio y trastorno límite de personalidad. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno judicial y delincuencia* (pp. 135-147). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Bonachera, R. (2009). Declaración de la víctima de violencia de género como prueba de cargo. En F. Expósito (Coord.), *Libro de Resúmenes. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense*. Granada: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brooks, N. (1995). Compensation for psychological injury. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal context* (pp. 427-444). Chichester: John Wiley and Sons.
- Brown, L., Sherbenou, R., y Johnsen, S. (1995). *Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Buela-Casal, G. (2010). Método y procedimiento de la evaluación psicológica forense para un peritaje psicológico forense en el proceso penal. En J. C. Sierra, E. V. Jiménez, y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 131-147). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela-Casal, G. (2014, Julio). La psicofisiología forense: técnicas y aplicaciones. En G. Buela-Casal (Director), *Criminología y Psicología Forense*. Conferencia presentada en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Riveira, A Coruña.
- Bull, R. (2004). Training to detect deception from behavioral cues: Attempts and problems. En P. A. Granhag y L. A. Strömwall (Eds.), *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 251-268). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bull, R., Baron, H., Gudjonsson, G., Hampson, S., Rippon, G., y Vrij, A. (2004). *A review of the current scientific status and fields of application of polygraphic deception*. Londres: British Psychological Society.
- Cabrero, E. M. (2013). El trastorno por estrés postraumático, procedimiento del peritaje psicológico e instrumentos de evaluación pericial psicológica en víctimas con trastornos de estrés postraumático. En A. Figueruelo, M. Pozo, M. León (Dirs.), y A.

- Gallardo (Coord.). *Violencia de género e igualdad. Una cuestión de derechos humanos* (pp. 303-312). Granada: Comares.
- Calcedo, A. (2000). Evaluación forense. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo, y M.P. González (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 287-299). Barcelona: Masson.
- Calcedo, A. (2003). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo, y M. P. González (Dir.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 1-18). Barcelona: Masson.
- Calvo, M. (2008). *El tratamiento de la violencia doméstica en la administración de justicia*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campos, L., y Alonso-Quecuty, M. L. (1999). The cognitive interview: Much more than simply "try again". *Psychology, Crime and Law*, 5, 47-59.
- Carballal, A. (2009). *Evaluación forense de la huella psíquica como prueba de cargo en casos de víctimas de violencia de género*. Tesis doctoral no publicada, Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela.
- Carrasco, J. J., y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Castillejo, R. (2008). La tutela judicial en la Ley Gallega para la prevención y tratamiento integral de la violencia, *Revista de Derecho Penal*, 24, 43-71.
- Castillejo, R. (2009). Intervención legal en violencia de género. En F. Fariña, R. Arce, y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp.39-59). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K. S., y Cattell, H. E. P. (1997). *16 PF-5*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Centro Reina Sofía (2010). *Mujeres maltratadas por su pareja*. Descargado el 16 de marzo de 2014 de <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST006-3282.pdf>.
- Comas, M. (2007). Presentación. En M. P. Rivas y G. L. Barrios (Eds.), *Violencia de género. Perspectiva Multidisplinar y Práctica Forense* (pp. 39-44). Navarra: Aranzadi.
- Consejo General del Poder Judicial (2014). *Informe sobre violencia de género*. Descargado el 25 de agosto de 2014 de http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder_Judicial/En_Portada/Solo_once_de_las_54_mujeres_muertas_por_violencia_de_genero_en_2013_habian_presentado_denuncia.

- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Un mirada interdisciplinar sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Creamer, M., Burgess, P., y Mcfarlane, A. C. (2001). Posttraumatic stress disorder: Findings from de Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Cubells, J., Calsamiglia, A., y Albertín, P. (2010). El ejercicio profesional en el abordaje de la violencia de género en el ámbito jurídico-penal: un análisis psicosocial. *Anales de psicología*, 26(1), 369-377.
- Cunnen, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press.
- Curiel, A. M. (2006). Maltrato y suicidio. En C. García, R. López, y A. M. Curiel (Eds.), *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 87-96). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Davatzikos, C., Ruparel, K., Fan, Y., Shen, D. G., Acharyya, M., Loughhead, J. W., Gur, R. C., y Langleben, D. D. (2005). Classifying spatial patterns of brain activity with machine learning methods: Application to lie detection. *Neuroimage*, 28, 663–668.
- Davidson, J. (2000). Trauma: impact of post-traumatic stress disorder. *Journal Psychopharmacol*, 14, 5-12.
- De la Cuesta, P. M. (2013). Machismo y Violencia. El concepto de "violencia de género penal". En R. Castillejo (Dir.) y C. Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 57-66). Universidade de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Del Moral, G. (2004). Aspectos penales de la violencia doméstica. La actuación del ministerio fiscal. En I. Montalbán (Dir.), *Encuentros "Violencia doméstica"* (pp. 455-523). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Denkers, A. J. M., y Winkel, F. W. (1998). The social and personal influence of positive beliefs on coping with direct and indirect victimization. En J. Boros, I. Münnich y M. Szegezi (Eds.), *Psychology and criminal justice. Internacional review of theory and practice* (pp. 354-365). Berlin: Walter de Gruyter.
- DePaulo, B. M., Charlton, K., Cooper, H., Lindsay, J. J., y Muhlenbruck, L. (1997). The accuracy-confidence correlation in the detection of deception. *Personality and Social Psychology Review*, 1(4), 346-357.

- DePaulo, B. M., Lindsay, J. J., Malone, B. E., Muhlenbruck, L., Charlton, K., y Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129(1), 74-118.
- DePaulo, B. M., y Morris, W. (2004). Cues to deception and indirect lie detection. En P. A. Granhag y L. A. Strömwall (Eds.), *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 15-40). Cambridge: Cambridge University Press.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21 (4), 1191- 1242.
- Dutton, D. G., y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.
- Eaton, W. O., McKeen, N. A., y Campbell, D. W. (2001). The waxing and waning of movement: implications for psychological development. *Developmental Review*, 21, 205-223.
- Echeburúa, E., y Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica contra los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 117-121.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2003). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of the violent crimes. *Psychology in Spain*, 7(1), 10-18.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral, A. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja? Un análisis comparativo. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382
- Echeburúa, E., Muñoz, J., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos del futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159.
- Echeburúa, E., y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.

- Edelson, J.L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839-870.
- Ellsberg, M. C., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H., y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO-multicauntry study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet, 371*, 1165-1172.
- Esbec, C. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. En E. Esbec y G. Gómez- Jarabo (Eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 111-254). Madrid: Edisofer.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Fariña, F., Arce, R., Seijo, D., y Novo, M. (2010). *Prevención e intervención en violencia de género y familiar*. Santiago de Compostela: NINO-Centro de Impresión Dixital.
- Farwell, L. A., y Donchin, E. (1991). The truth will out: interrogative polygraphy («Lie Detection») with event-related brain potentials. *Psychophysiology, 28*, 531-7.
- Farwell L. A., Richardson G. M., y Richardom, G. M. (2012). Brain Fingerprinting field studies comparing P300-Mermer and P300 brainwave responses in the detection of concealed information. *Cogn Neurodyn, 7*(4), 263-299.
- Farwell, L. A., y Smith, S. S. (2001). Using brain MERMER testing to detect knowledge despite efforts to conceal. *Journal of Forensic Sciences, 46*, 135-143.
- Fernández, E., Espino, R., Aguilera, M., Pablo, M. D., Galán, C. J., y Precio, J. M. (2008). Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctimas y agresor. *Emergencias, 20*, 164-172.
- Fernández, J., y Solé, A. M. (2011). *El impacto de la mediación en los casos de violencia de género: Un enfoque actual y práctico*. Valladolid: LexNova.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de la personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema, 20*(2), 193-198.
- Ferreiro, X. (2005). *La víctima en el proceso penal*. Madrid: La Ley.
- Ferrer, V. A., y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología, 21*(1), 1-10.

- Field, C. A., Caetano, R., y Nelson, S. (2004). Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *Journal of Family Violence, 19*(4), 249-253.
- Fisher, R. P., y Geiselman, R. E. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interview*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato en la pareja contra las mujeres. *Psicothema, 17* (1), 90- 95.
- Frank, M. G., y Feeley, T. H. (2003). To catch a liar: Challenges for research in lie detection training. *Journal of Applied Communication Research, 31*(1), 58-75.
- Freixes, T. (2001). Las normas de prevención de la violencia de género: Reflexiones en torno al Marco Internacional y Europeo. *Artículo 14, una perspectiva de género: Boletín de información y análisis jurídico, 6*, 4-18.
- García, C., López, R., y Curiel, A. (2006). *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Garrido, E., Masip J., y Herrero M^a. C. (2006). *Psicología jurídica*. Madrid: Pearson Education.
- Gödert, H. W., Gamer, M., Rill, H. G., y Vossel, G. (2005). Statement validity assessment: Inter-rater reliability of criteria-based content analysis in the mock-crime paradigm. *Legal and Criminological Psychology, 10*, 225- 245.
- Godoy-Cervera, V., e Higuera, L. (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del psicólogo, 26*, 92-108.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14* (2), 99-132.
- González, H., y Pérez, M (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza D. L.
- Gortner, E., Gollan, J., y Jacobson, N. (1997). Aspectos psicológicos en agresores domésticos y su relación con la víctima. *The Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 337-352.
- Green, J.D., y Paxton, J. M. (2009). Patterns of neural activity associated with honest and dishonest moral decisions. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106* (30), 12506-12511.
- Gronau, N., Ben-Shakhar, G., y Cohen, A. (2005). Behavioral and physiological measures in the detection of concealed information. *Journal of Applied Psychology, 90*, 147-158.

- Guggisberg, M. (2009). When Intimate Partner Violence Results in Women Opting for Retaliation. *Clepsydra: European Journal for Gender Studies and Feminist Theory*, 8, 129-138.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Heise, L., y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp. 96-131). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Hirigoyen, J. (2006). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., y Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Ibáñez, J. (2009). *Psicología e investigación criminal: el testimonio*. Madrid: Dikynson.
- Jiménez, E., y Bunce, D. (2010). Informe psicológico. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez, y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 148-153). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Johnson, M. K., y Raye, C. L. (1981). Reality Monitoring. *Psychological Review*, 88, 67-85.
- Johnson, M., y Rosenfeld, J. P. (1992). Oddball-evoked P300-based method of deception detection in the laboratory II: Utilization of non-selective activation of relevant knowledge. *International Journal of Psychophysiology*, 12, 289-306.
- Kassin, S. M. (2004). True or false: "I'd know a false confession if I saw one". En P. A. Granhag y L. A. Strömwall (Eds.), *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 172-194). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Köhnken, G., Milne, R., Memon, A., y Bull, R. (1999). The cognitive interview: A meta-analysis. *Psychology, Crime and Law*, 5, 3-27.
- Köhnken, G., Schimossek, E., Aschermann, E., y Höfer, E. (1995). The cognitive interview and the assessment of the credibility of adults' statements. *Journal of Applied Cognitive Psychology*, 80, 671-684.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., y Zwi, A. B. (2002). *World Report on violence and health*. Ginebra: WHO.

- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 1(22), 99-105.
- Labrador, F. J., Rincón, P., Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Landrove, G. (1998). *La moderna victimología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Larrauri, E. (2007). *Criminología crítica y violencia de género*. Madrid: Trotta.
- Larrauri, E. (2008). *Mujeres y sistema penal. Violencia doméstica*. Montevideo: B de F.
- Laurenzo, P. (2005). La violencia de género en la Ley Integral. Valoración político-criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 7, 1-23. Descargado el 13 de Mayo de 2014 de, <http://criminet.ugr.es/recpc07-08.pdf>.
- Laurenzo, P. (Coord.) (2010). *La Violencia de Género en la Ley. Reflexiones sobre veinte años de experiencia en España*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Laurenzo, P. (2013). Apuntes sobre el feminicidio. En R. Castillejo (Dir.), y C.Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 109-130). Universidad de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Lee, Z., Klaver, J. R., y Hart, S. D. (2008). Psychopathy and verbal indicators of deception in offenders. *Psychology, Crime and Law*, 14 (1), 73-84.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, 42166-22197. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. *Boletín Oficial de Estado*, 226, 38298-38309. Recuperado de file:///C:/Users/Lucia/Downloads/GALlei_violencia_galicia.pdf
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lorente, M., y Lorente, J.A. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Loxton, D., Schofield, M., y Hussain, R. (2006). Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1092-1107.
- Maqueda, M. L. (2009). 1989-2009: Veinte años de "desencuentros" entre la Ley Penal y la realidad de la violencia de pareja. *REDUR*, 7, 25-35.
- Márquez, L. F. (2013). Valoración pericial psiquiátrica y víctimas de violencia de género. En M. Sol, y Vázquez-Portomeñe (Dirs.), *La violencia de género. Aspectos médico-legales y jurídico-penales* (pp. 53-94). Valencia: Tirant lo blanch.

- Martín, J.J. (2009). Evolución histórica en nuestro derecho: de la violencia intrafamiliar a la violencia de género. En F. Fariña, R. Arce, y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 19-38). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, E. (2008). *La tutela judicial de la violencia de género*. Madrid: Iustel.
- Masip, J. (2002). *La evaluación de la credibilidad del testimonio a partir de los índices conductuales en el contexto jurídico penal*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca.
- Masip, J. (2005). ¿Se pillá antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no-verbal del engaño. *Papeles del Psicólogo*, 25, 78-91.
- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltrada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Mawby, R. I., y Walklate, S. (1994). *Critical victimology: International perspectives*. Londres: Sage.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4(2), 174-189.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the Longitudinal Course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 15-20.
- Meijer, E. H., Smulders, F. T. Y., Merckelbach, H. L. G. J., y Wolf, A. G. (2007). The P300 is sensitive to concealed face recognition. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 231-237.
- Mertens, R., y Allen, J. J. B. (2008). The role of psychophysiology in forensic assessments: Deception detection, ERPs, and virtual reality mock crime scenarios. *Psychophysiology*, 45, 286-298.
- Meixner, J., y Labkovsky, E. (2013). P900: a putative novel ERP component that indexes countermeasure use in the P300-based concealed information test. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 38(2), 121-132.
- Mikkelsen, E., Guthel, T., y Emens, M. (1992). False sexual abuse allegations by children and adolescents: Contextual factors and clinical subtypes. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 556-570.
- Milner, J. S., y Crouch, J. L. (2004). El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (Coord.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 195-203). Barcelona: Ariel.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Macroencuesta de violencia de género 2011: Principales resultados*. Descargado el 12 de agosto de 2014 de <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=299>.
- Mirat, P., y Armendáriz, C. (2006). *Violencia de género versus violencia doméstica: consecuencias jurídico-penales*. Madrid: Grupo difusión.
- Morris, R. A. (1994). La admisibilidad de pruebas derivadas de la hipnosis y el polígrafo. En D. C. Raskin (Ed.), *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales* (pp. 281-295). Bilbao: Desclee de Brouwer (Trabajo original publicado en 1989).
- Muellemann, R. L., Lenaghan, P. A., y Pakieser, R. A. (1996). Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 486-492.
- Novo, M., y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: Aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 63-74). Madrid: Biblioteca Nueva.
- O'Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Snow, A., Gielen, A., Dienemann, J., y Campbell, J. (2006). Depression, PTSD and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 99-110.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., y Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A. W. Kane y K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 70-84). Nueva York: Springer-Verlag.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., y Pattinson, P. (2004). PTSD and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal Psychiatry*, 161, 1-7.
- O'Learly, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14 (1), 3-23.
- Orava, T. A., McLeod, P. J., y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive, symptomatology, and self-esteem in women in transition from abuse relationship. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Ordóñez, L., y Regueira, A. (2013). La violencia de género en Galicia: estudio médico-legal. En M. Sol, y F. Vázquez-Portomeñe (Dir.), *La violencia de género. Aspectos médico-legales y jurídico-penales* (pp. 133-152). Valencia: Tirant lo blanch.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: Resumen del informe*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Orós, M. (2007). Intervención de la medicina forense. En M.P. Rivas y G.L. Barrios (Dir.), *Violencia de género. Perspectiva multidisciplinar y práctica de forense* (pp. 169-190). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre la violencia de género*. Barcelona: Bellaterra.
- Osuna, E. (2009). Aspectos clínicos y médicos-legales de la violencia de género. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 169-190). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parker, A. D., y Brown, J. (2002). Detection of deception: Statement Validity Analysis as a means of determining truthfulness or falsity of rape allegations. *Legal and Criminological Psychology*, 5, 237-259.
- Pérez, F., y Bernabé, B. (2012). Las denuncias falsas en casos de violencia de género: ¿Mito o Realidad? *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 37-46.
- Pitch, T. (2003). *Un derecho para dos: la construcción jurídica de género, sexo y sexualidad*. Madrid: Trotta.
- Porter, S., y Juille, J. C. (1996). The language of deceit: An investigation of the verbal clues in the interrogation context. *Law and Human Behavior*, 20, 443-458.
- Queipo, D. (2006). Aspectos médico legales del maltrato. En C. García, R. López y A. M. Curiel. *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 61-67). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Raskin, D. C., y Steller, M. (1989). Assessing credibility of allegations of child sexual abuse: Polygraph examinations and statement analysis. En H. Wegener, F. Lösel y J. Haisch (Eds.), *Criminal behaviour and the justice system: Psychological perspectives* (pp. 290-302). Heidelberg: Springer-Verlag.

- Redondo, N., Graña, J. L., y González, L. (2009). Características sociodemográficas y delictivas de maltratadores en tratamiento psicológico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 49-61.
- Ribas, E. R. (2008). *Violencia de género y violencia doméstica*. Valencia: Tirant lo blanch.
- Riggs, D., Caufield, M., y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316.
- Ríos, J. C., Pascual, E., Bibiano, A., y Segovia, J. L. (2008). *La mediación penitenciaria. Experiencias de diálogo en el sistema penal para la reducción de la violencia y el sufrimiento humano* (2ª ed.). Madrid: COLEX.
- Rojas, M. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rosenfeld, J. P. (2009). Foreword and overview. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 145-148.
- Rosenfeld, J. P. (2011). P300 in detecting concealed information. En B. Verschuere, G. Ben-shakhar y E. Meijer (Eds.), *Memory Detection. Theory and Application of the Concealed Information Test* (pp. 63-90). Cambridge University.
- Rosenfeld, J. P., Angell, A., Johnson, M., y Qian, J. H. E. (1991) An ERP-Based, Control-Question Lie Detector Analog: Algorithms for Discriminating Effects Within Individuals Average Waveforms. *Psychophysiology*, 28, 319-35.
- Rosenfeld, J. P., Biroshak, J. R., Kleschen, M. J., y Smith, K. M. (2005). Subjective and objective probability effects on P300 amplitude revisited. *Psychophysiology*, 42, 356–359.
- Rosenfeld, J. P., Labkovsky, L., Winograd, M., Lui, M. A., Vandenboom, C., y Chedid, E. (2008). The Complex Trial Protocol (CTP): a new, countermeasure-resistant, accurate, P300-based method for detection of concealed information. *Psychophysiology*, 45, 906–919.
- Rosenfeld, J. P., Soskins, M., Bosh, G., y Ryan, A. (2004). Simple, effective countermeasures to P300-based tests of detection of concealed information. *Psychophysiology*, 41, 205-219.
- Sangrador, J. L. (1986). La victimología y el sistema jurídico penal. En F. Burillo y M. Clemente (Eds.), *Psicología social y sistema penal* (pp. 61-90). Madrid: Alianza.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Sans, M., y Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104-109.

- Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Schiebe, S., Bagby, R. M., Miller, L. S., y Dorian, B. J. (2001). Assessing posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 13(3), 369-374.
- Schnurr, P. (2010). PTSD, 30 years on. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 220-240.
- Schollemberger, J., Campbell, J., Sharps, P.W., O'Campo, P., Gielen, A. C., Dienermann, J., y Kub, J. (2003). African American HMO enrollees. Theirs experiences with partner abuse and its effect on their health and use of medical services. *Violence Against Women*, 9, 599-618.
- Sierra, J. C., Jiménez, E. M^a., y Bunce, D. (2006). Técnicas de evaluación en psicología jurídica y forense. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buela-Casal (Eds.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 485-525). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Soria, M. A. (2006). La Psicología criminal: desarrollo conceptual y ámbitos de aplicación. En M. A. Soria y D. Sáiz (Coords.). *Psicología criminal* (pp. 25-58). Madrid: Pearson.
- Spence, S. A., Kaylor-Hughes, C. J., Farrow, T. F. D., y Wilkinson, I. D. (2008). Speaking of secrets and lies: The contribution of ventrolateral prefrontal cortex to vocal deception. *NeuroImage*, 40, 1411-1418.
- Sporer, S. L. (1997). The less travelled road to truth: Verbal cues in deception detection in accounts of fabricated and self-experienced events. *Applied Cognitive Psychology*, 11, 373-397.
- Sporer, S. L., y Schwandt, B. (2007). Moderators of nonverbal indicators of deception. A meta-analytic synthesis. *Psychology, Public Policy, and Law*, 13(1), 421-446.
- Steller, M. (1989). Recent developments in statement analysis. En J. C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 135-154). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Steller, M., y Boychuck, T. (1992). Children as witness in sexual abuse cases: Investigative interview and assessment techniques. En H. Dent y R. Flin (Eds.), *Children as witness*. Chichester: Wiley and Sons.
- Steller, M., y Köhnken, G. (1994). Análisis de declaraciones basados en criterios. En D. C. Raskin (Ed.), *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales* (pp. 217-245). Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1989).
- Swenson, L. C. (1997). *Psychology and law for the helping professions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.

- Torrado, C. (2013). Violencia doméstica versus violencia de género: transitando por el universo psico-jurídico. En R. Castillejo (Dir.) y C. Alonso (Coord.), *Violencia de género y Justicia* (pp. 67-88). Universidade de Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Tye, M. J. C., Amato, S. L., Honts, C.R., Deveitt, M. K., y Peters, D. (1999). The willingness of children to lie and the assessment of credibility in an ecologically relevant laboratory setting. *Applied Developmental Science*, 3, 92-109.
- United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Viena: United Nations Publications.
- United Nations, y United Nations Office on Drugs. (2006). *Compendium of united nations standards and norms in crime prevention and criminal justice*. Viena, Austria: United Nations Publications
- Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der glaubhaftigkeit von zeugenaussagen. En U. Undeutsch (Ed.), *Handbuch der psychologie, Vol. II: Forensische psychologie* (pp. 26-181). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Vaccarezza, L. (2007). Sobre el concepto de los malos tratos. En M. P. Rivas y G. L. Barrios (Eds.), *Violencia de género. Perspectiva Multidisciplinar y Práctica Forense* (pp. 53-81). Navarra: Aranzadi.
- Valverde, M. J., Ruiz, J. A., y Llor, B. (2013). Valoración de la credibilidad del testimonio: aplicación del modelo Reality Monitoring. *Revista Internacional de Psicología*, 12(2), 1-30.
- Vázquez-Portomeñe, F. (2013). Posibilidades y límites de la aplicación de la mediación penal en casos de violencia de género. En M. Sol y F. Vázquez-Portomeñe (Dir.), *La violencia de género. Aspectos médico-legales y jurídico-penales* (pp. 311-332). Valencia: Tirant lo blanch.
- Vázquez, F., Torres, A., Otero, P., Blanco, V., y López, M. (2010). Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema*, 22, 196-201.
- Verschuere, B., Crombez, G., De Clercq, A., y Koster, E. H. W. (2004). Autonomic and behavioral responding to concealed information: Differentiating orienting and defensive responses. *Psychophysiology*, 41, 461-466.
- Vilariño, M. (2010). *¿Es posible discriminar declaraciones reales de imaginadas y huella psíquica real simulada en casos de violencia de género?* Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.

- Vilariño, M., Fariña, F., y Arce, R. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury of gender violence: validating a protocol for forensic settings. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 221-243.
- Vilariño, M., Formosinho, M., y Cardoso, P. R. (2012). La intervención del psicólogo forense en la obtención y evaluación de la credibilidad del testimonio. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 541-548.
- Vilariño, M., Novo, M., y Seijo, D. (2011). Estudio de la eficacia de las categorías de realidad del testimonio del Sistema de Evaluación Global (SEG) en casos de violencia de género. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(1), 1-26.
- Vives, C., Álvarez, C., Gil, D., Torrubiano, J., Rohlf, I., y Escriba, V. (2009). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410-414.
- Vives, C., Carrasco, M., y Álvarez, C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 298-305.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit*. Chichester: Wiley.
- Vrij, A. (2005). Criteria-based content analysis: A qualitative review of the first 37 studies. *Psychology, Public Policy and Law*, 11, 3-41.
- Vrij, A. (2008). *Detecting lies and deceit: Pitfalls and opportunities*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Vrij, A., Akehurst, L., Soukara, S., y Bull, R. (2002). Will the truth come out? The effect of deception, age, status, coaching and social skills on CBCA scores. *Law and Human Behavior*, 26, 261-283.
- Vrij, A., Mann, S., y Fisher, R. P. (2006). An empirical test of the Behaviour Analysis Interview. *Law and Human Behavior*, 30, 329-345.
- Vul, E., Harris, C., Winkielman, P., y Plasher, H. (2009). Puzzlingly High Correlations in fMRI Studies of Emotion, Personality, and Social Cognition. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 274-290.
- Walker, L. E. (1991). Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21-29.
- Walker, L. (2004). *El laberinto de la violencia*. España: Editorial Ariel.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey, y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (vol. 1) (pp. 567-634). Hillsdale, N. J.: LEA.

- Wicker, A. W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.
- Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D., y Campbell, J. C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship so intimate partner violence and IFN-levels. *American Journal of Community Psychology*, 36, 159-175.
- Yuille, J. C. (1988). The systematic assessment of children's testimony. *Canadian Psychology*, 29, 247-262.
- Zhou, L., Yang, W., Liao, S., y Zou, H. (1999). Experimental study of lie detection with P300 in simulated crime. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 7, 31-3.

ANEXOS