

# Neuropsicología Forense en Víctimas de Violencia de Género

Tesis Doctoral  
Junio, 2017

*Maribel Marín Torices*



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Granada.

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

**PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

---



# **UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**TESIS DOCTORAL**

**NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE  
GÉNERO**

**DOCTORANDA: M<sup>a</sup> ISABEL MARÍN TORICES**

**DIRECTOR: MIGUEL PÉREZ GARCÍA**

**DIRECTORA: NATALIA HIDALGO RUZZANTE**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autora: María Isabel Marín Torices  
ISBN: 978-84-9163-490-4  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/48268>

# **Agradecimientos**



Este proyecto comenzó hace ya algún tiempo, un largo camino, lleno de buenos y malos momentos, pero donde la ilusión no ha faltado. Un trabajo duro, muy enriquecedor y lleno de fantásticas anécdotas. Y aunque el último año haya sido excesivamente complicado, hoy por fin puedo decir que he cumplido mi sueño.

Por todo lo que este proceso ha supuesto, ha llegado el momento de agradecer a todos aquellos que han formado parte de él.

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento al Dr. Miguel Pérez, mi director. Es difícil resumir en estas líneas todo lo que puedo decir de él. Su disponibilidad, su dedicación sin límites, su positivismo, ... un director excepcional y hoy también, un gran amigo. Ha sido mucho lo que hemos compartido. Gracias Miguel.

A mi directora, la Dra. Natalia Hidalgo. No han sido pocos los momentos en los que te he podido generar gran cantidad de estrés y presión. Como bien decimos en este trabajo, nada saludable. Gracias Natalia, porque has sabido manejarlo y siempre acababas con tu mensaje de *“ánimo y fuerza”* junto con tu apoyo y confianza depositada en mí.

A Julia, gracias por tu colaboración y tu sonrisa.

Mi más sincero agradecimiento a la Asociación de Mujeres “ACTIVA”, por haber participado en nuestro trabajo de investigación. Gracias, porque gracias a vosotras, otras mujeres se van a poder beneficiar de los avances en la investigación de la violencia.

A mis amigos y amigas, por su confianza y espera.

A todos aquellos que de una forma u otra han contribuido para que este proyecto salga adelante. Y como no, también a todos aquellos que han podido dificultarlo. Sin ellos tampoco habría sido posible. Gracias.

A ti, gracias por haber compartido conmigo tantos momentos, por haberme mostrado siempre tu apoyo y confianza en este proyecto.

A mis niñas, Laura y Marina, mis grandes tesoros. Sin vosotras este trabajo habría sido aún más difícil. Ese apoyo incondicional, esas muestras de cariño continuas y alentadoras. Cuantas veces me habéis dicho: *“ánimo mami, tú puedes, ... muy bien, ya queda menos”*. Juntas lo hemos conseguido.

...Y a ti mamá



**ÍNDICE GENERAL**

|   |    |
|---|----|
| PRESENTACIÓN.....   | 9  |
| RESUMEN.. .....   | 15 |
| 1.INTRODUCCIÓN.....   | 21 |
| Capítulo 1. Violencia de género.....  | 23 |
| 1.1 Conceptualización de la violencia de género.....  | 25 |
| 1.2 Datos demográficos y estadísticos de la violencia de género.....  | 27 |
| 1.3 El Ciclo de la violencia y el modelo del laberinto patriarcal.....  | 31 |
| 1.4 Falsos mitos sobre la violencia de género.....  | 36 |
| Capítulo 2: Secuelas Físicas y Psicológicas del maltrato.....   | 41 |
| 2.1 Secuelas físicas en mujeres víctimas de violencia de género.....  | 44 |
| 2.2 Secuelas psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género.....   | 45 |
| 2.3 Secuelas neuropsicológicas en mujeres víctimas de violencia de género.....  | 47 |
| Capítulo 3: Psicología Forense en mujeres víctimas de violencia de género.....  | 51 |
| 3.1 Psicología forense.....   | 53 |
| 3.2 Evaluación psicológica forense en casos de violencia de género.....   | 58 |
| Capítulo 4: Neuropsicología Forense en mujeres víctimas de violencia de género.....   | 63 |
| 4.1 Neuropsicología forense: definición y objeto de estudio.....  | 65 |
| 4.2 Evaluación neuropsicológica forense y su aplicación en víctimas de violencia de género.....   | 67 |
| 4.3 Evaluación neuropsicológica forense del esfuerzo o simulación y su aplicación en mujeres víctimas de violencia de género .....                | 71 |
| 2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....   | 75 |
| Capítulo 5: Justificación y objetivos de la tesis.....  | 77 |
| 5.1. Justificación.....   | 79 |
| 5.2 Objetivos específicos e hipótesis .....   | 79 |
| 5.2.1 Conocer cómo se comportan diferentes pruebas de bajo esfuerzo/disimulación en una población de mujeres víctimas de violencia de género..... | 79 |



|   |     |
|---|-----|
| 5.2.2 Mostrar la aplicación de la Neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en casos de violencia de género.....  | 80  |
| 3. MEMORIA DE TRABAJOS .....  | 83  |
| Capítulo 6. Estudio 1: <i>Validation of neuropsychological consequences in Victims of Intimate Partner Violence in a Spanish Population using specific effort tests</i> ..... | 85  |
| Capítulo 7. Estudio 2: <i>Neuropsicología forense en un caso de violencia de género</i> .....   | 103 |
| 4. DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS.....  | 125 |
| Capítulo 8: Discusión general, conclusiones y perspectivas futuras .....  | 127 |
| 8.1. Discusión general.....   | 129 |
| 8.1.1. Implicaciones teóricas de la presente investigación.....   | 129 |
| 8.1.2. Implicaciones prácticas de la presente investigación.....  | 130 |
| 8.2. Conclusiones.....  | 131 |
| 8.3. Líneas futuras de investigación.....   | 132 |
| Referencias.....  | 135 |
| ANEXOS.....   | 163 |
| Anexo I.....  | 165 |
| Anexo II.....   | 183 |

# Presentación

*“No te rindas, por favor no cedas,  
Aunque el frío queme,  
Aunque el miedo muerda,  
Aunque el sol se esconda  
Y se calle el viento,  
Aún hay fuego en tu alma  
Aún hay vida en tus sueños”*

*Mario Benedetti*



La evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género ha experimentado un avance recientemente, siendo diversos los estudios que han demostrado que las mujeres que padecen violencia a manos de sus parejas o ex parejas tienen importantes secuelas tanto en su salud física, mental y social, como a nivel neuropsicológico (García-Moreno, 2005; Sanmartín et al., 2010; Valera & Berenbaum, 2003; Little et al., 2010; Aupperle et al., 2012; Ivany & Schminkey, 2016). En los últimos años, se han realizado estudios a nivel internacional cuyas conclusiones coinciden claramente en afirmar que las mujeres que han sido víctimas de violencia de género tanto física como psicológica, muestran secuelas graves a nivel neuropsicológico. Este tipo de secuelas, pueden estar ocasionadas por múltiples factores vinculados a la violencia sufrida, como la pérdida de conciencia (Jackson et al, 2002; Monahan & O`Leary, 1999), el estrés postraumático (Aupperle et al., 2012; Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Twamley et al., 2009; Valera & Berenbaum, 2003) y el trauma cerebral consecuente a los impactos en la cabeza o la estrangulación (Wong, Fong, Lai, & Tiwari, 2014). En cuanto a los hallazgos cognitivos, son escasísimos los trabajos que han estudiado como el maltrato puede afectar al cerebro. Los estudios encontrados sobre la prevalencia de déficits neuropsicológicos, muestran dificultades cognitivas graves que tienen una clara relación con el funcionamiento cotidiano actual de las mujeres, como trastornos de memoria, atención y concentración (dificultades de concentración, de recuerdo de acontecimientos cotidianos, atención dividida y atención sostenida), habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, fluidez y función ejecutiva (toma de decisiones e inhibición de respuesta) concurrentes tras las situaciones de maltrato físico (Browne, 1993; Jackson, Philip, Nuttall, & Diller, 2002; Stein, Kennedy, & Twamley, 2002; Twamley et al., 2009; Valera, & Berenbaum, 2003; Ivany & Schminkey, 2016; Zieman, Bridwell & Cardenas, 2016).

La evaluación de estas secuelas en el ámbito judicial, es decir, la evaluación del daño psíquico (el “quantum doloris”) sufrido en las víctimas es importante para planificar el tratamiento, así como para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral (Echeburúa, Corral & Amor, 2004). El daño psicológico se refiere, por un lado, a las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, y por otro, a las secuelas que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (Esbec, 1994). Identificado el daño psíquico o huella psíquica de la violencia de género, el siguiente paso es su medida. Pero esta medida no es asumible en los términos clínicos ordinarios. De hecho, la evaluación clínica tradicional nunca ha diagnosticado simulación porque no la sospecha (Rogers, 1997), algo que, si debe desconfiarse y, por tanto, someterse a prueba en el contexto médico legal (American Psychiatric Association, 2000). Si bien, el porcentaje de denuncias falsas es mínimo y oscila en el 0,006% (Fiscalía General del Estado, 2015), hasta donde nosotros conocemos no existen estudios que referencien simulación en esta población, resultando imprescindible validar los síntomas encontrados en la evaluación neuropsicológica forense con pruebas de esfuerzo/ simulación.

Resulta necesario tener referencia del rendimiento neuropsicológico de víctimas de violencia de género, así como de su rendimiento en pruebas de bajo esfuerzo/disimulación para obtener una evaluación neuropsicológica adaptada al contexto forense.

La hipótesis principal del presente estudio propone que las mujeres víctimas de violencia de género presentan alteraciones neuropsicológicas, y que estas alteraciones deben ser evaluadas ya que tienen una repercusión en contextos forenses (Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011; Valera, y Berenbaum, 2003; Ivany, 2016; O’Sullivan, 2015; Neumeiste et al., 2016). Consideramos que el desarrollo de la presente

tesis resulta relevante, ya que pretende no sólo contribuir a la adecuación de la valoración de las secuelas que presentan las mujeres víctimas de violencia de género sino también poder repercutir positivamente en el ámbito judicial. Esto facilitará la tipificación de los daños criminalmente, el establecimiento de una compensación adecuada, y/o determinación de una incapacidad laboral, así como la planificación de un tratamiento adecuado y la posterior rehabilitación neuropsicológica de los daños cerebrales en mujeres víctimas de violencia de género en el contexto español.



# Resumen





La presente tesis doctoral está formada por un conjunto de 8 capítulos agrupados en cuatro secciones: (i) introducción, (ii) justificación y objetivos, (iii) memoria de trabajos, (iv) discusión general, conclusiones y perspectivas futuras.

La primera sección de esta tesis consta de cuatro capítulos en los que se exponen el marco teórico y los antecedentes. El tema central del Capítulo I es la importancia de la violencia de género, y para su exposición se lleva a cabo su conceptualización y se aportan los datos demográficos y estadísticos que hay a nivel internacional respecto a la violencia de género. Finalizamos este subapartado haciendo especial hincapié en los datos estadísticos actuales a nivel nacional. A continuación, se ofrece una visión amplia de los modelos explicativos como son el ciclo de la violencia y el modelo del laberinto patriarcal. Terminamos este primer capítulo explicando los falsos mitos que sobre la violencia de género hay en la actualidad.

El tema del Capítulo 2 son las importantes consecuencias negativas que llegan a tener tanto a corto como a largo plazo en la salud de las mujeres, las secuelas físicas y psicológicas en las víctimas de violencia de género. En primer lugar, se presentan las secuelas físicas y su repercusión en la salud. A continuación, se presentan las secuelas psicológicas más frecuentes, encontradas en las víctimas de violencia de género, derivadas del maltrato. Por último, se describen las secuelas neuropsicológicas, así como los factores que las provocan.

El tema del Capítulo 3 es la Psicología Forense. En primer lugar, se define la Psicología Jurídica y la Psicología Forense como una rama de la anterior. A continuación, se encuadra etimológicamente la Psicología Forense y se explica la necesidad de los psicólogos/as como peritos en los diferentes procedimientos judiciales. Por último, explicamos la evaluación psicológica forense en casos de violencia de género.

El tema del capítulo 4 es la Neuropsicología Forense. En primer lugar, se define, así como su objeto de estudio. A continuación, se explica la evaluación neuropsicológica forense y terminamos con su aplicación en víctimas de violencia de género.

La segunda sección contiene el capítulo 5 en el que se exponen la justificación de la tesis, así como las hipótesis y los objetivos que se persiguen en los diferentes trabajos.

La tercera sección consta de dos capítulos en el que se recogen la memoria de trabajos de cada uno de los dos estudios realizados.

El capítulo 6, compara la sensibilidad/falsos positivos de un Performance Validity Test (TOMM; Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012) y un Symptom Validity Test (SIMS; Widows, 2009) en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género y un grupo control en población española. La evaluación de los resultados ha puesto de manifiesto, que muestra mayor sensibilidad un Performance Validity Test como es el Test of Memory Malingering (TOMM), que un Symptom Validity Test, como es el Structured Inventory of Malingering Symptomatology (SIMS). En nuestra muestra encontramos que un alto porcentaje tanto de mujeres víctimas de malos tratos como controles, eran categorizadas como simuladoras al utilizar la SIMS, es decir, cometió un alto porcentaje de falsos positivos. Estos resultados apoyan la importancia de la utilización de una prueba de esfuerzo con alta sensibilidad en este tipo de población en contextos forenses.

El capítulo 7 muestra la aplicación de la Neuropsicología Forense en un caso de violencia de género y su repercusión en un procedimiento judicial. Explicamos como la evaluación neuropsicológica sirvió para valorar la imputabilidad en un caso de violencia de género. Se muestra la evaluación neuropsicológica en un caso, así como las alteraciones neuropsicológicas que presentaba como consecuencia de una situación de maltrato

mantenido en el tiempo por parte de su pareja. El informe neuropsicológico sirvió para determinar la imputabilidad, con el resultado de la absolución.

Ha sido la primera vez en España, que, en base a un informe pericial neuropsicológico, se ha determinado una sentencia absolutoria.

La cuarta y última sección contendrá el capítulo 8 en el que llevamos a cabo una discusión conjunta de los hallazgos obtenidos a través de los distintos estudios. En este apartado se incluyen las principales implicaciones prácticas, así como las conclusiones, y se proporcionan perspectivas de trabajo futuro.



# 1.INTRODUCCIÓN



# **Capítulo 1: Violencia de Género**





La violencia de género se define como “todo acto de violencia de género que resulta, o puede tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” (Organización Mundial de la Salud, 2016). En nuestro contexto, queda definida en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género como “aquella violencia que se ejerce sobre las mujeres 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, aun sin convivencia”. En las últimas décadas, ha sido centro de interés de gobiernos e instituciones a nivel mundial, siendo la erradicación de la misma una prioridad de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En este marco se entiende la violencia de género como “la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarle a ejecutar un acto determinado”. Puede llegar a adoptar diferentes formas, como son: verbal, física, sexual, psíquica, económica, social, etc. Formas de coacción que se han venido ejerciendo a lo largo de la historia, en mayor o menor medida (Expósito & Moya, 2005, p. 20).

### 1.1 Conceptualización de la violencia de género

Al hablar de violencia de género, nos estamos refiriendo a todas aquellas formas, mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que es dirigida hacia las mujeres por el solo hecho de ser mujeres y con el objetivo de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Este tipo de violencia es expresado mediante conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista y heterocentrista, acentuando las

diferencias apoyadas en los estereotipos de género, y conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos (Bosch & Alzamora, 2006). La violencia de género puede llegar a adoptar formas muy variadas, tanto en el ámbito de lo público, así como en los contextos privados (Ibáñez, 2003). Ejemplos de ella, entre otras, estarían todas aquellas formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral), el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, cómo no, todas aquellas formas de maltrato físico, psicológico, social, sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, y que llegan a ocasionar una escala de daños que podrían culminar en la muerte (Corsi, 2010).

La violencia de género presenta características que la hacen diferente a otros tipos de violencia interpersonal (Fuentes, 2007). Se suele asociar con frecuencia, a violencia contra la mujer, aunque no son sinónimos (Terry, 2007; Roxane, 2011). El término violencia de género hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad. Se trata de una violencia basada únicamente en el género, de modo, que el factor de riesgo para padecerla es ser mujer precisamente. Algunos autores y autoras señalan como principal característica de este tipo de violencia, el control y la dominación. El concepto de violencia de género es un concepto que abarca todas las posibles formas de violencia y cuyo denominador común es que es ejercida contra las mujeres por el simple hecho de ser mujer. De este modo, Dutton (1992) señala como rasgo central el control de la víctima para poder considerar una conducta como abusiva y Walker (1984) señala que, por lo general, el abuso es parte de un patrón de conductas abusivas, más que la expresión de pérdida de control. Algunos autores la equiparan con la violencia de pareja, aunque la violencia de género es un término más amplio y que no sólo abarca las relaciones de pareja (Quintero & Carbajosa, 2008). Tiende

también a confundirse con la violencia doméstica, término que, aunque más restringido, está muy relacionado. La violencia doméstica incluye también violencia, pero en el terreno de la convivencia familiar, entendiéndose como cualquier acto de poder recurrente, cíclico e intencional dirigido a someter, controlar, dominar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tenga o haya tenido afinidad civil (matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho) y que su efecto es causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases: maltrato físico, maltrato psicológico y/o maltrato sexual, por parte de uno de los miembros contra otros o contra alguno (Mora, 2008). En algunas investigaciones se utiliza “violencia de género en el espacio familiar” para así diferenciarla (Larrain, 2007). Sin embargo, en la presente tesis doctoral nos hemos centrado en el tipo de violencia de género perpetrada exclusivamente por la pareja o expareja de la víctima.

## 1.2 Datos demográficos y estadísticos de la violencia de género.

La violencia contra las mujeres ejercida por su pareja o expareja y la violencia sexual constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016). Este tipo de violencia es una de las principales causas de discapacidad y de lesiones, y un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual, así como reproductiva, para las mujeres en muchas partes del mundo (Heise & García-Moreno, 2003). Tal y como afirman estas autoras, tiene consecuencias a largo plazo para estas mujeres, pero también para sus hijos o hijas, así como altos costes sociales y económicos para toda la sociedad.

La violencia contra las mujeres ha sido documentada en todos los países donde se ha estudiado el problema, así como en todos los grupos sociales, económicos, religiosos

y culturales (Sanmartín et al., 2010) Las mujeres tienen grandes probabilidades de sufrir violencia infligida por sus parejas o por otras personas que conocen, en prácticamente todos los entornos, y a menudo durante períodos prolongados (Montaños, 2006; Campero et al., 2006). Aunque los hombres y los niños pueden ser también, víctimas de violencia, incluida la violencia sexual, estas formas de violencia —la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual— a quién afecta de manera desproporcionada es a las mujeres y niñas, siendo la mayoría de las muertes resultantes mujeres (Heise & García-Moreno, 2003).

La medición de la prevalencia de esta problemática plantea importantes retos, ya que las mujeres -a menudo- no notifican sus experiencias de violencia. Sin embargo, en diversas investigaciones, basadas en encuestas, se han reunido datos comparables sobre la prevalencia en un número creciente de países (García-Moreno, 2005; Kishor & Johnson, 2004; Hindin, Kishor & Ansara, 2008).

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo (35%) han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2016). Además, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Las estimaciones más precisas de la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual en entornos sin conflictos son las proporcionadas por encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las víctimas. Así, el *Estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud, sobre salud de la mujer y la violencia doméstica*, realizado en 2005 en 10 países, en su mayoría de renta media y baja, encontró que entre 15% y 71% de las mujeres de 15 a 49 años que habían tenido compañeros íntimos

informaron que habían sido víctimas de violencia física o sexual inflingida por su pareja en algún momento de sus vidas (García-Moreno, 2005). Además, arrojó otros datos interesantes a partir del estudio de la prevalencia de dicha violencia:

- entre el 15% de ellas en el Japón y el 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja;
- entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años;
- la primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron que su primera experiencia sexual había sido forzada).

En un análisis realizado en 2013 por la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, y basado en los datos de más de 80 países, se comprobó que casi una tercera parte (30%) de las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Las estimaciones de la prevalencia van del 23,2% en los países de ingresos elevados y el 24,6% en los países de la Región del Pacífico Occidental al 37% en la Región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la Región de Asia Sudoriental. Por otra parte, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Además de la violencia de pareja, el 7% de las mujeres refieren haber sufrido agresiones sexuales por parte de personas distintas de su pareja, aunque los datos al respecto son más limitados.

En España, según el último boletín estadístico anual en materia de violencia de género (<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/>):

- A lo largo del año 2016 se han producido 44 víctimas mortales por violencia de género. De las 44 víctimas, habían denunciado 13, lo que supone el 21,7%, y 4 de ellas (6,7%) contaban con medidas de protección en vigor. El 63,3% de las víctimas habían nacido en España.
- De Enero a Mayo de 2017 son 27 el número de víctimas mortales por violencia de género.
- El 50% de las víctimas tenían entre 31 y 50 años de edad y el 10% tenía más de 64 años.
- En el 30% de los casos existía convivencia entre la víctima y el agresor, mientras que en el 50% de los casos la relación entre ambos era de pareja. Por lo que se refiere a los agresores, el 73,3% eran nacidos en España y el 31,7% tenía una edad comprendida entre los 31 y los 40 años. El 10% de los agresores tenía más de 64 años.
- El 20,5% de los agresores consumaron el suicidio. La media mensual de víctimas mortales durante el año 2016 ha sido de 3,6 y la tasa de víctimas mortales por millón de mujeres de 15 y más años ha sido de 2,9. De las 44 víctimas mortales por violencia de género del año 2016, el 5% (3 mujeres) tenían algún tipo de discapacidad o dependencia reconocidas.

Los datos por comunidades autónomas, reflejan que el mayor índice de víctimas mortales se encuentra en Baleares, Castilla León, Cataluña y Comunidad Valenciana con 6 víctimas mortales cada una, seguida de Andalucía y Aragón con 3 víctimas mortales en 2016.

Los datos de víctimas mortales de Enero de 2017 a 5 de Abril de 2017 son: víctimas mortales 19, de las que 1 es de Andalucía; 5 Castilla-La Mancha; Cataluña 2; Extremadura 1; Galicia 1; Madrid 3 y Navarra 1.

Por último, destacar que, respecto a casos en seguimiento y denuncias presentadas, corresponde a Andalucía el mayor número (59.952), seguido de la Comunidad Valenciana (34.082), y en tercer lugar tenemos la Comunidad de Madrid (32.475).

### 1.3. El ciclo de la violencia y el modelo del laberinto patriarcal

La violencia ejercida contra las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, violencia basada en el género, es el resultado de la organización patriarcal de la sociedad, sustentada en la supremacía del hombre (los hombres) frente a la mujer (las mujeres). El sistema de subordinación y dominación más opresor es el del género, también denominado patriarcado. Ha sido la primera estructura de dominación y subordinación de la historia y aún hoy sigue siendo un sistema básico de dominación, resultando el más poderoso y duradero de desigualdad y el que menos se llega a percibir como tal (Rodrigo & Ordaz, 2015; Pintos, 2014; Fernández et al., 2015).

Se define el patriarcado “como la relación de poder directa entre los hombres y las mujeres en las que los hombres que tienen intereses concretos y fundamentales en el control, uso, sumisión y opresión de las mujeres, llevan a cabo efectivamente sus intereses” (Arriazu, 2000, p.307). Esta relación de poder provoca desigualdad entre los dominadores -los hombres-, y las subordinadas -las mujeres-. Esta opresión y subordinación está poderosamente arraigada en la organización de la sociedad, lo cual no es consecuencia del azar ni de otros factores como puede ser la biología. Es una estructura primaria de poder, que se está manteniendo de manera intencionada y deliberada, donde este sistema patriarcal perpetúa ese orden jerarquizado y para ello ha llegado a elaborar toda una ideología que lo sustenta, dándole una apariencia científica (Alvárez, 2005; Osborne, 2009; Expósito & Moya, 2005).



La alta prevalencia de este tipo de violencia y sus particulares características ha provocado que ocupe un lugar destacado en el imaginario colectivo, siendo múltiples los mitos asociados a la misma que llevan a distorsionar la visión que de la violencia y de las víctimas tiene la sociedad.

Han sido formulados diferentes modelos teóricos que explican la permanencia en una relación de maltrato, incluyendo la teoría del ciclo de la violencia (Walker, 1984), el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) (Montero, 2001) o el modelo del laberinto patriarcal (Bosch, Ferrer & Alzamora, 2006).

Para comenzar, resulta importante describir el ciclo de la violencia (Walker, 1984), y entender, así como en parte dicha violencia es mantenida. Según Walker (1984), la relación violenta pasa por diversas fases en las que van aumentando las manifestaciones y duración de la misma. Así, se produce una acumulación de tensión, que puede tener una duración de días, semanas meses, o años-, a lo que le sigue una explosión o descarga incontrolable de las tensiones acumuladas en la fase anterior, para finalizar el episodio con el arrepentimiento, comportamiento cariñoso por parte del agresor y reconciliación de la pareja.

En la primera fase (fase de acumulación de tensión), las agresiones son más del tipo psicológico, con repentinos cambios de ánimo, empujones, pequeños golpes, etc. En esta fase la mujer intenta que su pareja se calme adoptando una postura de sumisión o ignorando el comportamiento del agresor, haciendo esto que se vaya acumulando más tensión. En esta fase se puede llegar a minimizar lo que está ocurriendo y en algunas ocasiones justificar estos incidentes como que son debidos a factores externos (estar nervioso o cansado por el trabajo, por ejemplo), con lo cual, piensa que, si desaparecen, no ocurrirán más episodios violentos. Por lo contrario, estos episodios van a más y con una escalada en la frecuencia y severidad de la agresividad.

En esta fase, la mujer todavía tiene el control sobre determinados comportamientos de su pareja, aunque a medida que la tensión aumenta, va disminuyendo el control. La mujer intenta salir de la situación, alejarse del agresor, no enfrentándose al mismo. Ante la sumisión de la mujer, el agresor lo interpreta como que tiene el derecho a maltratarla, al mismo tiempo que comprueba que es la forma de tener el control sobre ella. Poco a poco se acumula la tensión terminando en la fase de explosión.

La segunda fase (de explosión o agresión). La tensión que se ha venido acumulando en la fase anterior, tiene que descargarse de alguna forma. Puede ser en cualquiera de sus manifestaciones: físico, psicológico y/o sexual. En esta fase se da una pérdida total del control por parte del agresor. El agresor puede reconocer que esta pérdida de control ha sido desmedida, pero terminará encontrando una justificación.

En esta fase a pesar de la gravedad, la víctima oculta el suceso, evita que se identifique al agresor al mismo tiempo que quitan importancia a la gravedad de la situación. Esta actitud es lo que denominó Lorente (1998) Síndrome de paso a la acción retardo.

La tercera y última fase es la de reconciliación o luna de miel. Aquí la tensión y la agresividad ya han desaparecido. El maltratador pide perdón a la víctima y promete no volverlo a hacer. Puede volverse incluso amable y cariñoso. Esto hace que la víctima vea la violencia sufrida como algo momentáneo y que no va a volver a ocurrir. En esta fase el agresor puede llegar incluso a manipular a otros miembros de la familia, lo que genera culpabilidad en la víctima, viéndose ella misma como responsable de la agresión. Considera que es el agresor el que necesita ayuda y siente que no puede abandonarlo sino ayudarlo para solucionar el problema.

Después de esta fase vuelve a repetirse el ciclo en futuros episodios y cada vez son más frecuentes y más cercanos en el tiempo. Dichos episodios cada vez entrañan un mayor peligro para la víctima (Labrador *et al.*, 2004).

Otro modelo que goza de gran apoyo es el modelo del laberinto patriarcal, reflexión teórico-práctica sobre la violencia contra las mujeres (Bosch et al., 2006), analiza el papel que desempeña el amor y las expectativas que a él se adhieren en relación a la dificultad que presentan muchas mujeres víctimas de malos tratos para salir de la relación abusiva. En este sentido, se describe como un laberinto complejo en lo que se llega a convertir la relación de pareja cuando es violenta. El modelo, se estructura en tres círculos, que van de menor a mayor peligrosidad en su recorrido, y desde el exterior a su núcleo central. En este análisis se da particular importancia a la “fuerza del amor” (cuyos ingredientes podrían ser la pasión, la admiración, la entrega...) a la hora de entrar en el laberinto (Pérez & Fiol, 2013). Se entiende que esta entrada tiene lugar porque las expectativas inducen a consolidar la relación, partiendo de la creencia, de que el modelo de convivencia de ambos miembros de la pareja es coincidente. Al aparecer un choque de expectativas o colisión de intereses aparecerán las primeras estrategias de control por parte del maltratador. Aquí estaríamos en el primer círculo. Muchas mujeres pueden llegar a escapar de él por sí mismas, pues sus redes sociales y de apoyo no han desaparecido. Las paredes de este primer círculo se describen como de cristal, ya que a través de ellas se sigue percibiendo el mundo exterior. Pero la permanencia en la relación lleva a la entrada más o menos lenta (según sea esa “fuerza” atribuida al amor) al segundo círculo del laberinto. En este estadio es donde van a aparecer las primeras agresiones y donde toma fuerza el ciclo de la violencia antes descrito (Walker, 1984, 1989, 1991). En este punto, la información exterior ya no es tan eficaz porque se ha iniciado el aislamiento de la mujer, así como estrategias para intentar evitar agresiones, que a menudo se convierten en una mayor sumisión como forma de afrontamiento. En el tercer anillo, ya el núcleo de laberinto, el miedo manda y reina la violencia. El aislamiento de la mujer llega a ser total y las únicas estrategias son las de supervivencia. En el paso del primer al segundo círculo del laberinto es donde más

claramente podemos apreciar el papel de la “fuerza amorosa”, es decir, cuando la apuesta amorosa se hace más fuerte, y por tanto se activan los mitos sobre la omnipotencia y, como consecuencia, los relacionados con la negación de la realidad. Aquí es donde habrá más probabilidades de perderse en el laberinto. En definitiva, cuando la “inversión afectiva” ha sido (es) muy fuerte, resulta muy difícil reconocer que dicha relación de pareja ha sido un error. Pero al agresor, esta percepción de la dificultad de reacción por parte de su compañera hará que aumente su sensación de control y dominio y, a la vez, aumentará aún más sus comportamientos violentos. A diferencia de lo que ocurre con las mujeres, el modelo masculino tradicional sitúa el éxito personal en territorios más alejados del amor o la familia. De hecho, como recuerda Josetxu Riviere (2009), “la ausencia de este sentimiento no aparece en los varones tan fuertemente unida al fracaso personal ni con la misma intensidad que en muchas mujeres”. Esta forma de entender el amor se denomina amor cautivo, pues toda la mitología de la que se alimenta no sólo va a limitar las expectativas vitales de la persona sino que la hace vulnerable y las encierra en un entramado de prejuicios, miedos y frustraciones (a perderlo, a que fracase, a que no alcance a cubrir las expectativas puestas en él,...), llegando a desembocar en la violencia masculina hacia quien se considera como una propiedad y/o no cumple las expectativas (Bosch & Ferrer, 2012). Las relaciones que se establecen en este marco -tanto lo que se ha llamado, relaciones fusionales, en las que la individualidad desaparece y la pareja lo inunda todo (el uso del tiempo, del espacio, las actividades,...), como en las relaciones de dominio, en las que una parte llega a someter a la otra, que ha dejado de tener autonomía personal, y gestiona el tiempo, el espacio y las actividades de la pareja (Fundación Mujeres, 2009)-, no ofrecen perspectivas positivas para las mujeres.

#### 1.4 Falsos mitos sobre la violencia de género

Los mitos sobre la violencia de género fueron definidos conceptualmente por Peters (2008), “como creencias estereotípicas sobre esta violencia que son generalmente falsas pero que son sostenidas amplia y persistentemente, y sirven para minimizar, negar o justificar la agresión a la pareja”. Siguiendo el marco de las nuevas formas de sexismo, se sumarían lo que se ha dado a conocer como “neomitros”, aquellos que minimizan la importancia del problema; o incluso dando un paso más allá, aquellos que llegan a negar su existencia (Bosch & Ferrer, 2002). Estos mitos han experimentado un rebrote en la actualidad, teniendo importantes repercusiones judiciales. Así, está siendo especialmente frecuente en ambientes judiciales los mitos o creencias distorsionadas que procuran desacreditar el comportamiento de las mujeres víctimas, aludiendo que la mayoría de las denuncias son falsas (el porcentaje real de falsas denuncias es muy pequeño, alrededor del 0,006%) (Fiscalía General del Estado, 2015). Identifican a la víctima como programadora de los hijos e hijas en contra del padre. Esto conlleva la absolución del agresor y por lo tanto no sólo la desprotección de las víctimas sino el que puedan estar en mayor riesgo por las consecuencias de la libre absolución del maltratador.

Según los mitos clásicos, en primer lugar, estarían los denominados mitos sobre la marginalidad, aquellos que sitúan la violencia de género en la excepcionalidad y no como el problema social universal que es (Bosch & Ferrer, 2002). Sin embargo, la violencia de género es universal, ocurre en países de todo el mundo, independientemente del nivel de desarrollo, situación económica, lugar geográfico, régimen político, etc. (Carlshamre, 2005; Heise & García-Moreno, 2003; Keltosova, 2002; Sanmartín, Molina & García, 2003; Sanmartín, Iborra, García & Martínez, 2010). Otro mito sería el que sitúa a la violencia de género en familias/personas con dificultades socioeconómicas (pocos recursos, desempleo...). Según los datos poblacionales, la violencia se da en personas de todos los

grupos sociales, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación (Carlshamre, 2005; Heise & García-Moreno, 2003; Keltosova, 2002; Sanmartín, Molina & García, 2003).

En segundo lugar, estarían los mitos sobre los maltratadores. Características personales de ese hombre (concreto), que lo exonera de culpa (Bosch & Ferrer, 2002; Peters, 2008). Los hombres maltratadores, han sido a su vez, caracterizados como personas maltratadas por parte de sus padres en la infancia, como enfermos mentales, como consumidores de drogas o alcohol, o bien como personas celosas; quedando “justificado” el acto violento por su pasado, su trastorno, el consumo o los celos. Aunque pueden darse antecedentes de maltrato (Heise & García-Moreno, 2003), no puede establecerse una relación causal entre un pasado de violencia y la violencia actualmente ejercida por estas personas. En la línea de contar con un trastorno mental diagnosticado, el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (Heise & García-Moreno, 2003) concluye que “*la proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común*”. Respecto al consumo de alcohol y drogas estaría presente en el 50% de los casos de violencia de género a escala mundial (Sanmartín et al., 2003, 2010). Asimismo, y respecto al mito de los celos como característica de la personalidad, estos no serían causa de la violencia, sino una de las estrategias que los maltratadores usan para controlar y aislar a su pareja, y constituyen una manifestación de la violencia psicológica (ONU, 2006).

En tercer lugar, y siguiendo el marco de los mitos clásicos, tenemos las creencias relacionadas con las mujeres maltratadas. Así, encontramos el mito que identifica a un grupo de mujeres con unas ciertas características sociodemográficas como más susceptibles de sufrir maltrato por parte de su pareja o expareja. En contraposición, no existe ningún perfil que caracterice a las mujeres que han sufrido violencia de género, encontrándose este

tipo de violencia en mujeres de todas las edades, nivel educativo, nivel de ingresos o posición social (Carlshamre, 2005). En este mismo grupo, situaríamos el mito del masoquismo o de la personalidad de autoderrota que trató de incorporarse sin éxito al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en las ediciones III y III-R (San Martín & González, 2011). Sin embargo, no se ha encontrado evidencia empírica sobre ningún perfil de personalidad que caracterice a las mujeres que han sufrido violencia de género, hallándose sin embargo una serie de secuelas en las mujeres víctimas consecuentes a este tipo de violencia y vinculadas a la salud física, mental y social de dichas mujeres (García-Moreno, 2005; Sanmartín, Iborra, García & Martínez, 2010; Valera & Berenbaum, 2003; Little et al., 2010; Aupperle et al., 2012).

Podemos hablar del mito que culpabiliza a la mujer justificando la violencia recibida como una consecuencia de su propia conducta (“algo habrán hecho para provocarla”). Mito que desplaza la carga de la culpa de ellos a ellas, y responsabiliza a la mujer de lo que le sucede, argumentando que provocan esa violencia por alguna de sus características, como personalidad, nivel económico, o estatus emocional (Bosch & Ferrer, 2002; Peters, 2008). Así, la violencia quedaría justificada porque la mujer maltratada no es realmente una víctima, ella podría haber “evitado” el abuso, probablemente lo haya “provocado”, o inconscientemente “lo deseaba” (Bosch & Ferrer, 2012).

Los mitos expuestos, denominados “clásicos”, generarían el sustrato que alimenta y refuerza los *neomitos*, a los que se ha denominado “negacionistas”. Son múltiples los neomitos que nos encontramos, siendo especialmente frecuentes los que procuran desacreditar el comportamiento de las mujeres víctimas aludiendo que la mayoría de las denuncias que ellas interponen son denuncias falsas (tal y como hemos mencionado, el porcentaje de denuncias falsas es similar a las encontradas en otros delitos y se sitúa en el 0,006% según el Informe de la Fiscalía General del Estado, 2015), que los hombres son tan

víctimas como las mujeres, o bien que la violencia psicológica no es tan grave como la física. Se trata de mitos que no solo niegan la existencia de la violencia de género, sino que dan un paso más hasta considerar que ésta es una exageración que crea y utiliza la mujer para perjudicar al hombre, especialmente en los litigios de separación y divorcio por la custodia de los hijos e hijas. Son los mitos con mayor carga letal (Bosch & Ferrer, 2012).

En resumen, la violencia de género es un grave problema que afecta a la sociedad y que aún requiere un importante esfuerzo investigador para entenderlo y eliminarlo. Uno de los aspectos que necesita más atención es la investigación del tipo y frecuencia de secuelas que sufren las mujeres víctimas.





## **Capítulo 2:**

# **Secuelas Físicas y Psicológicas del maltrato**



Como señaló Ramsay et al. (2005), en un trabajo fundamental, la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja puede llegar a tener importantes consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo, en la salud de las mujeres, que pueden llegar a persistir incluso cuando dicha violencia ha finalizado. Así, los resultados de la British Crime Survey (Walby & Allen, 2004) indican que el 75% de los casos de violencia de género en el ámbito familiar, tienen como resultado tanto lesiones físicas como consecuencias sobre la salud mental. Además, la violencia de género también tiene importantes consecuencias para los hijos e hijas testigos de la misma (entre ellos, riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje, dificultades en la socialización, adopción de comportamientos violentos con los/as compañeros/as, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios, riesgo de convertirse en víctimas de maltrato por el padre, o de convertirse en futuros maltratadores). Como consecuencias para la salud física encontramos lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, y adicciones, entre otros. Además, la repercusión de dicha violencia sobre la salud mental de las mujeres, también es importante, presentando una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos y alteraciones neuropsicológicas. En esta línea, las mujeres que han sufrido violencia de género padecen una multitud de problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (Fonzo et al., 2010; Simmons et al., 2008; Valera & Berenbaum, 2003).

### 2.1. Secuelas físicas en mujeres víctimas de violencia de género.

En relación con las consecuencias físicas, la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja es una de las causas más comunes de lesiones graves en las mujeres (Ramsay, Rivas y Feder, 2005). En un estudio pionero, realizado en el Reino Unido (Richardson et al., 2002), en los servicios de atención primaria, el 16% de las mujeres víctimas de violencia contra la pareja que acudían a los mismos, habían sido golpeadas en la cara, el 20% en el cuerpo, brazos o piernas y al 13% le habían propinado patadas. El 50% de estas mujeres necesitaron atención médica para tratar las lesiones que habían sufrido. Por otra parte, las mujeres víctimas de violencia de género en las relaciones de pareja pueden sufrir diferentes problemas de salud crónicos. Una de las diferencias más contrastadas y estudiadas, respecto a salud física, entre mujeres víctimas de violencia de género y mujeres que no han sido víctimas, es la presencia de problemas ginecológicos (Campbell, 2002). Como otros síntomas asociados con mujeres víctimas de violencia, son el dolor crónico y sintomatología relacionada con el sistema nervioso central, problemas gastrointestinales y trastornos cardíacos (Echeburúa, Corral & Amor, 2004). Además, uno de los aspectos más preocupantes en relación con los problemas de salud física que padecen las mujeres víctimas de violencia de género, es que dicha violencia continúa cuando la mujer se queda embarazada e incluso, esta puede tener aquí su comienzo o aumentar durante este período. Como consecuencia más grave derivada de esta situación es la muerte de la madre o del feto (Lila, 2010). La violencia contra la mujer durante el embarazo también se asocia con bajo peso del recién nacido, nacimiento prematuro y lesiones en el feto

## 2.2. Secuelas psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género.

Como secuelas psicológicas más frecuentes encontradas en víctimas de violencia de género son depresión y trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral & Amor, 2004). Como trastornos comórbidos con el trastorno de estrés traumático, la literatura identifica, depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales (Bargai et al., 2007). Hasta la fecha, se han realizado pocas revisiones para evaluar de manera exhaustiva la comorbilidad entre sufrir violencia de género y depresión (Al-Modallal, Peden & Anderson, 2008; Golding, 1999). En 1999, en un estudio pionero, Golding publicó un metaanálisis para evaluar la prevalencia de problemas de salud mental entre mujeres víctimas de violencia de género. Según los datos, en 18 estudios, el 47,6% presentaba depresión; en 13 estudios, el 17,9% había llevado a cabo el suicidio; de 11 estudios, el 63,8% presentaban trastorno de estrés postraumático; en 10 estudios, el 8,9% mostraba abuso de alcohol y en otros cuatro estudios presentaban abuso de otras drogas.

Según un estudio de Devris et al., (2013), sugieren que ser víctima de violencia de género está directamente relacionado con un aumento del riesgo de padecer depresión y con un incremento del riesgo de suicidio. En otro estudio, Santandreu y Ferrer (2014), muestran como la violencia física y sexual está directamente relacionada con padecer mayor número de síntomas postraumáticos y depresivos.

Walker (2016), denomina las secuelas psicológicas provocadas por violencia de género, Síndrome de la mujer maltratada (BWS). Este síndrome lo identifica con siete factores como son: altos niveles de arousal y ansiedad, reexperimentación del trauma, altos niveles de evitación, dificultades cognitivas, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas de autoestima y disfunciones sexuales. Las cuatro primeras corresponderían a categorías clínicas del Trastorno de estrés postraumático, por lo que afirma que el Síndrome

de mujer maltratada (BWS) es una subcategoría del Trastorno de estrés postraumático (PTSD).

Se ha llegado a denominar a las secuelas psicológicas de este tipo de violencia como más graves y frecuentes que las físicas, a excepción de aquellos casos como son la muerte o las lesiones graves (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010).

Muñoz y Echeburúa (2016), identifican estas repercusiones psicológicas en las víctimas de violencia de género de la siguiente manera:

| Sintomatología   | Sintomatología   | Otros   | Cambios en los esquemas  |
|--|--|---|--|
| Ansiosa  | Depresiva  |   | Cognitivos   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-RR de alerta y sobresalto permanentes</li> <li>- Reexperimentación intrusiva</li> <li>- Distintas RR fóbicas (agorafobia, ataques de pánico, etc.)</li> <li>-Dificultades de concentración</li> <li>-Reactivación fisiológica ante EE relacionados con su vivencia victimizante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apatía</li> <li>-Indefensión</li> <li>-Sentimientos de culpabilidad</li> <li>-Ideación e intentos autolíticos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pérdida de autoestima</li> <li>-Pérdida de asertividad</li> <li>- Consumo y hábitos tóxicos (estrategia inadecuada de afrontamiento)</li> <li>- Trastornos y estados disociativos</li> <li>- Reacciones de rabia y hostilidad</li> <li>- Alteraciones psicósomáticas (diversas consultas al médico de atención primaria- Bloqueo en las estrategias de resolución de problemas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos de vulnerabilidad (pérdida de seguridad)</li> <li>- Pérdida de la confianza en sí misma</li> <li>- Desarrollo de tolerancia: mecanismos de negación, minimización y racionalización</li> <li>- Desconfianza y miedo hacia los demás</li> <li>- Pérdida de la visión del mundo como un lugar justo</li> </ul> |

Estas graves secuelas psicológicas, se llegan a explicar por las características de este tipo de violencia: intensidad, elevada frecuencia, cronicidad, vinculación afectiva con el agresor y falta de predictibilidad (Taylor et al., 2006).

### 2.3 Secuelas Neuropsicológicas en mujeres víctimas de violencia de género.

Las secuelas neuropsicológicas, pueden estar ocasionadas por múltiples factores vinculados a la violencia sufrida, como la pérdida de conciencia (Jackson et al, 2002; Monahan & O`Leary, 1999), el estrés postraumático (Aupperle et al., 2012; Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Twamley et al., 2009; Valera & Berenbaum, 2003) y el trauma cerebral consecuente a los impactos en la cabeza o la estrangulación (Wong, Fong, Lai, & Tiwari, 2014). En cuanto a los hallazgos cognitivos, son escasísimos los trabajos que han estudiado como el maltrato llega a afectar al cerebro.

Los estudios sobre déficit neuropsicológicos, han encontrado alteraciones graves relacionadas con memoria, atención y concentración, habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, fluidez verbal y función ejecutiva, concurrentes con las situaciones de maltrato físico (Jackson, Philip, Nuttall & Diller, 2002; Kwako *et al.*, 2011; Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera & Berenbaum, 2003). Además, se hallan déficits en aprendizaje verbal y memoria (Valera & Berenbaum, 2003), atención, inhibición de respuesta y memoria de trabajo (Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Little et al., 2010), alteración en la velocidad de procesamiento en tareas que requerían de la función ejecutiva (Aupperle et al., 2012; Twamley et al., 2009) en mujeres víctimas de violencia de género. Por otro lado, diversos trabajos han evidenciado que las secuelas psicológicas en víctimas de violencia de género, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo *et al.*, 2010; Simmons *et al.*, 2008) y su consecuente repercusión en áreas como la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento del dolor (Strigo *et al.*, 2010).



Por último, diversos estudios han mostrado que la lesión cerebral traumática mantenida en el tiempo puede aumentar el riesgo de deterioro para la salud y síndrome posconmocional (Kwako *et al.*, 2011).

La investigación sobre las secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género considera que dichas secuelas se pueden producir por daño directo como consecuencia de golpes en la cabeza, por daño indirecto a través de las alteraciones cerebrales que producen las secuelas psicológicas, especialmente, el estrés postraumático y a través del efecto que produce en el cerebro, el cortisol que se produce en situaciones de estrés crónico (Hidalgo-Ruzzante, Gómez, Bueso-Izquierdo, Martín, & Pérez-García, 2012).

Los datos empíricos que avalan la primera de las causas, el maltrato físico, muestran que el 92% de las mujeres han sido golpeadas en la cabeza y cara durante la violencia ejercida por su pareja (Jackson, Philip, Nuttall, & Diller, 2002). Estos golpes, al igual que cualquier otro traumatismo craneo-encefálico, pueden llegar a afectar al sistema nervioso central (SNC) de diferentes formas. Algunas investigaciones se han centrado en el daño cerebral vinculado a los traumatismos directos que reciben estas mujeres en la cabeza, (tanto en el punto del impacto del golpe como en la parte opuesta del cerebro), así como por los intentos de estrangulamiento y/o secuelas de la posible anoxia o hipoxia cerebral durante dichos golpes, entre otros daños (Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, & Gill, 2011; Valera, & Berenbaum, 2003; Ivany, 2016; O`Sullivan, 2015). El estudio realizado por Jackson, Philp, Nuttall & Diller, (2002) sobre el efecto a nivel cognitivo de los golpes en la cabeza en las mujeres víctimas de violencia, encuentra una correlación significativa entre la frecuencia de los golpes y la gravedad de los síntomas cognitivos, por lo cual un significativo número de mujeres maltratadas pueden sufrir secuelas debido a las lesiones en la cabeza.

Respecto a la segunda causa, los trabajos han demostrado que las secuelas psicológicas, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo et al., 2010; Simmons et al., 2008), y por ello, su consecuente repercusión en áreas como son la atención, la función ejecutiva y el procesamiento del dolor (Strigo et al., 2010). Neumeister et al. (2016), ha encontrado una activación cerebral alterada de regiones corticales y subcorticales al presentar imágenes relacionadas con el trauma en víctimas de violencia de género. Esto sugiere mecanismos elevados de detección de amenazas. Sus resultados muestran una correlación significativa entre la severidad de los síntomas y la activación de ciertas regiones cerebrales.

Por último, se ha encontrado en mujeres víctimas de violencia de género altos niveles de cortisol en saliva, que pueden estar vinculados a la historia de victimización y el probable deterioro de salud mental por el maltrato sufrido y mantenido en el tiempo, manifestando como consecuencia el estrés crónico sufrido (Inslicht et al., 2006; Johnson, Delahanty & Pinna, 2008; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda- Navarro, Herbert, & Martínez, 2004). La secreción de glucocorticoides, y concretamente el cortisol, afecta al rendimiento cognitivo de diversas maneras, y posiblemente esto explique un síntoma al que hacen referencia frecuentemente las mujeres víctimas de violencia de género como son los problemas de memoria. Toda esta afectación del SNC puede llegar a ocasionar alteraciones neuropsicológicas, como ya está ampliamente documentado en otras afectaciones cerebrales. Sin embargo, no existen apenas estudios acerca de las secuelas neuropsicológicas vinculadas a las alteraciones emocionales como consecuencia de una situación de maltrato psicológico en exclusividad (Kay, 1992). Se ha intentado demostrar la compleja relación existente entre el número de lesiones cerebrales y el tiempo transcurrido desde las mismas, la severidad del abuso de la pareja, el funcionamiento cognitivo y la psicopatología desarrollada en los casos en que se cometió abuso físico únicamente (Valera,

& Berenbaum, 2003). Los resultados de este estudio han mostrado secuelas neuropsicológicas en memoria, aprendizaje y flexibilidad cognitiva, pudiéndose asociar la gravedad de los síntomas con la gravedad de la violencia, depresión, ansiedad y sintomatología de estrés postraumático.

En resumen, la violencia de género genera graves secuelas físicas, psicológicas y neuropsicológicas que limitan y condicionan la vida de las víctimas. Secuelas que, al ser consecuencia de una situación de maltrato sufrida, deben ser tenidas en cuenta por la psicología forense.

# **Capítulo 3:**

# **Psicología Forense**



“La Psicología Jurídica, comprende el estudio, explicación, promoción, evaluación, prevención y en su caso, asesoramiento y/o tratamiento de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas, mediante la utilización de métodos propios de la psicología científica y cubriendo por lo tanto distintos ámbitos y niveles de estudio e intervención (psicología aplicada a los tribunales, psicología penitenciaria, psicología de la delincuencia, psicología judicial – testimonio y jurado- , psicología policial y de las Fuerzas Armadas, victimología y mediación)” (Marín & Esparcia, 2009, p.4).

La Psicología Forense, también conocida como Pericial o Psicología aplicada a los tribunales, es una rama de la Psicología Jurídica que emplea los conocimientos y métodos utilizados en su rama de trabajo a la evaluación de los procedimientos judiciales. El propósito de esta evaluación es asesorar a los/as jueces en la toma de decisiones. La función principal del psicólogo o psicóloga forense, independiente del órgano judicial que solicite su intervención, es la emisión de informes periciales que respondan a la pregunta psico-legal solicitada (Manzanero & González, 2013).

### 3.1 Psicología Forense

Etimológicamente hablando, el término “forense” deriva del latín “forensis”, referido al forum de las ciudades romanas; es decir, la plaza donde se trataban los negocios públicos y donde el pretor celebraba los juicios. Por tanto, la palabra está referida al “foro” o lugar donde se administra justicia. “Sitio en que los tribunales oyen y determinan las causas” (Diccionario de la Real Academia Española). De modo general, el término Psicología Forense engloba todas aquellas actividades que el psicólogo o psicóloga puede realizar en el “foro”, en intervenciones que le han sido específicamente solicitadas. En

palabras de Urra (1993) es “la ciencia que enseña la aplicación de todas las ramas y saberes de la Psicología ante las preguntas de la Justicia, y coopera en todo momento con la Administración de Justicia, actuando en el foro (tribunal), mejorando el ejercicio del Derecho”.

Psicología Forense ha sido la denominación que ha recibido la vertiente aplicada de la psicología jurídica, entendiéndose como su función principal, la de ofrecer funciones de soporte a las administraciones de justicia, figurando como primer requerimiento que se realiza al profesional de la Psicología Forense, la elaboración de peritajes psicológicos, función que, como ya señaló Muñoz Sabaté (1980), abarca una gran cantidad de ámbitos específicos en el marco jurídico porque “el derecho es algo multidimensional y omnipresente”.

La necesidad de intervención de los psicólogos o psicólogas como peritos en los diferentes procedimientos judiciales no es nueva, sino que se ha venido planteando desde principios del siglo XX (Ibáñez y Avila, 1990), citándose como primeros antecedentes el testimonio de Albert von Schrenck-Notzing en un juicio celebrado en Munich en 1896, que informó sobre la influencia de la sugestión de numerosos testigos a causa de los efectos de las publicaciones en prensa sobre el caso de un asesinato que se estaba juzgando; también, la publicación de la obra “On the Witness Stand” de Hugo Münsterberg en 1908 en la que se defendía que teniendo los conocimientos sobre percepción y memoria, los psicólogos podrían comprender mejor que los juristas la mente de los testigos. Münsterberg, propuso la utilización de un Test de Asociación de Palabras que ayudaría a poder establecer la culpabilidad o no de los acusados, lo que le valió durísimos ataques por parte de los juristas. A pesar de todo ello, la aceptación y tendencia a la generalización del uso de la psicología en los tribunales se produjo mucho después. Según indica Torres (2002), en EE. UU, su generalización se produciría a partir de una Sentencia del Tribunal Supremo de 1962 en la

que se establecía que “se considerará error judicial rechazar la peritación de un psicólogo respecto de su área de especialización”. Esta Sentencia deriva de lo acontecido en el sumario Jenkins versus EE. UU, en el que tres peritos psicólogos elaboraron dictámenes sobre la enfermedad mental del inculcado (esquizofrenia). Su testimonio, fue rechazado en primera instancia por los Tribunales. La Asociación Psiquiátrica Americana elevó su protesta y su oposición a la no admisión del psicólogo como perito. En el recurso de casación se admitió la pericia psicológica que, además, se comprobó acertada. Desde este momento, el rechazo del psicólogo o psicóloga como experto en su campo de especialización es considerado como un error.

En nuestro país, en cambio, un reconocimiento de similares características no se llega a producir hasta tres décadas después. Fue a partir de una Sentencia del Tribunal Supremo, que con fecha 21 de noviembre de 1992, (RJ 1992\9624) que resaltó la relevancia del papel de los/as psicólogos/as en el asesoramiento para poder valorar todas las cuestiones que tienen que ver con el estudio de las condiciones psicológicas de los actores jurídicos, al afirmar: “la Psicología permite aportar medios de conocimiento, que el Tribunal no podría ignorar en su juicio sobre la credibilidad del testigo y que, por sí mismo no podría obtener en razón del carácter científico especializado de los mismos”, de la Torre (1999, pg 13.)

Las posibles intervenciones de la psicología en diferentes ámbitos judiciales son múltiples. Dentro de ellas, podemos destacar por su mayor frecuencia en Derecho Penal, la evaluación de la imputabilidad del procesado y de las secuelas de las víctimas; en Derecho Civil, los procedimientos de tutela, protección de menores, valoración de daño y secuelas psicológicas; en Derecho de familia, la adopción, privación de derechos parentales, y la atribución de custodia de los hijos e hijas; y en Derecho laboral, la valoración de daños y secuelas psíquicas por accidentes o situaciones de trabajo.



El objetivo último de la evaluación psicológica forense será elaborar el Dictamen Pericial correspondiente al objeto del litigio. La acción que consiste en el reconocimiento técnico de dicho objeto del debate es conocida como peritaje o peritación (Ibáñez & de Luis, 1992).

La actividad del psicólogo o psicóloga forense va a caracterizarse por la enorme responsabilidad de su actuación, que deriva de la repercusión del informe pericial en la vida de los sujetos evaluados. Junto a esta peculiaridad, su contexto de intervención (dentro de un procedimiento judicial) y el objeto de la misma (contestación a la solicitud realizada desde el ámbito legal) van a delimitar las divergencias entre la evaluación pericial psicológica y la evaluación clínica (Bembibre-Serrano & Higuera-Cortés, 2006).

Sin embargo, la evaluación pericial psicológica se va a encontrar con algunas dificultades específicas. Por un lado, el sujeto no siempre se va a presentar de una forma voluntaria ante el profesional, sino que su participación va a estar determinada por su papel en el proceso judicial (denunciado/denunciante; demandado/demandante). Por otro lado, están, las consecuencias directas que va a tener el dictamen pericial para el evaluado, aumentando esto último, la probabilidad de manipulación de la información aportada para intentar conseguir un beneficio o evitar un perjuicio. Todo esto, junto al asesoramiento legal por el que, en muchas ocasiones, han pasado los evaluados (la estrategia letrada de la defensa) y las diferentes exploraciones periciales (efecto aprendizaje), que haya podido tener de manera previa, complican aún más la evaluación psicológica forense. De este modo, los/as peritos pueden disponer de instrumentos de medida adecuados, pero el sujeto puede no colaborar en la evaluación y falsear, más o menos conscientemente, las respuestas. Ya no se trata, por tanto, sólo del tipo de herramientas inapropiadas, sino del control de las respuestas inadecuadas a los instrumentos (test y entrevistas) adecuados

(Pivovarova, Rosenfeld, Dole, Green & Zapf, 2009; Rosenfeld, Green, Pivovarova, Dole & Zapf, 2010).

En el ámbito penal, jueces, fiscales y abogados, cada vez más, solicitan dictámenes periciales sobre las posibles alteraciones mentales de los autores de delitos graves (como la violencia contra la pareja), sobre la predicción del riesgo de violencia futura, sobre la credibilidad del testimonio en víctimas o sobre el daño psicológico en las víctimas de delitos violentos (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010; Arce, Fariña, Carballal & Novo, 2009). A nivel práctico, lo que es muy importante, es que, a diferencia de las evaluaciones clínicas, los dictámenes periciales se van a caracterizar por la enorme influencia que pueden tener en el futuro de las personas evaluadas. Por ejemplo, en el sistema penal, la imputabilidad de un acusado, así como la aplicación de eximentes o atenuantes, va a depender en gran medida de la evaluación forense (Aguilera & Zaldívar, 2003).

En violencia de género, el ámbito judicial en el que se interviene es en Derecho Penal, donde la evaluación de las secuelas de las víctimas y la evaluación de la imputabilidad del procesado son fundamentales en el procedimiento. De manera rutinaria, las mujeres víctimas de violencia de género no son evaluadas, a no ser que se presente violencia física. El testimonio de la víctima en este tipo de delitos es esencial, ya que la gran mayoría de estos casos se están produciendo en un ámbito privado, que carece de testigos presenciales, a veces careciendo de señales físicas y con versiones contradictorias de la víctima y el maltratador, siendo el testimonio de la víctima la única prueba para conseguir la condena del agresor. Es por este motivo que, cada vez en más ocasiones y para dotar de valor al testimonio de la víctima, se recurre a informes periciales que corroboren el mismo. De ahí el interés y la importancia de que estas pruebas sean lo más precisas posible (Lila, 2010).

### 3.2 Evaluación psicológica forense en casos de violencia de género

De manera tradicional, el Derecho Penal ha ido prestando atención a las lesiones físicas de las víctimas, pero ha hecho caso omiso del daño psicológico. Recientemente se ha cambiado este enfoque, asumiendo que la salud es mucho más que la mera ausencia de enfermedad. Así, por ejemplo, en la última reforma del Código Penal de 1995 (ley Orgánica 14/1999, referida al maltrato doméstico) se ha incluido la violencia psíquica habitual como delito (y no como una mera falta) en el reformulado art. 153.

La evaluación del daño psíquico, denominado “quantum doloris”, sufrido en las víctimas es muy importante tanto para poder planificar el tratamiento, como para tipificar los daños criminalmente, poder establecer una compensación adecuada o determinar, si la hubiere, incapacidad laboral. El daño psicológico, por tanto, se refiere, por un lado, a las lesiones psíquicas agudas que se producen por un delito violento, que, en algunos casos, pueden llegar a remitir con el paso del tiempo, y por otro, a las secuelas que persisten en la persona de una forma crónica y como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren de manera negativa en su vida cotidiana (Esbec, 1994).

El objetivo de la evaluación psicológica forense en la víctima de un delito de violencia de género, deberá ser, valorar el tipo de daño psicológico existente y así determinar las secuelas presentes a efectos de la reparación del daño causado. Nuestro ordenamiento jurídico no está pensado para proteger a las víctimas sino para perseguir a los culpables, por lo que la evaluación psicológica forense de la víctima además de para determinar los daños o secuelas en la víctima, sirve para dar o no credibilidad a su testimonio y para determinar la valoración del riesgo de incidencia.

El daño o huella psíquica lo vamos a obtener, a través de la medida de los efectos de un acto delictivo en la salud mental. En el caso de la práctica forense con mujeres víctimas de violencia de género, el trastorno primario encontrado es el Trastorno de Estrés Postraumático, y los trastornos secundarios presentes en ellas son depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales (Sarasua, Zubizarreta Echeburúa & Corral, 2007; Kessler et al., 1995).

Una vez identificado el daño psíquico o huella psíquica de la violencia de género, el siguiente paso va a ser su medida. Esta medida no es asumible en términos clínicos ordinarios. De hecho, la evaluación clínica tradicional nunca ha diagnosticado simulación porque no era motivo de sospecha (Rogers, 1997), algo que debe desconfiarse y, por tanto, someterse a prueba en un contexto médico-legal (American Psychiatric Association, 2000).

Como consecuencia de lo señalado anteriormente y del contexto legal vigente, la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se hace necesaria la creación y validación de un protocolo forense de medida del daño psicológico consecuente a la violencia de género. Para ello, se ha creado una aproximación multimétodo, mostrándose como la más efectiva hasta la fecha, y en la que se combina una entrevista y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Arce et al., 2009). Como parte de este protocolo, está la evaluación de la simulación y/o disimulación, al igual que en cualquier otro procedimiento forense.

La simulación o disimulación se define como el deseo deliberado por parte del sujeto de ocultar su estado mental real, bien para dar una imagen positiva de sí mismo (por ejemplo, en procedimientos para determinar la idoneidad de custodia de los hijos o hijas), o bien para transmitir un estado de deterioro acentuado (por ejemplo, en el ámbito de la

responsabilidad penal para conseguir la exculpación o en el campo del daño psíquico para reclamar una indemnización) (Pivovarova *et al.*, 2009) .

Existen tres tipos de instrumentos utilizados para la detección de la simulación: las entrevistas estructuradas, los instrumentos psicológicos generales o cognitivos y las pruebas o tests específicamente diseñados para la detección de simulación. Entre las entrevistas estructuradas, la SIRS-2 (Rogers, Sewell, y Gilliard, 2010) es el formato de entrevista estructurada con mayor validación empírica para la detección de la simulación de síntomas. Como instrumentos psicológicos entre otros tenemos aquellos instrumentos multiescalares de evaluación objetiva de la personalidad que presentan a su vez, índices de validez útiles para la detección de la simulación. Entre ellos se encuentran el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI; Ben-Porath & Tellegen, 2008) o el Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Morey, 1991). Y por último las pruebas específicas de simulación de síntomas.

En nuestro país, los únicos protocolos de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género que tienen en cuenta la detección de simulación es el de Arce *et al.* (2009) y el de Vilariño *et al.* (2009).

En el protocolo de Arce (2009), el control de la simulación se lleva a cabo mediante una entrevista clínico-forense y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2). En su estudio, se aplican nueve estrategias de simulación a la entrevista a las mujeres análogas (mujeres no víctimas de violencia que simulaban los síntomas), siendo las categorías de análisis las siguientes: no cooperación con la evaluación; síntomas sutiles; síntomas improbables; síntomas obvios; síntomas raros; combinación de síntomas; severidad de síntomas; inconsistencia de síntomas (observados y manifestados); y agrupación indiscriminada de síntomas. En el MMPI-2 se utilizó el índice F-K

(denominado en la literatura científica como *índice de Gough*) (Gough, 1947), que analiza las diferencias en puntuaciones directas entre las escalas tradicionales de validez *F* y *K* del MMPI- 2) y el perfil en *V* invertida para la valoración de la simulación mencionada en el MMPI-2 como *inconsistencia de respuestas variables*. Contemplada como escala adicional de validez del MMPI-2 y ubicada en el grupo de escalas suplementarias en la adaptación española (Ávila & Jiménez, 1999). En su estudio concluyen, por un lado, que la muestra empleada eran sólo simuladoras, con lo que no disponían de verdaderas víctimas para contrastarlas con las simuladoras y acercarse a los falsos positivos; y, por otro lado, que ninguno de los procedimientos de control de la simulación sometidos a prueba es por sí mismo totalmente efectivo y válido para la detección de la simulación. Proponen para el control de la misma adoptar una perspectiva multimétodo.

Asimismo, Vilariño et al., (2009) han desarrollado un protocolo similar con el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), con la finalidad de evaluar las estrategias de simulación en las entrevistas en conjunto, así como el uso de las escalas de validez de dicho instrumento (Total síntomas positivos (PST), Índice global de severidad (GSI) e Índice positivo de malestar (PSIDI)). Concluyen que los indicadores por sí solos no son suficientes como prueba de detección de simulación, mientras que la combinación de ambas medidas y sus correspondientes controles de validez permitió una buena discriminación entre víctimas reales y simuladoras.

Los mencionados protocolos utilizan como medida de simulación índices de validez, pero ninguno de ellos pruebas específicas de simulación. Como prueba específica para el control de la simulación en el contexto de la psicología forense en España, se emplea la Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). Dicho instrumento ha sido adaptado (González & Santamaría, 2009). Es una prueba de autoinforme de 75 ítems, diseñada con un carácter multiaxial para ser utilizada sólo como instrumento de screening

en la detección de la simulación de sintomatología psicopatológica y de alteraciones neurocognitivas, tanto en contextos clínicos como forenses. Está formada por seis escalas: psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos. En los estudios con población española, esta prueba ha mostrado evidencia psicométrica y empírica adecuada para ser utilizada bien como instrumento de screening inicial, bien como instrumento de apoyo a otras pruebas de evaluación multiescalar de la personalidad de amplio espectro, favoreciendo la convergencia de datos para la detección de simulación (Ordi, Fernández, & Marín, 2010). El único estudio previo en mujeres víctimas de violencia de género, (Echeburúa et al., 2016) muestra una buena correlación entre algunos ítems de la SIMS y la escala de gravedad de síntomas (EGS-R) del Trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-5, pero no en la puntuación global de la SIMS y esta misma escala en un grupo forense. Sin embargo, los datos de la SIMS en otras muestras indican que presenta unas ratios de especificidad (falsos positivos) poco aceptables (Van Impelen et al, 2014).

Se plantea por ello la necesidad de contar con instrumentos específicos de evaluación forense, en el ámbito de la violencia de género, que muestren las garantías suficientes de fiabilidad y validez, demandadas por este contexto de intervención, necesidad que es ineludible (Vilariño et al., 2009).

En resumen, aunque la Psicología Forense como disciplina está consolidada y se emplea de modo rutinario en los tribunales, la aplicación a las mujeres víctimas es muy escasa.

# **Capítulo 4:**

## **Neuropsicología Forense**





Tal y como hemos mencionado, en el último tercio del siglo XX y hasta la actualidad se produjo un amplio desarrollo de la Psicología Forense; siendo una de las áreas de mayor expansión de la psicología. Sin embargo, no llega a ser hasta la década de 1980 cuando se comienza a hablar de la Neuropsicología Forense (Giuliano et al., 1997). El término ha sido utilizado para referirse a una especialidad de la Neuropsicología, que consiste en la aplicación de los conocimientos neuropsicológicos al ámbito legal (Greiffenstein & Cohe, 2005; Martell, 1992; Giuliano et al., 1997; Goodyear & Umetsu, 2002). Desde este momento, la práctica de la Neuropsicología Forense ha experimentado un gran crecimiento, especialmente en las últimas décadas (Guilmette, Faust, Hart & Arkes, 1990; Sweet, Nelson & Moberg, 2006).

#### 4.1 Neuropsicología Forense: definición y objeto de estudio

Muchos autores entienden la Neuropsicología Forense como la traslación de los modelos, conocimientos, metodologías e instrumentación específica, que se desarrolla en el marco de la neuropsicología clínica y experimental, pero puesta al servicio de la justicia (Hom, 2003; Beckson & Bartzokis, 2003; Heilbronner, 2004). La Neuropsicología Forense está orientada a la resolución de la “cuestión forense”, no importando tanto determinar si el sujeto presenta o no alteraciones cognitivas, sino si éstas afectan al suceso bajo consideración legal o es el resultado del mismo (Hom, 2003; Larrabee, 2000).

La Neuropsicología Forense va a ofrecer a los tribunales, la posibilidad de realizar, de una forma sensible y fiable, la identificación de trastornos, descripción de éstos, el establecimiento de su relación con el sistema nervioso central y, por último, la recomendación de futuras evaluaciones y tratamientos (Giuliano et al., 1997; Denney, 2005; Lezak, Howieson & Loring, 2004). Así, McMahon & Satz (1981) sostienen que son

tres las principales tareas de la Neuropsicología Forense en las causas civiles y criminales: determinar la disfunción, establecer el efecto de esta disfunción sobre el individuo y pronunciarse respecto del pronóstico derivado de dichos déficits. Jarne, Aliaga y Villaseñor, (2013) añaden una más: establecer la relación entre la disfunción y la causa que se juzga.

Además, si bien no ha encontrado su mayor expansión en el área penal, se revela como un poderoso auxiliar en este campo, cuando se encuentran implicadas patologías que cursan con daño cerebral (Denney & Wynkoop, 2000; Giuliano et al., 1997). Así, en derecho penal, la Neuropsicología Forense parece muy útil en casos en los que la posible alteración cognitiva sea de carácter permanente, como son las secuelas neurocognitivas, o ante la posibilidad de identificar sintomatología inusual que no está causada por afectaciones neuropatológicas, como es la simulación o la evaluación de déficits cognitivos derivados de la exposición a situaciones de violencia (Denney, 2005).

Durante el proceso penal concretamente, el neuropsicólogo o neuropsicóloga forense puede participar en diferentes fases, siendo las de mayor relevancia la responsabilidad criminal, la necesidad de tratamiento y la valoración de las víctimas. En esta última, implica determinar la existencia, intensidad y permanencia de secuelas cognitivas, emocionales y comportamentales derivadas de agresiones como en causas de violencia de género. En este sentido, la tarea del neuropsicólogo o neuropsicóloga forense va a ser similar a la que realiza en contextos civiles.

El método de trabajo que utiliza la Neuropsicología Forense es básicamente el de la Neuropsicología Clínica, que incluye una completa anamnesis neurológica, psicopatológica y neuropsicológica; una buena exploración clínica neuropsicológica y del estado mental; un análisis detallado de los resultados de las pruebas complementarias

médicas, y una completa exploración neuropsicológica con el instrumental apropiado (LaDuke, Barr, Brodale & Rabin, 2016; Leonard, 2015). En la actualidad, la Neuropsicología Forense carece de métodos y técnicas específicamente forenses (a excepción de los test llamados de simulación), estando más vinculada a la Neuropsicología Clínica de lo que la Psicología Forense lo puede estar a la Psicología Clínica (Jarne & Hernández, 2001).

Resumiendo, la Neuropsicología Forense tiene como competencias, las mismas que la Psicología Forense y que la Psiquiatría Forense, pero referidas a los casos en los que se encuentra implicado el daño cerebral y sus consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales, funcionales y sociales, referentes tanto al imputado, como a la víctima, las personas testigos o a cualquier otra persona implicada en la causa.

#### 4.2 Evaluación Neuropsicológica Forense y su aplicación en víctimas de violencia de género.

El neuropsicólogo o neuropsicóloga forense tiene la responsabilidad de proveer una comprensión amplia acerca del funcionamiento cognitivo y conductual de la persona examinada, integrando los diferentes datos que recoge y elaborando un diagnóstico en relación con los déficits secundarios producidos por una alteración del sistema nervioso central. En este sentido, el profesional de la Neuropsicología puede llegar a ser clave en el proceso judicial al aportar, en su calidad de testigo/perito experto, elementos que van a ser determinantes en el establecimiento de la verdad (Slachevsky, Pérez & Prenafeta, 2013).

Los diferentes códigos civiles coinciden que, el concepto de daño se puede definir “como el perjuicio o menoscabo que sufre una persona, que ha sido causado por un tercero, por acción u omisión” (Código Civil Español, art. 2108). En el contexto médico-legal

también existen múltiples definiciones sobre el concepto de daño, aunque la que tiene mayor aceptación es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su resolución WHO 29:35 aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra, que “corresponde a la pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica” (Organización Mundial de la Salud, 2013). En lo referente al perjuicio psíquico, se refiere a “todo aquel deterioro de las funciones psíquicas y que ha sido provocado, de manera directa o indirecta, por otra persona o por una entidad responsable” (Naharro, Sole & Falcone, 2013).

En el mundo del derecho, cuando se produce una lesión, el/la responsable de la misma está obligado a reparar el daño ocasionado; debe compensar tanto lo perdido como las secuelas. En este sentido, toda indemnización de tipo personal obliga a evaluar el daño para que se pueda convertir en una indemnización económica (Naharro, Soler & Falcone, 2013).

En materia de violencia contra la pareja, la finalidad perseguida en un procedimiento, al igual que en cualquier otro procedimiento penal, es fijar, con la máxima exactitud posible, las consecuencias que un proceso traumático ha tenido sobre las facultades mentales de la víctima, lo que a su vez, puede servir para que un/una juez/jueza o los tribunales puedan establecer una compensación económica, o para que los/las particulares alcancen algún grado de acuerdo sobre los daños y las indemnizaciones derivadas de las lesiones producidas.

El objetivo de la evaluación neuropsicológica será la determinación, en la víctima, con una lesión o disfunción cerebral, de las áreas cognitivas deficitarias y de las áreas preservadas, el patrón de la disfunción cognitiva y las consecuencias de la lesión o disfunción en el comportamiento (Heaton & Mancotte, 2003). La Neuropsicología Forense,

responderá a las preguntas que surgen en el ámbito legal a través de los métodos de la evaluación neuropsicológica (Greiffenstein & Cohen, 2005).

Este tipo de examen se va a basar en varias fuentes de datos, como la información aportada por el propio evaluado, la entrevista clínica, la observación de su comportamiento durante el examen, entrevista con personas próximas, y de su rendimiento en los test neuropsicológicos aplicados; estos últimos van a ser los que constituyan la principal herramienta de recogida de información, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo (Slachevsky, Pérez & Prenafeta, 2013).

En el ámbito de la Neuropsicología Forense, la evaluación neuropsicológica debe responder, de manera específica, a varias preguntas que le van a ser formuladas desde el ámbito legal, por lo que requiere de una metodología distinta a la utilizada en el ámbito clínico. Aquí, el neuropsicólogo o neuropsicóloga forense va a necesitar fuentes de datos más amplias que las utilizadas por el clínico en el momento de emitir su conclusión respecto a la peritada (Denney, 2005).

El/la neuropsicólogo/a forense, en su evaluación, dará mayor importancia a los datos objetivos que a los subjetivos, es decir, otorgará mayor relevancia a la información obtenida en las pruebas neuropsicológicas aplicadas. Será necesario, además, que considere y revise con detalle los antecedentes clínicos, académicos, laborales y familiares. De esta manera, podrá contestar de manera más consistente a la pregunta legal que se le ha formulado (Denney, 2005; Verdejo et al., 2004).

En este ámbito, el neuropsicólogo o neuropsicóloga forense, necesita obtener información de la historia pasada de la víctima, del momento específico en el que ocurrieron los hechos que se investigan, y del presente inmediato. La información obtenida a partir de estas tres fuentes debe poseer una consistencia razonable que permita explicar y

comprender el funcionamiento cognitivo y conductual de la víctima, de modo que se pueda responder a la pregunta legal que le ha sido formulada (Denney, 2005).

El examen neuropsicológico forense constará de diferentes etapas. En una primera etapa, revisará informes y antecedentes previos de la persona examinada. Para ello, se obtendrá información complementaria al examen neuropsicológico, que le va a permitir contextualizar la pregunta legal que se le ha formulado desde los tribunales. Necesita revisar el expediente de la investigación, informes médicos y psicológicos previos, datos escolares y académicos, antecedentes laborales y penales (si los hubiera), siendo todo ello clave para planificar la batería de pruebas neuropsicológicas que serán administradas.

En una segunda etapa, se llevará a cabo la entrevista clínica y observación de la persona examinada. Esta entrevista permitirá constatar y corroborar tanto los antecedentes que se le han facilitado desde los tribunales como los resultados que obtenga desde las pruebas neuropsicológicas que aplicará. Aquí se recomienda coordinar una entrevista previa con el/la abogado/a que permita explicitar de manera clara cuál es la tarea específica que se solicita del neuropsicólogo o neuropsicóloga forense (Slachevsky, Pérez & Prenafeta, 2013).

En una tercera etapa, se seleccionará y organizarán las pruebas para la evaluación neuropsicológica. La opción ideal, de cara a la evaluación neuropsicológica forense consistirá en combinar diferentes tipos de pruebas neuropsicológicas, considerando siempre la pregunta legal en la que se contextualiza el examen pericial, la hipótesis diagnóstica formulada a partir de la revisión de los antecedentes previos del examen, la entrevista clínica y la observación de la conducta del examen durante ésta.

Para cada función cognitiva se debe elegir varios instrumentos para su evaluación, los cuales se deben administrar en momentos diferentes. En cada sesión debemos evaluar: atención, memoria, lenguaje, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Además, como pruebas complementarias, se administrará un test de inteligencia (es importante conocer o estimar el coeficiente intelectual premórbido de una persona para poder interpretar sus rendimientos actuales y saber si son consistentes o no sus habilidades premórbidas) y una prueba de evaluación de los trastornos psiquiátricos. Finalmente, y como en cualquier ámbito forense, forman parte del protocolo de evaluación neuropsicológico forense, las pruebas de esfuerzo o simulación, siendo estas técnicas de valoración específicamente forenses.

Respecto a la valoración de las víctimas de violencia de género, la tarea del profesional de la Neuropsicología Forense será similar a la previamente descrita. Implica determinar la existencia, intensidad y permanencia de secuelas cognitivas, emocionales y comportamentales derivadas de agresiones por parte de terceros (Jarné, Aliaga & Villaseñor, 2013). Este tipo de examen neuropsicológico forense, hasta donde nosotros sabemos, no se está llevando a cabo en mujeres víctimas de violencia de género en España.

#### 4.3 Evaluación neuropsicológica forense del esfuerzo o simulación y su aplicación en mujeres víctimas de violencia de género.

Como parte del protocolo de evaluación neuropsicológica forense, los profesionales siempre deben administrar pruebas de esfuerzo (esfuerzo insuficiente o *disimulación*) cuando realizan una evaluación forense, con el objeto de garantizar que los daños detectados no han sido exagerados o inventados (Vilar-López & Aliaga, 2013). Así, el DSM-V define la simulación (V65.2 (Z76.5)) como la representación de síntomas físicos



o psicológicos falsos o exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el trabajo, obtener una compensación económica o evadir responsabilidades criminales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Es considerada como una entidad clínica.

En procesos forenses hay distintos tipos de instrumentos empleados en la detección del bajo esfuerzo de acuerdo a Larrabee (2012). Estos se pueden agrupar en los test de validación de síntomas (Symptom Validity Test, SVT), que evalúan la presencia de síntomas autoinformados, y los test de validación de la ejecución (Performance Validity Test, PVT) que permiten validar el rendimiento. Los PVT, a su vez, pueden ser clasificados en *embeded*, si son parte de otra prueba psicológica, o en *stand-alone*, si fueron diseñados específicamente para medir esfuerzo (Larrabee, 2012).

En esta línea, los PVT *stand-alone* pueden ser clasificados de diferente manera, dependiendo de las características de cada prueba. Así, nos encontramos con pruebas basadas en el efecto suelo (es decir, pruebas sencillas que los sujetos simuladores realizan incorrectamente); pruebas basadas en la producción de respuestas inusuales (respuestas que sólo realizan los individuos simuladores); pruebas de validación del síntoma (basadas en la distribución binomial) e instrumentos de uso clínico (o instrumentos neuropsicológicos tradicionales de los que se ha derivado alguna medida de simulación) (Vilar-López & Aliaga, 2013).

Considerando los SVT en España, Arce y Fariña (2007) han elaborado un protocolo multimétodo de evaluación del daño psíquico utilizando dos criterios para medir simulación en mujeres víctimas de violencia de género. Protocolo que se ha utilizado para medir credibilidad del testimonio, pero no como prueba de bajo esfuerzo en evaluación neuropsicológica forense.

Respecto a las PVT en España, la única prueba disponible en población española es el Test of Memory Malinger (TOMM; Tombaugh, 1996; Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012)). Este instrumento es una prueba de elección forzosa insensible a los efectos del entrenamiento (Powell et al., 2004), de la edad (Teichner & Wagner, 2004), educación (Constantino & Mc Caffrey, 2003), daño traumático (Haber & Fichtenberg, 2006) y trastornos psiquiátricos (Duncan 2005). En población española, ha mostrado su alta eficacia en sujetos con traumatismo craneoencefálico leve, tanto en los involucrados en litigios como en los no involucrados en los mismos (Vilar-López, R., et al., 2007). Otros estudios revelan la alta sensibilidad y especificidad del TOMM como PVT en grupos de análogos, controles, pacientes con alta probabilidad de responder con esfuerzo insuficiente y pacientes forenses con sospecha de simulación (Vilar-López et al., 2007; Vilar-López, Gómez- Río, Caracuel-Romero, Llamas-Elvira, & Pérez -García, 2008; Vilar-López, Gómez-Río, Santiago-Ramajo, et al., 2008). Hasta donde sabemos, este instrumento no ha sido empleado en mujeres víctimas de violencia de género.

En resumen, el desarrollo de pruebas de bajo esfuerzo/ simulación cuenta con sólidos fundamentos teóricos e instrumentos específicos que han demostrado su utilidad en el ámbito judicial. Sin embargo, hasta donde nosotros sabemos, nunca han sido aplicados en casos de violencia de género.



## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**



# **Capítulo 5:**

## **Justificación y Objetivos**



## **5.1 Justificación**

Por todo lo expuesto, resulta necesario conocer el funcionamiento neuropsicológico de las víctimas de violencia de género para desarrollar procedimientos de evaluación de las mismas más apropiados. Hasta donde nosotros conocemos, no se ha llevado a cabo ningún estudio que evalúe el funcionamiento neuropsicológico en contextos forenses en España.

De esta manera, el objetivo principal de la presente tesis doctoral ha sido mostrar la aplicación de la Neuropsicología Forense en la evaluación de mujeres víctimas de violencia de género.

Con el fin de alcanzar el objetivo general, se propusieron objetivos específicos abordados en los dos estudios llevados a cabo, y que se desglosarán a continuación. Cada estudio se corresponde con uno de los artículos que conforman la presente tesis doctoral, y que han sido publicados. En primer lugar, se estudió como se comportaban los PVT y los SVT en mujeres víctimas de violencia de género. En segundo lugar, se presenta la experiencia de la aplicación de las pruebas de simulación neuropsicológica a un caso forense real.

## **5.2 Objetivos específicos e hipótesis**

**5.2.1** Conocer cómo se comportan diferentes pruebas de bajo esfuerzo/disimulación en una población de mujeres víctimas de violencia de género.

Una vez mostrada la aplicación de la Neuropsicología forense en procedimientos judiciales, el siguiente paso fue investigar la sensibilidad de un Performance Validity Tests (TOMM) y un Symptom Validity Tests (SIMS) como pruebas específicas de validación de síntomas y validación de ejecución, en la evaluación de secuelas en mujeres víctimas de violencia de género. Para ello, se estudiaron las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas, para poder determinar cuál de ellas era más adecuada en esta población.



La hipótesis planteada fue que tanto las pruebas de PVT como las de SVT mostrarán una adecuada especificidad en mujeres españolas víctimas de violencia de género, de acuerdo con la evidencia informada en la introducción.

Los resultados de este estudio se han publicado en 2017 en el *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. Se encuentra íntegramente en el Anexo I.

**5.2.2** Mostrar la aplicación de la Neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en casos de violencia de género.

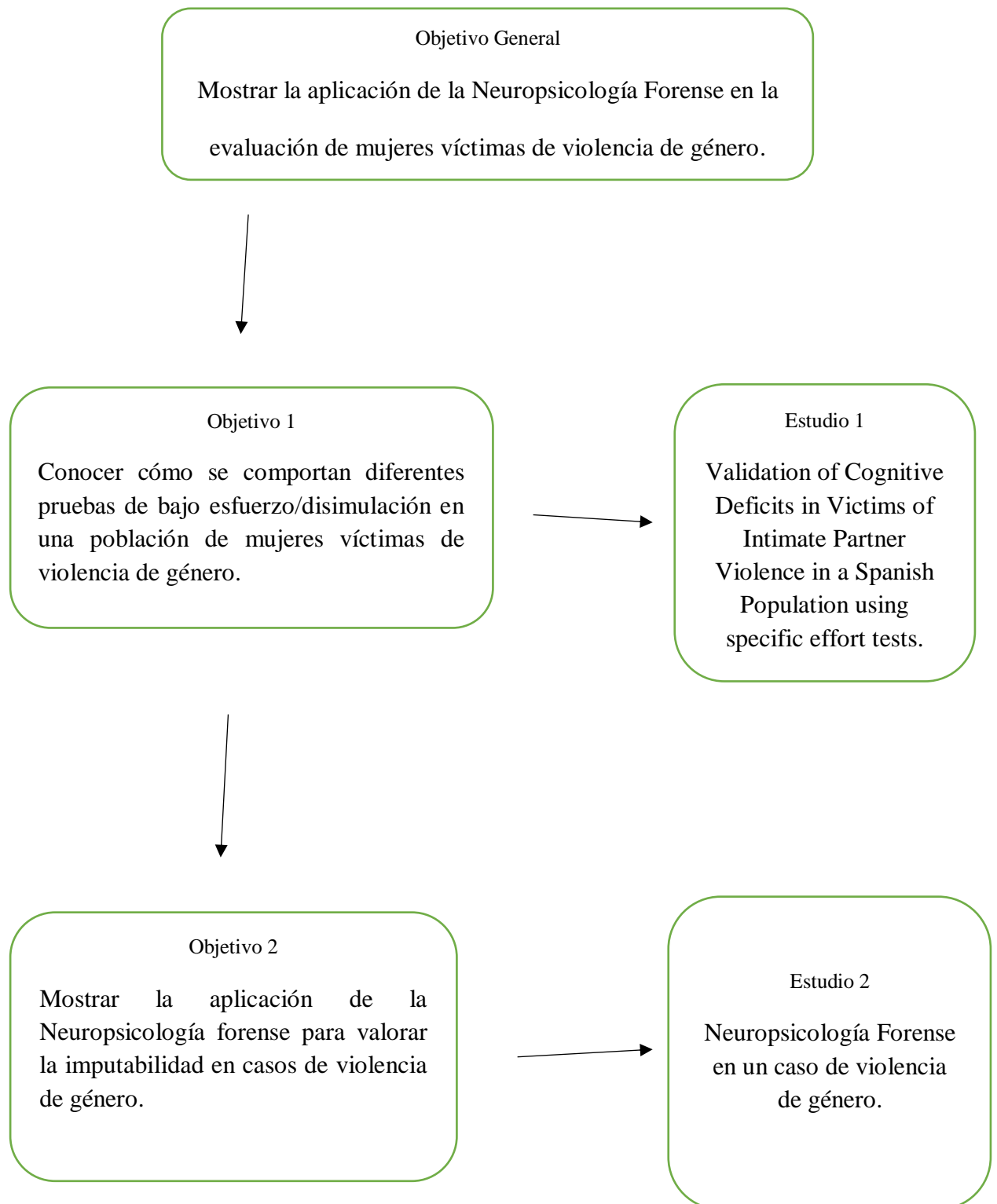
En segundo lugar, se decidió mostrar la aplicación de la Neuropsicología forense para valorar la imputabilidad de una mujer en un procedimiento judicial, mujer víctima de violencia de género, y las consecuencias que para dicho procedimiento tuvo la valoración neuropsicológica forense.

Partimos de la hipótesis general de que las mujeres víctimas de violencia de género presentan alteraciones neuropsicológicas y que estas alteraciones tienen una repercusión en contextos forenses (Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011; Valera, y Berenbaum, 2003; Ivany, 2016; O`Sullivan, 2015; Neumeiste et al., 2016; Hom, 2003; Beckson & Batzokis, 2003; Heilbronner, 2004; Larrabee, 2000; Lezak, Howieson & Loring, 2004; Jarné, Aliaga & Villaseñor, 2013).

Es la primera vez que, en España, se solicita un informe neuropsicológico forense en casos de violencia de género, con el resultado de un fallecimiento.

Los resultados de este estudio se han publicado en 2016 en la revista *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Dicho artículo se encuentra íntegramente en el Anexo II.

De modo gráfico, los objetivos se pueden presentar en el siguiente diagrama:





### **3. Memoria de Trabajos**



## Capítulo 6

### **VALIDATION OF NEUROPSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN A SPANISH POPULATION USING SPECIFIC EFFORT TESTS**

Marín, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Daugherty, J., Jiménez-González, P. & Pérez, M., (2017). Validation of neuropsychological consequences in Victims of Intimate Partner Violence in a Spanish Population using specific effort tests. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-13.

*(Artículo original publicado, ver anexo 1)*



## **Introduction**

In recent years, societal and professional awareness about the pervasiveness and severity of intimate partner violence (IPV) has grown considerably. According to the Center for Disease Control (2016), IPV is described as “physical violence, sexual violence, stalking and psychological aggression (including coercive acts) by a current or former intimate partner”. Approximately 1% of women are fatal victims of IPV, making it the leading cause of death in the world for women between the age of 16 and 44 years. With regard to prevalence, a meta-analysis of 141 studies (including 81 countries) found that a third (30%) of women worldwide have suffered physical or sexual violence from their intimate partner (Devries et al., 2013). In Spain, 24.8% of the female population has suffered intimate partner violence (Ruiz-Pérez, Escriba-Aguir, Montero-Piñar, Vives-Cases, & Rodríguez-Barranco, 2016). According to the most recent annual census for statistics on intimate partner violence in Spain, of the women who have had at least one intimate partner, 10.7% have suffered physical, 25.4% psychological control, 21.9% emotional, 8.1% sexual, and 10.8% economic violence throughout their lifetime (Ministry of Health Social Services and Equality, 2015)

Various studies have found neuropsychological consequences in female victims of IPV in domains such as learning and memory (Valera & Barenbaum, 2003), attention, response inhibition, working memory (Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Little et al., 2010), and processing speed on tasks requiring executive functioning. These sequelae may result from multiple factors linked to violence, such as a loss of consciousness (Jackson et al., 2002; Monahan & O’Leary, 1999), post-traumatic stress (Aupperle et al., 2012; Stein, Kennedy & Twamley, 2002; Twamley et al., 2009; Valera & Berenbaum, 2003), and brain trauma (Ivany & Schminkey, 2016; Kwako et al., 2011; Zieman et al., 2016) caused by impacts to the head and/or strangulation (Wong, Fong, Lai, & Tiwari, 2014). Despite these



findings, most women attending domestic abuse shelters are not assessed or rehabilitated for acquired brain damage and are instead given psychotherapy alone and legal counseling.

Neuropsychological alterations resulting from the abuse have important implications with regard to the evaluation of acquired damage and the victim's testimony (Alvarez-Bello, 2013; Marín et al., 2016) in court. As part of routine protocol in forensic evaluations, professionals should always test for simulation by administering an effort test (insufficient effort exerted when taking the tests or *dissimulation*), in order to guarantee that the damage detected has not been exaggerated or contrived (Martin, Schroeder, & Odland, 2015; Vilar & Aliaga, 2013). In the Diagnostic and Statistical Manual-5, simulation is considered a diagnostic category and defined as the presentation of false or exaggerated physical or psychological symptoms, motivated by external incentives, such as avoiding military service or work, obtaining economic compensation, circumventing criminal responsibility, or attaining pharmaceuticals (American Psychological Association, 2013). Effort tests are considered a necessary part of protocol, despite the fact that the actual percentage of false reports in cases of IPV is very small and around 0% (State Attorney General, 2016). It is therefore essential to have an instrument that can support the credibility of women's testimonies in trials on intimate partner violence.

In forensic processes, there are different types of instruments employed to detect low effort (Heilbronner et al., 2009; Larrabee, 2012; Martin et al., 2015). On one hand, there are symptom validity tests that evaluate the existence of self-informed symptoms. These tests were principally designed as screening assessments for lack of effort (Rogers et al., 2014). One of the most commonly used symptom validity test is the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; Smith & Burger, 1997), which was designed to detect psychopathological and neuropsychological symptoms (Rogers et al., 2014, Widows & Smith, 2004). In a recent meta-analysis, the SIMS was considered to have

acceptable sensitivity but a low diagnostic specificity for feigning. It was also shown to overestimate the prevalence of simulation in patients who suffer from schizophrenia, intellectual disability, and psychogenic non-epileptic seizures (Van Impelen et al., 2014).

Another type of effort assessment is the performance validity test, which evaluates the individual's execution and precision on the test. Performance validity tests can be classified as *embedded* if they form part of another neuropsychological test, or as 'stand-alone' if they are specifically designed to measure effort on their own (Heilbronner et al., 2009). There is extensive research showing the acceptable psychometric properties and utility of this type of validity test in forensic settings (Heilbronner et al., 2009). One of the more commonly used performance validity tests is the Test of Memory Malingering (TOMM; Tombaugh, 1996; Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012). TOMM is a forced choice test that is insensitive to training biases (Powell et al., 2004), age (Teichner and Wagner, 2004), education (Constantino and McCaffrey, 2003), traumatic injuries (Haber and Fichtenberg, 2006), and psychiatric disorders (Duncan, 2005), obtaining 0% false positives both in healthy control participants and in diverse clinical populations (An, Zakzanis&Joordens, 2012; An, Kaploun et al., 2017; Silk-Eglit et al., 2014, Tombaugh, 2003, Vilar-López et al., 2007).

To our knowledge, there are currently no studies concerning effort tests in intimate partner violence victims and no study has compared symptom versus performance validity tests in the evaluation of neuropsychological damage in this population. Nevertheless, there is evidence for neuropsychological damage as consequence of brain injury (Ivany y Schminkey, 2016; Ziemann et al., 2016), which could have important implications in court (Marín et al, 2016). A comparison of the specific effort tests chosen in this study is not only pertinent for international use, but is especially fundamental for Spanish-speaking female victims as the SIMS is the only symptom validity test (González- Ordi, Santamaría-

Fernández, 2009; Ordi, Fernández, &Marín, 2010) and TOMM the only performance validity test (Vilar-López et al., 2007; Vilar-López, Gómez- Río, Caracuel-Romero, Llamas-Elvira, & Pérez -García, 2008; Vilar-López, Gómez-Río, Santiago-Ramajo, et al., 2008) adapted to the Spanish population. For this reason, it is essential to understand the adequacy of both symptom and performance validity tests with this specific population.

Therefore, the objective of this study is to compare the sensitivity/false positives of a performance validity test (TOMM; Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012) and a symptom validity test (SIMS; Widows, 2009) in a sample of female victims of intimate partner violence and a control group. We hypothesize that since both tests demonstrate a high efficacy as performance and symptom validity tests in the Spanish population, they will operate the same in female victims of IPV in Spain.

## **Metodology**

### **Participants**

The sample includes two groups: 68 female victims of IPV (current or previous partner) with an age range of 18 to 52 years ( $M= 40.07$ ,  $SD=7.733$ ), and 40 women who had not been battered by their partner or ex-partner with an age range between 20 and 52 years ( $M= 39.43$ ,  $SD=8.569$ ). The group of female IPV victims was composed of women who suffered psychological violence alone OR a combination of psychological and physical violence. Within this group, 30.8% ( $n=21$ ) suffered psychological violence, 26.4% ( $n=18$ ) psychological+physical violence, 4.4% ( $n=3$ ) psychological+sexual violence, and 38.24% ( $n=26$ ) psychological+physical+sexual violence. While there were no significant age differences between groups (IPV victims and the Control group), differences were found within education levels (see Table 1). “ACTIVA,” where they received psychological support by clinical psychologists. All attendees were informed about the

study and decided to participate voluntarily without receiving any compensation. Data were collected at the association, where safety and confidentiality was guaranteed by the professionals who conducted the evaluations. For additional information on sociodemographic factors, see Table 1.

Criteria for inclusion and exclusion were established prior to data collection and were applied to all participants. Inclusion criteria required all participants to be at least 18 years of age, and to be able to read, write, and understand study instructions. Participants in the IPV group must have suffered violence (exclusively psychological or psychological and physical/sexual) from their partner or ex-partner. To be included in the study, there was no requirement for the duration of the abuse (no maximum nor minimum amount of time). Exclusion criteria precluded individuals who were illiterate or had difficulty completing written tests, consumed psychotropic medication that would interfere with test execution, had antecedents for severe psychopathology, and had a history of drug and/or alcohol abuse. Effort tests rely on the assumption that true cognitive impairment does not affect performance on these tests. This has been extensively documented in cognitively impaired clinical groups. Nevertheless, this is not clear for severe psychiatric disorders such as schizophrenia or schizoaffective disorder (Hunt, Root & Bascetta, 2014). For this reason, we excluded participants with these psychiatric disorders. To rule out the possibility of severe psychopathology, a clinical interview was conducted by a clinical psychologist (PJG), which included screening information for psychopathology. Furthermore, previous clinical psychological records provided by the ACTIVA association were revised.

None of the participants fulfilled the Diagnostic and Statistical Manual-5 criteria for simulation, considering the fact that none attempted to avoid work, obtain economic compensation, evade criminal responsibilities, or obtain pharmaceuticals (American

Psychological Association, 2013). The study was approved by the Ethics Committee of Human Research at the University of Granada.

### **Procedure**

Before conducting the assessments, researchers explained, both in verbal and written form, that participation is voluntary, that they may withdraw at any moment, and that they could receive feedback from their results when the study was completed. The study's procedure and objectives were also explained to the participants. All participants and researchers dated and signed the informed consent form twice, as one copy was given to the participants and the other was confidentially saved in safe-keeping by the researchers. The informed consent document included information about the confidentiality of the data collected, in agreement with the Protection of Personal Data and Professional Secrecy Organic Law 15/1999 (December 13th).

The lead researchers were psychologists with a trajectory in working with female victims of IPV and received training on how to administer the neuropsychological evaluations. The evaluator was always in the same room as the participant in order to resolve any questions or problems that could arise during testing. Participants were tested in quiet rooms that were equipped for evaluations and treatment in the association's installation. The evaluation was completed individually. All assessment instruments were given in paper form and their instructions were provided verbally following the protocol indicated by the administration manuals of each test. A screening test (CTS-2) was also administered to identify participants who may have suffered psychological or physical intimate partner violence, but who had not joined the association for this reason. This project is part of a larger line of research, for which an extensive evaluation of two sessions two hours each (breaks included) was completed.

## **Instruments**

### ***Given exclusively to the IPV group:***

**Revised Conflict Tactic Scale (CTS2)** (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman 1996). This scale is used to detect the presence of physical and/or psychological violence by an intimate partner in the last year or throughout the relationship, the memory of having experienced physical violence among parents before 16 years of age, or having suffered physical abuse by parents before the age of 16. It measures frequency and intensity of violence in the couples' relationship. Reliability ranges from 0.79 to 0.95 (Straus et al., 1996).

### ***Sociodemographic variables and variables related to abuse***

The sociodemographic characteristics and those related to abuse were evaluated using the following instruments:

Semistructured interview about domestic violence (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta, & Saucá 1994). This interview measures demographic variables, history of victimization, abuse, emotional expression of the victim, and reactions of the family and social environment in the face of the abusive events, among other pertinent variables to domestic violence.

### ***Symptom Validity and Performance Validity Tests***

Test of Memory Malingering (TOMM; Tombaugh, 1996): TOMM is a performance validity test that consists of 50 verbal memory items. There are two learning trials in which the participant views 50 line drawings (three seconds each) on a screen/paper, and a retention trial. Two different cut-off scores may be applied to differentiate between which scores are due to traumatic brain injury or neuropsychological impairment and those that are a result of simulation. With regard to test reliability, in accordance with the criteria

established by Tombaugh (1996), the instrument demonstrates a high alpha coefficient for the three trials (T1= .94, T2= .95 and T3= .94). Regarding validity, TOMM has shown a 90% specificity and 93% sensitivity (Tombaugh, 1996).

Structured Inventory of Malingering Symptomology (SIMS; Smith & Burger, 1997): SIMS is a self-administered symptom validity test used to screen for simulated psychopathology. It consists of 75 true-or-false items and is organized into five scale domains: Psychosis, Low Intelligence, Neurologic Impairment, Affective Disorders, and Amnesic Disorders. The alpha coefficient for reliability of SIMS total score (Spanish adaptation) was 0.94. The coefficient values of the different scales vary between 0.65 and 0.90. The subscales of Psychosis, Amnesic Disorders and Neurologic Impairment are superior to 0.80. On the other hand, it is advised to use larger confidence scales for the subscales of Affective Disorders and Low Intelligence. Regarding validity, SIMS has shown sensitivity ranging from 75% to 100% and specificity ranging from 37% to 93% using known-group designs (Van Impelen et al., 2014).

### **Statistical Analysis**

Descriptive statistics were obtained for sociodemographic variables, effort measures, and factors related to intimate partner violence. Student t-tests were completed to assure the groups were matched in age. A  $\chi^2$  analysis was carried out to analyze the frequency of women scoring as malingerers or normal on effort tests by comparing women who have suffered IPV with a control group (non-victims).

## Results

All women who participated in this study were matched in age, such that there were no statistical differences in age between the IPV and control group. Principle sociodemographic characteristics are displayed in Table 1 (Table 1).

Table 1. Principle sociodemographic characteristics for the IPV and control group.

| Variables                                 | FIPV<br>(n=68) | CW<br>(n=40) | $\chi^2$ |
|---|----------------|--------------|----------|
| <b>Current age</b>                        |                |              |          |
| Mean( <i>SD</i> )                         | 40.0 (7.7)     | 39.4 (8.6)   | .39      |
| <b>Level of education% (n)</b>            |                |              |          |
| Primary                                   | 22.1% (15)     | 7.7% (3)     | 8.72*    |
| Secondary/professionals                   | 52.9% (36)     | 41% (16)     |          |
| Superiors                                 | 25.0% (17)     | 51.3% (20)   |          |
| <b>Current work% (n)</b>                  |                |              |          |
| Yes                                       | 45.6% (31)     | 37.5% (15)   | .67      |
| No  | 54.4% (37)     | 62.5% (25)   |          |
| <b>Number of children</b>                 |                |              |          |
| Mean ( <i>SD</i> )                        | 1.9 (1)        | 1.5 (1.1)    | .01**    |
| <b>Age of onset of the relationship</b>   |                |              |          |
| Mean ( <i>SD</i> )                        | 21.1 (5.7)     | 21 (9.2)     | 1.88     |
| <b>Type of violence % (n)</b>             |                |              |          |
| Psychological violence                    | 30.9% (21)     |              |          |
| Psychological & physical violence         | 26.5% (18)     |              |          |
| Psychological & sexual violence           | 4.4% (3)       |              |          |
| Psychological, physical & sexual violence | 38.2% (26)     |              |          |

NOTE: FIPV= female victims intimate partner violence, CW= Control women.



\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

The scales on the different instruments for effort (SIMS and TOMM) were dichotomized into a new variable (no simulation vs. simulation), taking into account the cutoff scores for simulation or low effort provided by the manuals of both tests (SIMS; Widows & Smith, 2004; González-Ordi, Santamaría-Fernández, 2009) (TOMM; Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012).

The  $\chi^2$  demonstrated significant statistical differences between the group of female victims and the control group on the SIMS scale for Psychosis ( $\chi^2=19.945$ ;  $p=.33$ ), Neurologic Impairment ( $\chi^2=19.5$ ;  $p=.00$ ), Amnesic Disorders ( $\chi^2=12.879$ ;  $p=.00$ ), Affective Disorders ( $\chi^2=13.44$ ;  $p=.00$ ), and the total scale ( $\chi^2=19.253$ ;  $p=.00$ ). There were no differences on the scale for Low Intelligence (Table 2).

Table 2. Performance differences between female victims of IPV and the control group on SIMS.

| SIMS                              | FIPV<br>(n=54) | CW<br>(n=30)  | $\chi^2$ | d   |
|-----------------------------------|----------------|---------------|----------|-----|
| <b>Total % (n)</b>                |                |               | 19.25**  | 1.1 |
| Simulation                        | 59.3% (32)     | 10% (3)       |          |     |
| No simulation                     | 40.7% (22)     | 90% (27)      |          |     |
| <b>Psychosis% (n)</b>             |                |               | .95      | 0.2 |
| Simulation                        | 25.9% (14)     | 16.7% (5)     |          |     |
| No simulation                     | 74.1% (40)     | 83.3%<br>(25) |          |     |
| <b>Neurologic impairment% (n)</b> |                |               | 19.55**  | 1.1 |
| Simulation                        | 55.6% (30)     | 6.7% (2)      |          |     |

|                                 |            |               |         |     |
|---------------------------------|------------|---------------|---------|-----|
| No simulation                   | 44.4% (24) | 93.3%<br>(28) |         |     |
| <b>Amnesic disorders% (n)</b>   |            |               | 12.88** | 0.9 |
| Simulation                      | 44.4% (24) | 6.7% (2)      |         |     |
| No simulation                   | 55.6% (30) | 93.3%<br>(28) |         |     |
| <b>Low intelligence% (n)</b>    |            |               | .10     | 0.1 |
| Simulation                      | 33.3% (18) | 36.7%<br>(11) |         |     |
| No simulation                   | 66.7% (36) | 63.3%<br>(19) |         |     |
| <b>Affective disorders% (n)</b> |            |               | 13.44   | 0.9 |
| Simulation                      | 50.0% (27) | 10.0% (3)     |         |     |
| No simulation                   | 50.0% (27) | 90.0%<br>(27) |         |     |

NOTE: FIPV= Female victims intimate partner violence, CW= Control Women.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

With regard to TOMM, it was not possible to calculate statistical analyses. Due to a very low cell size (frequency  $< 5$ ), there were no statistically significant differences (Table 3). Nevertheless, no participants fell into the simulation category for either group of women.

Table 3. Performance differences between female victims of IPV and the control group on TOMM.

| TOMM                | FIPV<br>(n=67) | CW<br>(n=40) | $\chi^2$ |
|---------------------|----------------|--------------|----------|
| <b>Trial 1% (n)</b> |                |              |          |
| Simulation          | 7 (1.4%)       | 0 (0%)       | 4,47*    |
| No simulation       | 60 (89.6%)     | 40 (100%)    |          |

|                     |           |           |    |
|---------------------|-----------|-----------|----|
| <b>Trial 2% (n)</b> | (n=67)    | (n=40)    | NA |
| Simulation          | 0 (0%)    | 0 (0%)    |    |
| No simulation       | 67 (100%) | 39 (100%) |    |

NOTE: FIPV= Female victims intimate partner violence, CW= Control Women. NA=

There were no cases and, therefore, no statistical analysis was applied.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

## Discussion

The main objective of this study was to compare the rate of false positives in a Performance Validity Test (TOMM) with a Symptom Validity Test (SIMS) in a sample of non-simulating female victims of intimate partner violence (honest) with a group of control females. Results demonstrate a high percentage of false positives for the SIMS that ranges between 6.7% and 36% (10% for the total score) in the control group and between 25.9% and 59.3% (59.3% for the total score) in the IPV group. Nevertheless, there were no false positives found for the IPV group nor for the control group in the second trial of TOMM.

To our knowledge, this is the first study to compare a performance validity test (TOMM) with a symptom validity test (SIMS) in a group of female victims of intimate partner violence as compared to a group of control females, with neither group meeting criteria for simulation as defined by the APA (2013). Other studies comparing performance to symptom validity tests in other populations have found that performance validity tests demonstrate better results for sensitivity and specificity, albeit a combination of both types leads to better results (Copeland et al., 2016). Our findings for specificity are consistent with these results, as SIMS has demonstrated a considerably higher percentage of false positives in both female victims and control participants. These differences could be due to the fact that SIMS is a screening test, making it optimal for use when a high sensitivity is

needed. On the other hand, TOMM is oriented towards the diagnosis of simulation, leading to a greater focus on both sensitivity and specificity (Roger et al., 2014).

Considering TOMM specifically, our results are similar to those gathered in other studies assessing control groups and non-simulating patients. With regard to control groups, the majority of studies have obtained 0% false positives in student samples (An et al., 2012; An et al., 2017; Silk-Eglit et al., 2014) and healthy controls (Tombaugh, 2003). These results are similar to findings with patients suffering from traumatic brain injury who were not involved in litigation, where 0% of false positives were found in the validation samples for TOMM (Tombaugh, 2003). In the Spanish population, there were 0% of false positives found in patients diagnosed with Post-Concussion Syndrome from mild traumatic brain injury who were not involved in litigations (Vilar-López et al., 2007).

In the case of SIMS, research with other populations indicates less-than-optimal specificity ratios (false positives). In a recent meta-analysis of SIMS (Van Impelen et al., 2014), a specificity between 0.37 and 0.59 (63% and 41% of false positives) was found using the total score in non-simulating patients, and 0.93 (7% of false positives) in healthy controls. These findings clearly indicate that SIMS has the potential to overestimate the prevalence of simulation. Our results demonstrate even higher rates of Type I Error, where 59% of non-simulating female victims and 10% of female controls were deemed to simulate.

We believe that the symptoms presented in the SIMS in this sample are exaggerated, considering the fact that neither group was driven by incentives to explain the fabrication of symptomatology. For example, 26% of IPV victims and 16.7% of the control group appeared as if they were simulating on the psychosis subscale of the SIMS. Due to the fact that neither the control group nor the IPV group had external incentives that would prompt

exaggerating psychotic symptoms, we interpret these results as an indicator of excessive test sensitivity.

These results have important implications if we consider the growing evidence for a high prevalence of traumatic brain injury in female victims of IPV (Ivany & Schminkey, 2016; Kwako et al., 2011; Zieman et al., 2016). Furthermore, such traumatic brain injuries have been associated with neuropsychological and behavioral alterations in this population (Zieman et al. 2016). We do not consider SIMS to be an adequate symptom validity test for female victims of IPV, as it has demonstrated an unacceptable rate of false positives in both female victims and control participants. Using an instrument such as the SIMS may not give credibility to the diagnosis of neuropsychological consequences resulting from the abusive relationship. In fact, the test could incorrectly presume the victim to be simulating or exaggerating neuropsychological damage. The inaccuracy of this measure may have multiple legal implications for female victims of intimate partner violence, and thus calls for effort tests capable of detecting low effort or dissimulation. For an effort test of this caliber to be used in routine forensic protocol with female victims, it is imperative that it have a high specificity. One of the principle indication of the present study is its support for the use of the effort test, TOMM, due to its high.

It is important to mention that the present study faces limitations. First, the sample size is medium and clearer conclusions could have been met with a larger number of participants. In addition, data about the abuse suffered is cross-sectional, self-reported, and/or obtained by previous psychological reports. Furthermore, participants were only matched in age and not in education level (Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012; Rees, Tombaugh, & Boulay, 2001). Nevertheless, scores on the SIMS are only affected by low levels of schooling (González-Ordi, Santamaría-Fernández, 2009), does not occur in our study. The fact that the results of the SIMS could be influenced by low levels of

education brings us to discourage its use in female victims of IPV with low levels of education. In addition, TOMM is not sensitive to the effect of schooling (Vilar-López, Pérez-García & Puente, 2012). Finally, as in all effort studies, an additional limitation is that it is not possible to establish the real lack or presence of simulation.

In conclusion, this is the first study that has applied and compared a symptom validity test (SIMS) to a performance validity test (TOMM) in female victims of IPV. The results demonstrate that TOMM produces significantly fewer false positives than does the SIMS. Nevertheless, this study is just the first approximation to understanding the use of simulation measures with female victims of intimate partner violence. Future studies should be carried out to replicate these results and extend them to women who are in litigation cases using known-group methodological designs to study the sensitivity and specificity of these tests.



# Capítulo 7

## NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Marín, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Tovar, V., & Pérez, M. (2016). Neuropsicología forense en un caso de violencia de género. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 24(2), 361.

*(Artículo original publicado, ver anexo 1)*





## Introducción

La violencia de género es un tipo de violencia física y/o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género, que impacta de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico o psicológico. La Organización Mundial de la Salud la define como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (OMS, 2013). Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad a fecha de 28 de Febrero de 2015, en España existen 51.564 casos activos en seguimiento integral por violencia de género y 15.994 mujeres con protección policial. De Enero a Mayo de 2015, han sido 12 las víctimas mortales por violencia de género y 770 las víctimas mortales desde el 1 de Enero de 2003 a 28 de Febrero de 2015. En 2014 han sido 54 las víctimas mortales por violencia de género.

Las mujeres que han sufrido violencia de género padecen una multitud de problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (Fonzo, Simmons, Thorp, Norman, Paulus y Stein, 2010; Simmons, Paulus, Thorp, Matthews, Norman y Stein, 2008; Valera y Berenbaum, 2003). En esta línea, los estudios sobre déficits neuropsicológicos han encontrado alteraciones graves relacionadas con memoria, atención y concentración, habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, fluidez verbal y función ejecutiva, concurrentes con las situaciones de maltrato físico (Jackson, Philip, Nuttall y Diller, 2002; Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011; Stein, Kennedy y Twamley, 2002; Twamley, Allard, Thorp, Norman, HamiCissell, HuhesBerardi, Grimes y Stein, 2009; Valera y Berenbaum, 2003). Por otro lado, recientes trabajos han demostrado que las secuelas psicológicas en víctimas de violencia de género, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Simmons,

Paulus, Thorp, Matthews, Norman y Stein, 2008; Fonzo, Simmons, Thorp, Norman, Paulus y Stein, 2010), y su consecuente repercusión en áreas como la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento del dolor (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein, 2010). Por último, recientes estudios han mostrado que la lesión cerebral traumática mantenida en el tiempo puede aumentar el riesgo de deterioro para la salud y síndrome posconmocional (Kwako et al., 2011). Sin embargo, actualmente y de manera rutinaria, no se realiza una evaluación neuropsicológica de las mujeres maltratadas, y menos aún, cuando ha existido exclusivamente maltrato psicológico (no físico). Este problema es especialmente grave en el caso de procesos forenses, donde estas secuelas podrían tener implicaciones legales.

La neuropsicología forense es la disciplina responsable de realizar dicha evaluación, ya que incluye dentro de sus competencias, las referidas a los casos en los que se encuentra implicado el daño cerebral y sus consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales, funcionales y sociales, tanto en referencia al imputado, como a la víctima, los testigos o a cualquier otra persona implicada en la causa (Naharro, Soler, y Falcone, 2013). En este sentido, se sostiene que son cuatro las principales tareas de la neuropsicología forense en causas civiles y criminales (Jarne, Aliaga y Villaseñor, 2013): 1) determinar la disfunción; 2) establecer el efecto de esta disfunción sobre el individuo; 3) pronunciarse respecto del pronóstico derivado de dichos déficits y 4) establecer la relación entre la disfunción y la causa que se juzga. Cuando se actúa como testigo experto, el neuropsicólogo forense se centra en eventos y/o individuos específicos, intentando exponer cómo una disfunción del sistema nervioso se relaciona con hechos por los que un sujeto determinado está siendo investigado judicialmente (Jarne et al., 2013). En ocasiones, el neuropsicólogo forense tiene que acometer la valoración de la imputabilidad e inimputabilidad asociada a los trastornos mentales y cerebrales, el estudio de los grados de eximentes o atenuantes en esta condición,

y el trastorno mental/cerebral transitorio (Naharro et al., 2013). En materia de violencia de género y ligado a ello, el juez y la Fiscalía necesitan una información, cierta, precisa y completa sobre la existencia del maltrato, la gravedad de las consecuencias, el riesgo de repetición o de intensificación, el descarte de posibles casos de simulación y, de forma destacable, la valoración de la peligrosidad que el agresor representa para la víctima (Martínez-León, 2011). Sin embargo, la presencia en juicios de un neuropsicólogo forense en casos de malos tratos no se está solicitando y menos aún de oficio.

Por todo esto, el objetivo del presente artículo es mostrar la aplicación de la neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en un caso de violencia de género y las consecuencias que para el proceso judicial tuvo dicha valoración. Este objetivo se alcanzará mostrando el caso de Ana, para quien se solicitó un Informe Pericial Neuropsicológico al objeto de evaluar si presentaba o no alteración del funcionamiento neuropsicológico como consecuencia de una situación de maltrato mantenido en el tiempo por parte de su pareja, así como su relación con los hechos ocurridos en agosto del 2011(muerte de su pareja). Es la primera vez en España que se solicita un informe neuropsicológico forense en casos de violencia de género, con el resultado de un fallecimiento.

## **Método**

### *Participante*

Ana es una mujer de 51 años de edad. Nació en La Habana, Cuba, donde siempre había residido hasta su venida a España (marzo de 2009) tras comenzar la relación (agosto de 2008) y el matrimonio (octubre de 2008) con el sr. Manuel. Su familia de origen puede catalogarse como estructurada y de clase media. Viven en Cuba. Estuvo previamente casada durante 13 años. No tuvieron hijos. Ana trabajó durante años en Cuba como

responsable de un laboratorio. Lleva dos años en situación de prisión preventiva en el Centro Penitenciario de Albolote (Granada), acusada de asesinar a su marido, con los agravantes de premeditación y alevosía. Ella se declara culpable, aunque alega que fue un acto en defensa propia. Manifiesta llevar tres años padeciendo una situación de violencia de género por parte de su pareja. Refiere una infancia y adolescencia felices. Explica tener otra hermana, describiendo unas cordiales relaciones con todos los miembros de su familia más cercana, así como con su familia política hasta el hecho ocurrido en agosto de 2011. No señala datos de interés con relación a su trayectoria académica, habiendo cursado estudios de enfermería. A nivel de salud, refiere problemas de asma desde su infancia. No ha recibido ningún tipo de asistencia médica, a excepción del asma, hasta agosto de 2011. Ana explica que su marido era muy posesivo, celoso y desconfiado. Denuncia situaciones concretas de violencia por parte de él durante los tres años de convivencia, tanto violencia física (golpes directos especialmente en la cabeza) como psicológica, agresiones a la libertad sexual (abuso sexual y violación), amenazas y coacciones (chantaje con su medicación para el asma), privación arbitraria de libertad (encierro en la casa, vigilancia), aislamiento (le retiró el teléfono móvil y sólo le permitía usarlo delante de él y con el altavoz), violencia económica y patrimonial (retención de sus documentos) y amenazas de muerte. Ana comenta que vivía con una sensación continua de miedo, temor y angustia. De su pareja, Manuel, de nacionalidad española, constan datos en su biografía como: episodios previos de maltrato y violencia doméstica (su primera esposa había cursado una denuncia contra él en ese sentido), dos visitas a urgencias por agresión, visita a urgencias por crisis de ansiedad tras una discusión y derivación por su médico de cabecera a Salud Mental.

Respecto a la descripción de los hechos, según ella relata, sorprendió a su pareja abusando sexualmente de su nieta (de él), lo que desencadenó un incremento de la

frecuencia y dureza de los malos tratos recibidos en los últimos tres días. Concretamente, recibió golpes en la cabeza, lo que le ocasionó pérdida de dos piezas dentales, rotura del cartílago derecho de la oreja y tuvo un episodio de pérdida de conciencia. Además, recibió amenazas continuas y directas de muerte por parte de su marido. Ana explica que ante el temor de que dicha agresividad terminara con su muerte, echó tranquilizantes en el café de su pareja, explicando que no notó ningún efecto calmante en él. El día de los hechos, refiere que su marido la golpeó y mordió, le rompió la ropa y la obligó a tener relaciones sexuales. Además, intentó matarla con un cuchillo. Después de largos forcejeos, intenta asfixiarla con una cinta corrediza de bolso. En ese momento, ella relata que lo muerde para despegarlo, dándole una patada en los genitales, lo que hace que su marido caiga al suelo. Ana expone, que toma la cinta y estrangula a su marido.

### ***Instrumentos***

Se seleccionó una batería amplia de pruebas que permitiera evaluar todos los dominios neuropsicológicos (Lezak, Howieson, y Loring, 2004). Como Ana era de nacionalidad cubana se buscaron pruebas baremadas en su propio país. Debido a la falta de disponibilidad de dichas pruebas, se decidió administrar pruebas neuropsicológicas habitualmente utilizadas en nuestro contexto y se decidió la presencia o ausencia de deterioro neuropsicológico en función de nuestra experiencia previa en neuropsicología cultural (Buré-Reyes *et al.*, 2013; Hidalgo-Ruzzante, Peralta Ramírez, Robles Ortega y Pérez-García, 2007; Hidalgo-Ruzzante, Peralta Ramírez, Robles Ortega, Vilar López y Pérez-García, 2009; Puente, Pérez-García, Vilar-López, Hidalgo-Ruzzante y Fasfous, 2013) y la literatura específica cubana (Amado Donéstevez, Blanco González, Nepomuceno Padilla y Camacho García, 2011; Rodríguez *et al.*, 2012; Vera-Cuesta, Vera-Acosta, Álvarez-González, Fernández-Maderos y Casabona-Fernández, 2006; Vera-Cuesta, Vera-Acosta, León-Benito y Fernández-Maderos, 2006). La presencia o ausencia

de deterioro se ha determinado en función de los baremos de dichas pruebas. En unas se ha utilizado como criterio el punto de corte y en otras los percentiles.

Las pruebas utilizadas fueron las siguientes:

- a) “MMSE. Examen cognoscitivo mini-mental” (*Mini-Mental State Examination*, MMSE; Folstein, Folstein, McHugh, y Fanjiang, 1975) Es una prueba para el diagnóstico del deterioro cognitivo. Consiste en una serie de preguntas y pruebas sobre orientación, atención, memoria y praxias. La variable dependiente es el número total de aciertos en un rango que oscila entre 0 y 30 puntos. Puntuaciones inferiores a 24 sugieren deterioro cognitivo.
- b) “Test de los 7 minutos” (*Seven Minute Screen*, 7MS; Solomon *et al.*, 1998) versión española de Del Ser Quijano, Sánchez, García, Otero, Zunzunegui y Muñoz, 2004). Esta prueba evalúa el deterioro global a partir de cuatro subtests que son el de memoria facilitada, orientación temporoespacial, fluidez semántica y el test del reloj. En cada subtest se obtienen en un número de aciertos. La puntuación de cada subtest se combina en una única puntuación total.
- c) “Escala de inteligencia de Wechsler para adultos” (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS; Wechsler, 2012). Para evaluarla velocidad de procesamiento se utilizaron dos subescalas: 1) *Búsqueda de símbolos*, que evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple. Consiste en tachar una serie de símbolos objetivos entre líneas de símbolos distractores y 2) *Clave de números*, que evalúa la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo. Consiste en sustituir dígitos por sus símbolos asociados en un tiempo límite de 90 segundos. Para evaluar el lenguaje se utilizó la subescala de *Comprensión*. La tarea consiste en explicar qué se debe de hacer en determinadas circunstancias o porqué se siguen determinadas prácticas. Evalúa la comprensión y expresión verbal, el juicio práctico, el

sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales. Para evaluarla función ejecutiva se utilizaron tres subescalas: 1) *Letras y números*, que evalúa la atención, concentración y memoria de trabajo. Consiste en presentar secuencias de números y letras de longitud creciente y el participante debe reproducir en primer lugar los números, de mayor a menor, y después las letras ordenadas alfabéticamente. Se obtiene el número total de ensayos completados; 2) *Aritmética*, que evalúa la habilidad para utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas, la capacidad de atención y concentración y la memoria de trabajo. Consiste en realizar operaciones aritméticas de dificultad creciente. Se obtiene el número total de aciertos y *Dígitos*, que está formada por dos tareas conducentes a evaluar la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva y la memoria de trabajo. En la primera parte se presentan series de dígitos de longitud creciente que el participante debe reproducir en el mismo orden en el que se han presentado y en la segunda parte, el participante debe reproducir los dígitos en orden inverso al que se le han presentado. Se obtiene el número total de ensayos completados. En todas las pruebas se obtiene el número total de aciertos.

d) “Figura compleja de Rey” (De la Cruz, Seisdedos y Cordero, 1997). La copia de la figura compleja de Rey evalúa la capacidad de organización y planificación de estrategias para la solución de problemas, así como su capacidad visoconstructiva. Consiste en copiar una figura que se presenta centrada en el campo visual del participante. A los tres minutos de haber terminado el ensayo de copia, se pide al participante que reproduzca la figura de memoria. Para ambas partes, se obtiene la puntuación total y el tiempo en realizarla.

e) “Test del reloj” (*Clock Drawing Test*, CDT; Thalmann, Mansch y Ermini-Fiinsfchilling, 1996). El test del reloj es un test sencillo que valora la apraxia constructiva, ejecución motora, atención, comprensión y el conocimiento numérico. Consiste en pedirle al



participante que dibuje un reloj y coloque las agujas en las 11 horas y 10 minutos. En esta prueba se obtiene el número total de aciertos.

f) *STROOP. Test de palabras y colores (Stroop Test; Golden, 2005)*. Es un test para evaluar la atención que se encarga de evaluar la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal, por lo que es una buena medida de la atención selectiva. Tiene tres partes. En la primera el sujeto tiene que leer las palabras “verde”, “rojo” y “azul” impresos en tinta negra. En la segunda parte, tiene que decir el color de la tinta en la que están escrita la letra “X”, y en la última condición, aparece la palabra que designa un color escrita en otro color, por ejemplo, la palabra “verde” escrita en tinta roja y el sujeto debe decir el color de la tinta inhibiendo la lectura de la palabra (condición de interferencia). Se obtiene una puntuación de resistencia a la interferencia considerando los aciertos de la tercera condición en función de los aciertos de la primera y la segunda condición.

g) “Test de aprendizaje verbal España-Complutense” (TAVEC; Benedet y Alejandre, 1998). Es una prueba que evalúa memoria verbal inmediata, acorto plazo, a largo plazo y reconocimiento. Consiste en una lista A que se administra en cinco ocasiones de modo consecutivo y después se presenta una lista B. Tras 20 minutos se realiza un ensayo de recuerdo demorado, recuerdo demorado con claves y reconocimiento. En cada ensayo, el participante tiene que decir las palabras que recuerda y la principal medida es el total de palabras recordadas. Aunque TAVEC proporciona información de 32 variables, se seleccionaron las principales variables que fueron el recuerdo en el primer ensayo (E1), recuerdo en el quinto ensayo (E5), recuerdo total en los cinco ensayos de la lista A, recuerdo demorado a corto plazo, recuerdo demorado a largo plazo y reconocimiento.

h) “Test F-A-S” (*F-A-S Test* Benton y Hamsher, 1976) versión en español de Valencia *et al.* (2000). La fluidez verbal es una tarea de producción lingüística que requiere la puesta en marcha de los mecanismos de acceso al léxico. En este test de fluidez verbal, el sujeto

debe generar palabras durante un tiempo determinado (60seg.) respecto a ciertas restricciones. La principal variable es el número de palabras dichas en 60 segundos.

i) “*Test de denominación de Boston*” (*Boston Naming Test*; Goodglass y Kaplan, 1986). Es un test de denominación por confrontación visual para evaluar el sistema léxico-semántico (memoria semántica) en pacientes con alteraciones cognitivas. Se presentan 60 figuras y el participante debe decir el nombre. Se obtiene el número total de aciertos.

j) “FDT. Test de los cinco dígitos” (*Five Digit Test*, FDT; Sedó, 2007) versión en español de Sedó (2007). Es un instrumento para medir tanto flexibilidad cognitiva como inhibición. Consta de cinco partes. En la primera, el participante debe leer números contenidos en un recuadro, en la segunda debe contar el número de asteriscos contenidos en un recuadro, en la tercera debe contar el número de dígitos del recuadro sin leerlos (condición de inhibición) y, por último, en la cuarta condición debe hacer igual que en la tercera, pero en los recuadros resaltados, debe leer los dígitos, no contarlos (condición de flexibilidad). En todos los ensayos, la principal variable es el tiempo que tarda en completar cada ensayo.

k) “WCST. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin” (*Wisconsin Card Sorting Test*, WCST; Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1981). Es una prueba para medir la función ejecutiva que requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización de la retroalimentación (“feedback”) ambiental para cambiar esquemas. El participante debe clasificar las tarjetas en función color, forma o número. El participante debe averiguar el criterio y el evaluador cambia de criterio cuando el participante lo ha averiguado. Se obtienen distintas variables como número total de aciertos, número de categorías completadas o número de errores.

l) “K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman” (*Kaufman Brief Intelligence*

*Test*; Kaufman, Cordero y Calonge, 1997). Es una prueba para medir la inteligencia verbal (mide conocimiento del lenguaje, caudal de información y nivel de conceptualización verbal -*medida de la inteligencia cristalizada*) y no verbal (mide habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas a partir de la aptitud del sujeto para percibir relaciones y completar analogías -*medida de la inteligencia fluida*). Proporciona una puntuación de lenguaje expresivo, receptivo, razonamiento y cociente intelectual (CI).

m) “Test de expresiones faciales de Ekman” (*Facial Expressions of Emotions: Stimuli and Test*, FEEST; Young, Perrett, Calder, Sprengelmeyer y Ekman, 2002). Es una prueba que mide reconocimiento de emociones. Mide la capacidad del paciente en identificar emociones básicas: felicidad, ira, tristeza, asco, miedo y sorpresa. Consiste en presentar caras expresando las emociones indicadas arriba. Se obtiene el número de aciertos para cada emoción y el total de aciertos.

n) “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*, SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002). Es una entrevista clínica semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994).

o) “TOMM. Test de simulación de problemas de memoria” (*Test of Memory Malingering*, TOMM; Tombaugh, 2003). Es una prueba de elección forzada, diseñada específicamente para detección de simulación neurocognitiva. En la primera parte, el participante observa una serie de dibujos y en la segunda parte debe decidir si el dibujo fue mostrado en la primera parte o no. Se obtiene el número total de aciertos.

p) “Test Victoria de validación de síntomas” (*Victoria Symptom Validity Test*; Slick, Hopp, Strauss y Thompson, 1997). Es una prueba de validación de síntomas basada en el procedimiento de elección forzosa. En primer lugar, se presenta un dígito y, después de una

demora, se presentan de nuevo el dígito junto con un distractor y el participante debe reconocer cual fue el primer estímulo mostrado. Se obtiene el número total de aciertos.

### ***Procedimiento***

La pericial fue solicitada por el abogado de la defensa. Se contrata a dos neuropsicólogos, siete meses antes de su defensa en juicio oral en la Audiencia Provincial de Granada.

La evaluación se llevó a cabo dos años después del transcurso de los hechos y fue realizada en cuatro sesiones de tres horas de duración cada una, con un descanso de 15 minutos en la mitad de cada sesión, y distribuidas a lo largo de tres semanas.

Se comenzó la evaluación en el mes de noviembre, con la aplicación de pruebas de esfuerzo (el “Test de simulación de problemas de memoria” y el “Test Victoria de validación de síntomas”), con el objeto de asegurarnos que no estábamos ante un caso de simulación de síntomas, y la realización de la entrevista diagnóstica. A continuación, para determinar que no estábamos ante un proceso degenerativo, se administraron dos pruebas de cribado de deterioro generalizado (el “Examen cognoscitivo mini-mental” y el “Test de los 7 minutos”).

Para cada función cognitiva se eligieron varios instrumentos para su evaluación, los cuales se administraron en días distintos. En cada sesión se evaluó atención, memoria, lenguaje, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Las sesiones se llevaron a cabo en la enfermería del Centro Penitenciario de Albolote (Granada).

### **Resultados**

#### *Realización del diagnóstico*

Según los resultados de las pruebas administradas, Ana presentó dificultades para procesar las emociones, cumpliendo los criterios para trastorno distímico y trastorno por estrés postraumático. En lo referente a la evaluación cognitiva, presentó importantes

alteraciones específicas en diversos dominios: coordinación visomotora, memoria episódica visual, memoria episódica verbal y función ejecutiva en sus componentes de memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto. No presentó alteraciones en velocidad de procesamiento, atención y lenguaje (tabla 1).

**Tabla 1**

Resultados de los instrumentos utilizados para la realización del diagnóstico.

| Instrumentos/ Subescalas     | PD                    | Interpretación Clínica |
|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| MMSE                         | 24                    | Intacto                |
| Test de los 7 Minutos        | 0,18 (Puntuaciones Z) | Intacto                |
| <b>WAIS</b>                  |                       |                        |
| Búsqueda de Símbolos         | 22                    | Deterioro              |
| Clave de Números             | 41                    | Deterioro              |
| Clave de N° Emparejamiento   | 5                     | Deterioro              |
| Clave de N° Memoria libre    | 7                     | Deterioro              |
| Clave de N°                  | 95                    | Deterioro              |
| Copia Figura Compleja de Rey | 29,5                  |                        |
| Test del Reloj               | 6                     | Deterioro              |
| <b>STROOP</b>                |                       |                        |
| Palabra                      | 75                    | Deterioro              |
| Color                        | 66                    | Deterioro              |
| Palabra x Color              | 24                    | Deterioro              |
| Interferencia                | 11,1                  | Intacto                |
| Figura Compleja de Rey       |                       |                        |
| Memoria a corto plazo        | 9                     | Deterioro              |
| Tiempo                       | 59sg                  | Deterioro              |
| <b>TAVEC</b>                 |                       |                        |
| Recuerdo inmediato E1        | 5                     | Deterioro              |
| Recuerdo inmediato E5        | 13                    | Deterioro              |
| Recuerdo inmediato total     | 47                    | Deterioro              |
| Recuerdo libre a corto plazo | 8                     | Intacto                |
| Recuerdo libre a largo plazo | 8                     | Deterioro              |
| Reconocimiento               | 13                    | Deterioro              |
| <b>WAIS</b>                  |                       |                        |
| Comprensión                  | 12                    | Deterioro              |

|                              |   |           |
|------------------------------|---|-----------|
| <b>FAS</b>                   |   |           |
| Fonética                     | 6   | Deterioro |
| Animales                     | 6   | Deterioro |
| Semántica                    | 6   | Deterioro |
| Total                        | 18  | Deterioro |
| Test Denominación Boston     | 60  | Intacto   |
| <b>WAIS</b>                  |   |           |
| Letras y Números             | 3   | Deterioro |
| Aritmética                   | 5   | Deterioro |
| Dígitos                      | 7   | Deterioro |
| Memoria de Trabajo           | 10  | Deterioro |
| <b>Test de los 5 Dígitos</b> |   |           |
| Ensayo 1                     | 15  | Deterioro |
| Ensayo 2                     | 4   | Deterioro |
| Ensayo 3                     | 1   | Deterioro |
| Ensayo 4                     | 1   | Deterioro |
| <b>WISCONSIN</b>             |   |           |
| Nº Intentos Aplicados        | 128   | Deterioro |
| Respuestas correctas         | 40  | Deterioro |
| Nº total Errores             | 88  | Deterioro |
| % Errores                    | 69  | Deterioro |
| Respuestas perseverativas    | 0   | Deterioro |
| % respuestas perseverativas  | 0   | Deterioro |
| Errores perseverativos       | 37  | Deterioro |
| % errores perseverativos     | 29  | Deterioro |
| <b>K-BIT</b>                 |   |           |
| Vocabulario Expresivo        | 45  | Deterioro |
| Vocabulario Definiciones     | 14  | Deterioro |
| Vocabulario Total            | 34  | Deterioro |
| Matrices                     | 23  | Deterioro |
| <b>EKMAN</b>                 |   |           |
| Ira                          | 9   | Intacto   |
| Asco                         | 5   | Deterioro |
| Miedo                        | 4   | Deterioro |
| Felicidad                    | 9   | Intacto   |
| Tristeza                     | 10  | Intacto   |
| Sorpresa                     | 10  | Intacto   |
| Total                        | 47  |           |
| SCID-I                       | F34.1 Trastorno Distímico<br>F43.1 Trastorno Estrés Postraumático |           |
| <b>TOMM</b>                  |   |           |
| Ensayo 1                     | 47  | Válido    |

---

|                 |       |        |
|-----------------|-------|--------|
| Ensayo 2        | 49    | Válido |
| VSVT            |       |        |
| Total correctos | 39/48 | Válido |

---

La coordinación visomotora se midió con las pruebas de la “Figura compleja de Rey” (copia) y el “Test del reloj”. Los resultados mostraron que la paciente presentaba deterioro. Estos resultados indican que la paciente presentaba dificultades para la coordinación mano-ojo en las pruebas utilizadas.

La memoria episódica visual y memoria episódica verbal se midió con la “Figura compleja de Rey” (memoria) y el TAVEC. Los resultados mostraron que la paciente presentaba deterioro; tenía dificultades para adquirir nuevos aprendizajes como es una lista de palabras o almacenar una imagen visual.

En el caso de la inhibición y flexibilidad, medida con el “Test de los 5 dígitos”, la paciente también mostró deterioro en los índices de inhibición y flexibilidad de dicha prueba. Esto significa que la paciente tenía problemas para controlar una respuesta automática como es contar en favor de otra controlada como es contar cantidad de números.

En el caso del razonamiento abstracto, medido con el subtest Aritmética del WAIS, la paciente mostró deterioro. Esto significa que la paciente tenía dificultades para resolver problemas lógicos, deduciendo ciertas consecuencias de la situación planteada.

Respecto a la memoria de trabajo, medida con los subtests Aritmética, Letras y números y Dígitos del WAIS y el WCST, la paciente mostró deterioro en los distintos índices de dichas pruebas. Esto significa que la paciente tuvo dificultades para el almacenamiento temporal de información y la manipulación posterior de la misma.

En el caso del procesamiento de las emociones, medida con el EKMAN, la paciente mostró deterioro. Tenía problemas para identificar emociones básicas como son expresiones de asco y miedo.

Para cuantificar el impacto de las lesiones, se determinó el funcionamiento cognitivo previo, mediante la estimación de la inteligencia premórbida. Las medidas de funcionamiento premórbido que hemos utilizado han sido: estudios completados (variable sociodemográfica) y puntuación directa de la prueba de vocabulario del WAIS. Modelo combinado que permite predecir con gran exactitud el impacto de las lesiones. Y para medir el cociente intelectual real utilizamos el KBIT.

La puntuación obtenida en esta prueba fue de un CI de 70. Teniendo en cuenta que había cursado estudios universitarios de enfermería y la puntuación directa de la prueba de vocabulario del WAIS, determinamos un grado de afectación importante.

Los resultados encontrados no pueden ser atribuidos a simulación o exageración de síntomas, ya que las pruebas específicas de detección de simulación neuropsicológica han sido superadas por Ana.

#### *Valoración forense de la imputabilidad*

En el informe se realizó una valoración sobre si los resultados de la evaluación neuropsicológica descritos anteriormente eran compatibles con la violencia sufrida. De acuerdo con las descripciones de la literatura previa (Jackson *et al.*, 2002; Kwako *et al.*, 2011; Stein *et al.* 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera y Berenbaum, 2003), las alteraciones en coordinación visomotora, memoria episódica y función ejecutiva (memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto) eran compatibles con haber sufrido violencia de género.

En la sentencia emitida por el tribunal de la Audiencia Provincial de Granada el día 25 de enero de 2014, el jurado popular determinó la absolución total de Ana, considerando que fue un acto en defensa propia y sin intencionalidad ni voluntad de matar a su pareja, con base en las alteraciones neuropsicológicas presentadas. Dicha sentencia fue ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) varios meses después,



considerando dicho Tribunal que el informe pericial neuropsicológico en el que se había basado la sentencia era totalmente válido y objetivo.

### **Discusión**

El objetivo del presente artículo es mostrar la aplicación de la neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en un caso de violencia de género y las consecuencias que para el proceso judicial tuvo dicha valoración. Ana, acusada del delito de asesinato de su marido, presentaba alteraciones neuropsicológicas compatibles con haber sufrido violencia de género por un período continuado de tres años. Esas alteraciones fueron suficientes para eximirla de responsabilidad penal, tal como recogió la sentencia del jurado popular, ratificada posteriormente por el TSJA. Este caso pone de manifiesto la utilidad de la evaluación neuropsicológica forense, para evidenciar deterioros neuropsicológicos en mujeres víctimas de violencia de género y su utilidad en procesos forenses.

Las alteraciones neuropsicológicas encontradas en Ana en memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y toma de decisiones son compatibles con las presentadas en víctimas de malos tratos en el contexto de violencia de género (Jackson *et al.* 2002; Stein *et al.*, 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera y Berenbaum, 2003). La gravedad de las alteraciones informa de un maltrato continuado en el tiempo y no sólo como una consecuencia inmediata de una paliza brutal, como fue la sufrida en agosto de 2011. Además, las alteraciones en funciones ejecutivas también han sido descritas por Stein *et al.* (2002), quien encontró que dichas alteraciones estaban presentes en mujeres víctimas de malos tratos, independientemente de haber desarrollado o no trastorno de estrés postraumático.

La evaluación se realizó dos años después de ser detenida. Aunque hubiera sido importante haber podido recoger información de familiares cercanos para comprobar el funcionamiento cognitivo previo de Ana y su repercusión en la vida diaria, debido a estar

recluida por el agresor en su domicilio desde hacía tiempo y que sus familiares (de ella), se encontraban en Cuba, fue imposible. Sin embargo, las alteraciones encontradas en Ana son compatibles con las previamente descritas en la literatura (Kwako *et al.*, 2011). Respecto a la estabilidad de las alteraciones, teniendo en cuenta que después de un daño cerebral que ha producido alteraciones neuropsicológicas se produce una recuperación de las funciones dañadas por el mecanismo de la plasticidad cerebral y que las secuelas neuropsicológicas fueron detectadas dos años después de la agresión, cabe pensar que las gravedades de las alteraciones neuropsicológicas inmediatamente después de la agresión fueron mucho mayores de las detectadas por nosotros. Para la aplicación de los eximentes de responsabilidad criminal, nuestro Código Penal en su artículo 20 y análogos, establece como tal “el que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. Teniendo en cuenta que la imputabilidad jurídicamente consiste en la capacidad que tiene la persona de conocer lo injusto de su conducta y de actuar en función de ese conocimiento, para cometer un delito se requiere ser imputable, no siendo capaces de delito los inimputables. En el caso en cuestión, tras la evaluación neuropsicológica realizada a Ana encontramos importantes alteraciones en la función ejecutiva que la hacían inimputable. Dicha alteración fue suficiente para eximirla de responsabilidad criminal, teniendo en cuenta que sus componentes implican voluntad, planificación, conducta intencional y ejecución eficaz de la conducta (Lezak *et al.*, 2004). Hasta donde nosotros sabemos, esta es la primera vez que en España la inimputabilidad se aplica debido a los daños neuropsicológicos presentados en función ejecutiva en casos de violencia contra la pareja.

La absolución fue determinada por el jurado al aceptar éste un acto en “defensa propia y miedo insuperable”. El día de los hechos se produce un episodio de especial

violencia de Manuel hacia Ana. Manuel comienza a propiciar una brutal paliza a Ana, teniendo ésta el temor de morir, por lo que actúa presa de un miedo insuperable (determinando éste una limitación absoluta de su libertad volitiva). Al tener que actuar en una situación límite y debido a su estado neuropsicológico, Ana responde de manera impulsiva, inflexible, sin planificar ni reflexionar e incapaz de tomar una decisión libre. Su único impulso es salvar su vida, por lo que se hace del arma que estaba usando su agresor, provocándole a éste la asfixia. Desde el punto de vista de la competencia mental, ésta queda abolida completamente, enfrentando a la persona a una situación en la que la responsabilidad sobre sus actos está anulada. El presente estudio de caso es un buen ejemplo de cómo usar la neuropsicología forense en casos de violencia de género. Atendiendo a las principales tareas de la neuropsicología forense en causas civiles y criminales, las cuales son determinar la disfunción neuropsicológica, establecer el efecto de esta disfunción sobre el individuo, pronunciarse respecto del pronóstico derivado de dichos déficit y establecer la relación entre la disfunción y la causa que se juzga (Jarne *et al.*, 2013); en el caso descrito se elaboró un informe pericial neuropsicológico con los resultados de la evaluación, que presentó la defensa como prueba en juicio. Ana fue juzgada en la Audiencia Provincial de Granada por un jurado popular, por el delito de asesinato con los agravantes de premeditación y alevosía. Se pedían veinte años de prisión. Los resultados aportados en el informe pericial neuropsicológico descrito hicieron determinar al jurado la absolución total de Ana, con la puesta en libertad inmediata. Dicha sentencia fue posteriormente ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, el cual argumentó en la misma, que tanto las pruebas empleadas para la evaluación, como el informe neuropsicológico emitido con los resultados de Ana fueron totalmente objetivos y válidos. De no haber sido por la elaboración de este informe, Ana se enfrentaba a dos acusaciones particulares y la fiscalía que pedían 20 años de internamiento por el delito de

asesinato con premeditación y alevosía. Había cumplido ya dos años de prisión preventiva, no habiéndose valorado en ningún momento la situación de maltrato en el contexto de violencia de género ni los daños como consecuencia de dicho maltrato. En el acto del juicio quedó demostrado que las alteraciones neuropsicológicas de Ana eran consecuencia de una situación de maltrato físico, psicológico y sexual sufrido por un período continuado de tres años.

Todo ello apunta a la necesidad de incluir como protocolo rutinario en contextos de violencia de género, la evaluación neuropsicológica de la víctima. Aunque en este caso concreto, la evaluación neuropsicológica forense ha servido para determinar que la acusada no era culpable de los hechos, los daños neuropsicológicos deberían ser valorados también debido a su importante repercusión en la víctima. Al igual que en otras causas, como los accidentes laborales o los accidentes de tráfico, la violencia contra la pareja podría provocar una incapacidad en la persona en distintos aspectos como son personales, laborales y sociales. En cualquier procedimiento forense se evalúan los daños, se bareman y cuantifican a excepción de los casos de violencia de género, en los que la identificación del maltrato al que ha estado expuesta la víctima sólo se utiliza para condenar al agresor. Además, sería de gran utilidad para la recuperación de las víctimas de malos tratos, la realización de una evaluación completa de las alteraciones neuropsicológicas que pudieran presentar las mismas, así como baremar y cuantificar los daños como en cualquier otro procedimiento legal.



# **4. DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS**



# **Capítulo 8:**

## **Discusión general, Conclusiones y Perspectivas Futuras**





## **8.1 Discusión general**

El objetivo principal de esta tesis ha sido mostrar la aplicación de la Neuropsicología Forense en la evaluación de mujeres víctimas de violencia de género y los resultados han mostrado que la Neuropsicología Forense puede ser una disciplina de amplia aplicación a mujeres víctimas, especialmente si se utilizan PVT, no SVT.

En España, hasta donde nosotros sabemos, los estudios presentados en la presente Tesis Doctoral son los primeros en los que se han analizado la repercusión de la evaluación de las secuelas neuropsicológicas en víctimas de violencia de género y su aplicación en un procedimiento penal. Consideramos que estos resultados pueden tener importantes implicaciones teóricas y prácticas.

### **8.1.1 Implicaciones teóricas de la presente investigación**

En primer lugar, en el capítulo 4 se indica que la Neuropsicología Forense carece de métodos y técnicas específicamente forenses (a excepción de los test llamados de simulación), estando más vinculada a la neuropsicología clínica de lo que la psicología forense lo puede estar a la psicología clínica (Jarne & Hernández, 2001). Los estudios realizados en esta Tesis, especialmente el segundo, apoyan la idea de Jarné y Hernández (2001). Como se ha mostrado, la inimputabilidad de AP se pudo establecer gracias a la combinación de conocimientos científicos aportados por la Neuropsicología Clínica y Neuropsicología Forense. Utilizando los métodos de la primera se pudo realizar una detallada evaluación clínica que determinó los deterioros en función ejecutiva, incluyendo la toma de decisiones. Utilizando los métodos de la segunda, se pudo establecer que 1) los déficits no eran exagerados o simulados y 2) eran compatibles con la violencia sufrida.

En segundo lugar, esta Tesis también puede contribuir al debate sobre la adecuación del uso de SVT o PVT (Copeland et al., 2015; Van Dyke et al., 2013). Como se ha mostrado en el estudio 1, los PVT cometen una menor tasa de falsos positivos que los SVT en mujeres víctimas, indicando que los PVT son más adecuados en esta población. Además, los SVT no solo provocaron una mayor tasa de falsos positivos, sino que excedió con mucho el 10% aceptable para este tipo de pruebas. Nuestros datos coinciden con aquellos que indican que las PVT son más adecuados para la evaluación del esfuerzo (Martin et al, 2015).

### **8.1.2 Implicaciones prácticas de la presente investigación**

Los resultados de nuestros estudios avalan la investigación previa realizada y concluyen que el maltrato en mujeres víctimas de violencia de género provoca secuelas neuropsicológicas graves, quedando afectado el rendimiento y ejecución neuropsicológica de las víctimas.

A partir de los resultados de nuestros trabajos podremos contribuir a la adecuación de la valoración de las secuelas neuropsicológicas en la población de mujeres víctimas de violencia de género. Esta evaluación resulta necesaria para poderllevar a cabo una intervención rehabilitadora eficaz que se apoye en la misma, y tendrá también una repercusión directa en la mejoría de las mujeres que sufren daño cerebral consecuente a la violencia de género, así como una reducción del gasto económico que supone una intervención temprana y apropiada con dichas mujeres víctimas y supervivientes.

Por otro lado, al igual que en otras causas, como son los accidentes laborales o los accidentes de tráfico, la violencia contra la pareja podría provocar una incapacidad en la persona en distintos aspectos como son personales, laborales y sociales. En cualquier

procedimiento forense se evalúan los daños, se bareman y cuantifican a excepción de los casos de violencia de género, en los que la identificación del maltrato al que ha estado expuesta la víctima sólo se utiliza para condenar al agresor.

Con ello podremos contribuir a la adecuación de la valoración forense de las secuelas en mujeres víctimas de violencia de género, mediante la propuesta de una evaluación neuropsicológica completa y adecuada para estas mujeres. El hecho de que las mujeres víctimas de violencia de género presenten alteraciones neuropsicológicas importantes, nos sitúa ante la necesidad de proponer una evaluación neuropsicológica, al igual que en cualquier otro procedimiento forense. Resulta necesaria una valoración neuropsicológica forense del daño por su repercusión en el procedimiento judicial. Esto facilitará la tipificación de los daños criminalmente, el establecimiento de una compensación adecuada, y/o determinación de una incapacidad laboral, así como la planificación de un tratamiento adecuado y posterior rehabilitación neuropsicológica de las secuelas, en mujeres víctimas de violencia de género en el contexto español.

## **8.2. Conclusiones**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los dos estudios conducentes a la presente tesis doctoral, podemos resaltar las siguientes conclusiones:

- La SIMS no es instrumento válido para evaluar esfuerzo en mujeres víctimas de violencia de género debido a la alta tasa de falsos positivos que muestra en este tipo de población.
- El TOMM es un instrumento válido para la evaluación de la simulación en mujeres víctimas de violencia de género debido a no presentar falsos positivos.

- Las alteraciones neuropsicológicas sufridas durante el maltrato pueden afectar a la imputabilidad de las mujeres víctimas.
- La Neuropsicología Forense puede ser de gran utilidad en los procesos judiciales en los que están inmersas las mujeres víctimas de violencia de género.

### **8.3. Líneas futuras de investigación**

De esta Tesis Doctoral se pueden derivar algunas posibles líneas de investigación. En primer lugar, sería conveniente la creación de un protocolo de evaluación neuropsicológica específico para mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja o expareja. Dicho protocolo debería ser implementado de manera rutinaria en procedimientos forenses en mujeres víctimas de dicha violencia. Esto nos posibilitará el avance en el conocimiento de las secuelas neuropsicológicas que presentan las mujeres víctimas de malos tratos, así como la cuantificación del daño según el tiempo que haya estado expuesta la víctima al maltrato.

También sería conveniente ampliar los estudios sobre las propiedades psicométricas de las pruebas de esfuerzo en mujeres que se encuentran en procesos judiciales. De esta forma, se puede estudiar la especificidad de las pruebas en esta población.

También sería conveniente ampliar el número de pruebas de esfuerzo disponibles. La única prueba de PVT disponible para población española es el TOMM que, además, es del tipo stand-alone. Hasta donde nosotros sabemos, tampoco hay estudios sobre pruebas PVT del tipo *embeded*.

Futuras investigaciones pueden tener en cuenta estos resultados e indagar la validez clínica y/o forense de un protocolo de evaluación neuropsicológica, así como la

implementación de un programa específico de rehabilitación neuropsicológica para mujeres víctimas de violencia de género.



# REFERENCIAS



- Aguilera, G. & Zaldívar, F. (2003). Opinión de los jueces (Derecho Penal y de Familia) sobre el informe psicológico forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 13, 95-122.
- Al-Modallal, H., Peden, A., & Anderson, D. (2008). Impact of physical abuse on adulthood depressive symptoms among women. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(3), 299-314.
- Álvarez, A. D. M. (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 231-248.
- Alvárez-Bello, F.J., (2013). El control del engaño en la evaluación psicológica forense de la violencia de género: posibilidades y limitaciones en el contexto chileno. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 53-30.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- An, K. Y., Kaploun, K., Erdodi, L. A., & Abeare, C. A. (2017). Performance validity in undergraduate research participants: a comparison of failure rates across tests and cutoffs. *The Clinical Neuropsychologist*, 31(1), 193-206.
- An, K. Y., Zakzanis, K. K., & Joordens, S. (2012). Conducting research with non-clinical healthy undergraduates: Does effort play a role in neuropsychological test performance?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(8), 849-857.

- Andrés-Pueyo, A. & Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22, 403-409.
- Arce, R., Fariña, F. (2007). Evaluación forense de la huella psíquica consecuencia de la violencia de género. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera & F. Tortosa (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e Intervención* (pp. 47-57). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de Valencia.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. & Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21, 241-247.
- Arriazu, A. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*, 5, 307-318.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA.
- Aupperle, R. L., Allard, C. B., Grimes, E. M., Simmons, A. N., Flagan, T., Behroozni, M., & Paulus, M. P. (2012). Dorsolateral prefrontal cortex activation during emotional anticipation and neuropsychological performance in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69, 360–371.
- Ávila, A. & Jiménez, F. (1999). *Adaptación española del MMPI-2*. Madrid: TEA.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. & Shalev, A. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22, 267-275.
- Beckson, M. & Bartzokis, G. (2003). Brain disease: forensic neuropsychiatric issues. En Rosner, R. (comp.). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry 2ª ed.* Londres, Arnold.

- Bembibre-Serrano, J. & Higuera-Cortés, L. (2006). Informes psicológicos: el sujeto doble de la Psicología y el Derecho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 469-480.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008/2011). MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Benedet, M. J. & Alexandre, M. A. (1998). *Test de aprendizaje verbal España Complutense (TAVEC)*. Madrid: TEA.
- Benton, A. L. & Hamsher, K. (1976). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa, IA: Universidad de Iowa.
- Bosch, E., Ferrer, V.A. & Alzamora, A. (2006). El laberinto patriarcal. Barcelona: Antrophos.
- Bosch, E., & Ferrer, V.A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Editorial Cátedra. Colección Feminismos.
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Bosch, E., Ferrer, V.A.; Navarro, C. & Ferreiro, V. (2012). La violencia contra las mujeres: el amor como coartada. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes, and policy implications. *American Psychologist*, 48(10), 1077.
- Buré-Reyes, A., Hidalgo-Ruzzante, N., Vilar-López, R., Gontier, J., Sánchez, L., Pérez-García, M. & Puente, A. E. (2013). Neuropsychological test performance of Spanish speakers: is performance different across different Spanish-speaking subgroups? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35, 404-412.

- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campero, L., Walker, D., Hernández, B., Espinoza, H., Reynoso, S., & Langer, A. (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud pública de México*, 48, 297-306.
- Carlshamre, M. (2005). *Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones* (2004/2220(INI)). Parlamento Europeo A6-0404/2005. Recuperado el 22-11-2011 de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2005-0404&language=ES>.
- Center for Disease Control. (2016). Intimate partner violence: Definitions. Retrieved May 1, 2017, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>
- Código Civil Español. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>
- Constantinou, M., & McCaffrey, R. J. (2003). Using the TOMM for Evaluating Children's Effort to Perform Optimally on Neuropsychological Measures. *Child Neuropsychology (Neuropsychology, Development and Cognition: Section C)*, 9, 81-90.
- Copeland, C. T., Mahoney, J. J., Block, C. K., Linck, J. F., Pastorek, N. J., Miller, B. I., & Sim, A. H. (2015). Relative utility of performance and symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31, 18-22.
- Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. *Documentación de apoyo, fundación*

*Mujeres.* Recuperado de: [http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es\\_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacia lasmujerescomoproblemasocial.pdf](http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacia lasmujerescomoproblemasocial.pdf)

De la Cruz, V., Seisdedos, N. & Cordero, A. (1997). *Test de Figura y de Reproducción de memoria de figuras geométricas complejas de A. Rey. Adaptación española.* Madrid: TEA.

Del Ser Quijano, T., Sánchez Sánchez, F., García de Yebenes, M. J., Otero Prime, A., Zunzunegui, M. V. & Muñoz, D. G. (2004). Versión española del Test de los 7 minutos. Datos Normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Revista Española de Neurología*, 19, 344-358.

Denney, R. & Wynkoop, T. (2000). Clinical neuropsychology in the criminal forensic setting. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 804-828.

Denney, R. (2005). Criminal Forensic Neuropsychology and Assessment of Competency. En Larrabee, G. (comp.). *Forensic Neuropsychology. A Scientific Approach.* Nueva York: Oxford University Press.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.

Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., & Pallitto, C. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340, 1527–1528.

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, 10(5), e1001439.

- Duncan, A. (2005). The impact of cognitive and psychiatric impairment of psychotic disorders on the Test of Memory Malingering (TOMM). *Assessment*, 12(2), 123-129.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 67, 67-77.
- Echeburúa, E., Corral, P. D., & Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & Saucá, D. (1994). *Entrevista semiestructurada sobre el maltrato doméstico*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2010 <http://www.scribd.com/doc/6983642/Cuestionarios-Maltrato-Domestico-Victimas>.
- Esbec, E. (1994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (Ed.) *Psiquiatría legal y forense (Vol.2º)*. Madrid. Cóllex.
- Esbec, E. & Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Expósito, F., & Moya, M. (2005). Violencia de género. *Aplicando la psicología social*, (pp. 201-227) Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández, M. E. M., Castro, A. B. S., Castro, S. S., Pascual, J. A. G., Sánchez, A. A., & Medina, N. A. (2015). Nivel de sexismo ambivalente en estudiantes de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria de la ciudad de Madrid. *Ambivalent sexism*

level in students of first course of Secondary Compulsory Education in Madrid City. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 23-31.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-I/P)*. Nueva York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Fiscalía General del Estado (2015)  
<http://www.elmundo.es/sociedad/2015/11/26/56564863e2704ee77b8b456d.html>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. y Fanjiang, G. (1975). *MMSE. Examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA.

Fonzo, G. A, Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P. & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and disconnected insular-amygdalarblood oxygenation level dependent response to threat-related emotional violence posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 433-441.

Fuentes, O. (2007). Acciones positivas, tutela penal y tutela judicial en la Ley Integral. En Gómez Colomer, Juan Luis. *Tutela procesal frente a hechos de violencia de género: la protección procesal de las víctimas de la violencia de género en España y en países relevantes de nuestro entorno cultural*. Barcelona: Universitat Jaume I. p. 619.

Fundación Mujeres (2009). *Talleres de prevención de violencia de género*. I Foro Internacional Juventud y Violencia de Género. Madrid: INJUVE.

García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: repercusiones sobre la calidad de vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 595-607.

- García-Moreno, C. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Gilandas, A. & Touyz, S. (1983). Forensic neuropsychology: a selective introduction. *Journal of Forensic Sciences*, 28, 713-723.
- Giuliano, A., Barth, J., Hawk, G. & Ryan, T. (1997). The Forensic Neuropsychologists: precedents, reoles and problems. En Mc Carrey, R., Williams, A., Fisher, J. & Laing, L. (comps.), *The Practice of Forensic Neuropsychology. Meeting Challenges in the Courtroom*. Nueva York: Plenum Press.
- Glass, L. (1991). The legal base in forensic neuropsychology. En Doerr, H. & Carlin, A. (comps.). *Forensic neuropsychology*. Nueva York: Guilford Press.
- Golden, C.J. (2005). *STROOP. Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- González Ordí, H. & Santamaría Fernández, P. (2009). Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS. Madrid: TEA Ediciones.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1986). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Madrid: TEA.
- Goodyear, B & Umetsu, D. (2002). Selected issues in forensic neuropsychology. En Van Dorsten, B. (comp.). *Forensic Psychology: From Classroom to Courtroom*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.



- Gough, H. G. (1947). Simulated patterns on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 42*, 215-225.
- Graham, D. L. R., Rawlings, E. & Rimini, N. (1998). Survivors of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome. En K. Yllo y M. Bograd (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. London: Sage.
- Greifenstein, M. & Cohen, L. (2005). Neuropsychology and the law: Principles of productive attorney-neuropsychologist relations. En Larrabee, G. (comp.). *Forensic Neuropsychology: A Scientific Approach*. Nueva York: Oxford University Press.
- Guilmette, T., Faust, D., Hart, K. & Arkes, H. (1990). A National survey of psychologists who offer neuropsychological services. *Archives of Clinical Neuropsychology, 5*, 373-392.
- Haber, A. H., & Fichtenberg, N. L. (2006). Replication of the Test of Memory Malingering (TOMM) in a traumatic brain injury and head trauma sample. *The Clinical Neuropsychologist, 20*, 524–532.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. & Curtiss, G. (1981). *WCST. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin*. Madrid: TEA.
- Heilbronner, R. (2004). A status report on the practice of forensic neuropsychology. *Clinical Neuropsychology, 18*, 312-326.
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & ConferenceParticipants 1. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist, 23*, 1093–1129.

- Heise, L.L., & García-Moreno, C. (2003). *La violencia en la pareja*. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, K.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* (pp. 97-131). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Hidalgo Ruzzante, N., Peralta Ramírez M. I., Robles Ortega, H., & Pérez García, M. (2007). Estrés y ejecución neuropsicológica en mujeres inmigrantes. *Scientia: Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud*, 12, 37-52.
- Hidalgo Ruzzante, N., Peralta Ramírez, M. I., Robles Ortega, H., Vilar López, R., & Pérez García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicología Conductual*, 17(3), 595-607.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez Medialdea, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez González, P., Martín del Moral, E., & Pérez-García, M. (2012) Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. *III Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres: Justicia y Seguridad. Nuevos retos*. Granada.
- Hindin, M., Kishor, S. & Ansara D. (2008). Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: predictors and health outcomes. Calverton: Macro International.
- Hom, J. (2003). Forensic Neuropsychology: are we there yet?. *Archives of Clinical of Neuropsychology*, 18, 827-845.
- Hunt, S., Root, J. C., & Bascetta, B. L. (2014). Effort testing in Schizophrenia and Schizoaffective disorder: Validity indicator profile and Test of Memory Malinger performance characteristics. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29, 164–172.

- Ibáñez, L. (2003). Violencia contra las mujeres. En Cuesta Bustillo, J., *Historia de las Mujeres en España. Siglo XX: campos, mitos y márgenes*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ibáñez, V. & Ávila, A. (1990). Psicología forense y responsabilidad legal. En A. Garzón, *Psicología Judicial*. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, V. & de Luis, P. (1992). Psicología Judicial en España: actuación y límites de intervención. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2, 17-30
- Inslicht, S. S., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Metzler, T. J., Hart, S. L., Otte, C., & Baum, A. (2006). Increased cortisol in women with intimate partner violence related posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 428–429.
- Ivany, A. S., & Schminkey, D. (2016). Intimate partner violence and traumatic brain injury: state of the science and next steps. *Family & community health*, 39(2), 129-137.
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 39.
- Jarne, A. & Hernández, J. (2001). Neuropsicología forense: una nueva especialidad. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 21-34.
- Jarne, A., Aliaga, A. & Villaseñor, T. (2013). La neuropsicología forense como disciplina científica. En A. Jarne y A. Aliaga (dirs.), *Manual de neuropsicología forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 47-84). Barcelona: Herder.
- Johnson, D. M., Delahanty, D. L., & Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response *Journal of anxiety disorders*, 22(5), 793-800.

- Kaufman, N. L., Cordero, C. & Calonge, I (1997). *K-BIT: test breve de inteligencia de Kaufman*. Madrid: TEA.
- Kay, T., Newman, B., Cavallo, M., Ezrachi, O., & Resnick, M. (1992). Toward a neuropsychological model of functional disability after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 6(4), 371.
- Keltosova, O. (2002). *Domestic violence. Doc. 9525. Report Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Council of Europe. Recuperado el 22-11-2011 de <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=>*
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kishor S, Johnson K. (2004). *Profiling domestic violence-a multi-country study*. Calverton: Macro Internacional.
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T. & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12, 115-126.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22, 99-105.
- Labrador, F. J., Paz Rincón, P., De Luis, P., & Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- LaDuke, C., Barr, W., Brodale, D., & Rabin, L. (2016). Psychometric Test Development and Assessment-4 Common Test Utilization in Forensic Neuropsychological Assessment: A Survey of National Academy of Neuropsychology (NAN) and

- International Neuropsychology Society (INS) Members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 577-577.
- Larrabee, G. (2000). Preface to forensic neuropsychology issue. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 5-8.
- Larrabee, G. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, 1-7.
- Larraín, S. (2007). Violencia de género: el desafío de la prevención. En Alda, Erik. *¿Cuál Es la Salida?: La Agenda Inconclusa de la Seguridad Ciudadana*. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Leonard, E. L. (2015). Forensic neuropsychology and expert witness testimony: An overview of forensic practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42, 177-182.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos, y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. *BOE n°138*.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *BOE núm. 298*
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género *BOE núm. 313*.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ªed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Lila, M. (2010). Investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 105-108.

- Little, D. M., Kraus, M. F., Joseph, J., Geary, E. K., Susmaras, T., Zhou, X. J., & Gorelick, P. B. (2010). Thalamic integrity underlies executive dysfunction in traumatic brain injury. *Neurology*, *74*, 558–564.
- Lorente, M., Lorente, J., & Lorente, M. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso: entre la realidad social y el mito cultural*. Madrid: Comares.
- McMahon, E. A., & Satz, P. (1981). Clinical neuropsychology: Some forensic applications. *Handbook of clinical neuropsychology*, 686-701.
- Manzanero, A. L., & González, J. L. (2013). *Avances en psicología del testimonio*. Santiago de Chile: Ediciones Jurídicas de Santiago.
- Marin, M. A., & Esparcia, A. J. (2009). INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA FORENSE. *Universidad de Barcelona, Facultad de psicología*, 1-12. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/5881>
- Marín, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Tovar-Sabio, V., & Pérez-García, M. (2016). Neuropsicología forense en un caso de violencia de género. *Psicología Conductual*, *24*, 361-376.
- Martell, D. (1992). Forensic neuropsychology and the criminal law. *Law and Human Behavior*, *16*, 313-336.
- Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, *29*, 741–776.
- Martínez-León, M., Irurtia, M. J., Crespo, M. T., Calleja, M.I., Martínez-León, C. & Queipo, D. (2011). Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género.

- Evaluación médico-legal y forense. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 133-155.
- Mikkelsen, E., Gutheil, T., & Emens, M. (1992). False sexual abuse allegations by children and adolescents: Contextual factors and clinical subtypes. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 556-570.
- Miller, H., & Cartlidge, N. (1972). Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *Lancet*, 1, 580-585.
- Ministry of Health Social Services and Equality. (2015). Macro-survey on violence against women 2015. Recuperado de: [https://www.google.com/url?q=http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf&sa=D&ust=1493543726756000&usg=AFQjCNHiy MthevIHJYOdfpX24orTRI7-A](https://www.google.com/url?q=http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf&sa=D&ust=1493543726756000&usg=AFQjCNHiy MthevIHJYOdfpX24orTRI7-A)
- Monahan, K., & O'Leary, K. D. (1999). Head injury and battered women: An initial inquiry. *Health & Social Work*, 24, 269-278.
- Montañés, P. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 21-32.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 371-397.
- Mora, H. (2008). *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. Madrid: Editorial Club Universitario.
- Morey, L. C. (1991). Personality Assessment Inventory. *Personality Assessment*, 2, 181-228.

- Muñoz, J. M., & Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2-12.
- Muñoz-Sabaté, L. (1980). El peritaje psicológico. En Muñoz Sabaté, L., Bayés, R. & Munne, F. (Eds.) *Introducción a la Psicología Jurídica*. México: Trillas.
- Naharro, M. L., Soler, J. & Falcone, D. (2013). El rol del neuropsicólogo forense en los tribunales. En A. Jarne y A. Aliaga (dirs.), *Manual de neuropsicología forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 13-45). Barcelona: Herder.
- Neumeister, P., Feldker, K., Heitmann, C. Y., Helmich, R., Gathmann, B., Becker, M. P., & Straube, T. (2017). Interpersonal violence in posttraumatic women: brain networks triggered by trauma-related pictures. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12(4), 555.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., Bryant, R.A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2006). Posttraumatic disorders following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A.W. Kane & K. Nicholson (Eds.): *Psychological knowledge in courts. PTSD, pain and TBI* (pp. 70-84). New York: Springer.
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. AG/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas.
- Ordi, H. G., Fernández, P. S., & Marín, M. P. F. (2010). Precisión predictiva del inventario estructurado de simulación de síntomas-SIMS en el contexto medicolegal. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 9(1), 3-22.



Organización Mundial de la Salud (2013). *Violencia contra la Mujer*. Recuperado el 6 de Abril de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Violencia contra la Mujer*. Recuperado el 2 de Junio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre la violencia de género* (Vol. 96). Barcelona: Bellaterra.

O'Sullivan, M., Glorney, E., Sterr, A., Oddy, M., & da Silva Ramos, S. (2015). Traumatic brain injury and violent behavior in females: A systematic review. *Aggression and violent behavior, 25*, 54-64.

Pérez, V. F., & Fiol, E. B. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado, 17*(1), 105-122.

Peters, J. (2008). Measuring myths about domestic violence: Development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 16*(1), 1-21.

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martinez, Pivovarova, E., Rosenfeld, B., Dole, T., Green, D. & Zapf, P. (2009). Are measures of cognitive effort and motivation useful in differentiating feigned from genuine psychiatric symptoms? *International Journal of Forensic Mental Health, 8*, 271-278.

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry, 56*(4), 233-240.

- Pintos, B. M. (2014). Violencia de género. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 226-233.
- Pivovarov, E., Rosenfeld, B., Dole, T., Green, D. & Zapf, P. (2009). Are measures of cognitive effort and motivation useful in differentiating feigned from genuine psychiatric symptoms? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 271-278.
- Powell, M. R., Gfeller, J. D., Hendricks, B. L., & Sharland, M. (2004). Detecting symptom- and test-coached simulators with the Test of Memory Malinger. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(5), 693-702.
- Puente, A. E., Pérez-García, M., Vilar-López, R., Hidalgo-Ruzzante, N. A. & Fasfous, A. F. (2013). Neuropsychological assessment of culturally and educationally dissimilar individuals. En F. A. Paniagua y A. M. Yamada (dirs.), *Handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse population* (2ª ed.) (pp. 225-242). San Diego, CA: Academic Press.
- Quinteros, A, & Carbajosa, P. (2008). *Hombres Maltratadores - Tratamiento psicológico de agresores*. Editorial Grupo 5. p. 268.
- Ramsay, J., Rivas, C. & Feder, G. (2005). *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Final Report*. UK: Department of Health
- Rankin, E. & Adams, R. (1999). The neuropsychological evaluation: Clinical and scientific foundations. En Sweet, J. (comp.). *Forensic Neuropsychology: Fundamentals and Practice*. Leiden: Swets & Zeitlinger.

Rees, L. M., Tombaugh, T. N., & Boulay, L. (2001). Depression and the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *16*, 501–506.

Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, WS., Moorey, S. & Feder, G. (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*. *324*, 274-277.

Rivière, J. (2009). *Los hombres, el amor y la pareja*. Trabajo realizado para Emakunde. Recuperado de: <http://www.porlosbuenostratos.org/documentos>

Rodríguez, D., Fernández, E., Cueto, A., Martínez, Z., García, M. E., Bringas, M. L. & Salazar, S. (2012). Correlación entre el Examen mínimo del estado mental y la Escala de memoria de Wechsler en una muestra de pacientes con daño cerebral. *Revista Chilena de Neuropsicología*, *7*, 79-84.

Rodrigo, M. L. J., & Ordaz, R. G. (2015). El caleidoscopio de la violencia contra las mujeres en la pareja desde la desigualdad de género: una revisión de enfoques analíticos. *Revista de Estudios Sociales*, *54*, 93.

Rogers, R. (1997). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.): *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 373-397). New York. NY: Guilford Press.

Rogers, R., Robinson, E. V., & Gillard, N. D. (2014). The SIMS screen for feigned mental disorders: The development of detection-based scales. *Behavioral Sciences & the Law*, *32*, 455–466.

Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. D. (2010). *SIRS-2: Structured interview of reported symptoms: Professional manual*. Lutz FL: Psychological Assessment Resources, Incorporated.

- Rosenfeld, B., Green, D., Pivovarova, E., Dole, T. & Zapf, P. (2010). What to do with contradictory data? Approaches to the integration of multiple malingering measures. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 63-73.
- Roxane, R. (2011). Disparity and Disasters: A Frontline View of Gender-Based Inequities in Emergency Aid and Health Care. En Wies, Jennifer R.; Haldane, Hillary J. *Anthropology at the Front Lines of Gender-Based Violence*. Vanderbilt: University Press.
- Ruiz-Pérez, I., Escriba-Aguir, V., Montero-Piñar, I., Vives-Cases, C., & Rodríguez-Barranco, M. (2017). Prevalencia de la violencia de parejas en España: estudio transversal a través de cuestionario en la atención primaria. *Atención Primaria*, 49, 93–101.
- San Martín, C., & González, A. (2011). Las mujeres víctimas de violencia en los discursos psicológicos: ¿Espejos deformantes? *Estudios de Psicología*, 32(3), 405-417.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., & Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanmartín, J., Molina, A., & García, Y. (Eds.) (2003). *Informe internacional 2003. Violencia y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-254.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, *19*(3), 459-466.
- Sedó, M. (2007). *FDT: test de los cinco dígitos: manual*. Madrid: TEA.
- Silk-Eglit, G. M., Stenclik, J. H., Gavett, B. E., Adams, J. W., Lynch, J. K., & Mccaffrey, R. J. (2014). Base rate of performance invalidity among non-clinical undergraduate research participants. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *29*, 415–421.
- Simmons, A. N., Paulus, M.P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B. & Stein, M. B. (2008). Functional activation and neural networks in women with posttraumatic stress disorder related to intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, *64*, 681-690.
- Slachevsky, A., Pérez, C., Prenafeta, & M.L. (2013) La evaluación de las funciones cognitivas. En A. Jarne y A. Aliaga (dirs.), *Manual de neuropsicología forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 85-115) Barcelona: Herder.
- Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E., Mateer, C. A., Harnadek, M. & Sherman, E. M. (2003). Victoria Symptom Validity Test scores of patients with profound memory impairment: non litigant case studies. *The Clinical Neuropsychologist*, *17*, 390-394.
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law*, *25*, 180–183.
- Solomon, P. R., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R. D. & Pendlebury, W. W. (1998). A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, *55*, 349-355.

- State Attorney General. (2016). Report 2016 of state attorney general. Recuperado de <https://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/Inicio.html>
- Stein, M., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 52*, 1079-1088.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., Paulus, M. P. & Stein, M. B. (2010). Neural correlates of altered pain response in women with posttraumatic stress disorder from intimate partner violence. *Biological Psychiatry, 68*, 442-450.
- Sweet, J., Nelson, N. & Moberg, P. (2006). The TCN/AACN 2005 salary survey: professional practices, beliefs, and incomes of U.S. neuropsychologists. *Clinical of Neuropsychology, 20*, 325-364.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 459-472.
- Teichner, G., & Wagner, M. T. (2004). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*(3), 455-464.
- Terry, G. (2007). Introduction. En G. Terry y J. Hoare. *Gender-Based Violence*. Herndon, USA: Oxfam GB.

- Thalman, B., Mansch, A. U. & Ermini-Fiinsfchilling, D. (1996). *Improved screening for dementia: combining the clock drawing test and the Mini-Mental State Examination*. Conferencia presentada en el 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium, Niza, Francia.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering*. New York, NY: MHS.
- Tombaugh, T. N. (2003). The Test of Memory Malingering (TOMM) in forensic psychology. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 69–96.
- Tombaugh, T. N. (2003). *TOMM. Test de simulación de problemas de memoria*. Madrid: TEA.
- Tombaugh, T. N., Vilar-López, R., García, M. P., & Puente, A. E. (2011). *Tomm: Test de simulación de problemas de memoria*. Madrid: Tea.
- Torre, J. De la (1999). El informe pericial psicológico: criterios judiciales y jurisprudenciales. *Papeles del Psicólogo*, 73, 13-15.
- Torres, I. (2002). Aspectos éticos en las evaluaciones forenses. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*. Vol 24, 58-93.
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S., Hughes Berardi, K., & Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 879–887.
- Urra, J. (1993). Confluencia entre psicología y derecho. En J. Urra y B. Vazquez (Comps.) *Manual de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI
- Valencia, N. J., Laserna, J. A., Pérez-García, M., Orozco, C., Miñán, M., Garrido, C. Peralta, I. & Morente, G. (2000). Influencia de la escolaridad y el sexo sobre la

- ejecución en el FAS, nombrar animales y nombrar frutas. *Psicología Conductual*, 8, 283-295.
- Valera, E. M. & Berenbaum, H. (2003) Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 797-804.
- Van Dyke, S. A., Millis, S. R., Axelrod, B. N., & Hanks, R. A. (2013). Assessing effort: Differentiating performance and symptom validity. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(8), 1234-1246.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 1336-1365.
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., Álvarez-González, L., Fernández-Maderos, I. & Casabona- Fernández, E. (2006). Disfunción frontal en la enfermedad de Parkinson idiopática. *Revista de neurología*, 42, 76-84.
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., León-Benito, O. & Fernández-Maderos, I. (2006). *Víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Verdejo, A., Alcázar-Córcoles, M. A., Gómez-Jarabo, G. A., & Pérez-García, M. (2004). Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense. *Revista de Neurología*, 39(1), 60-73.
- Vilariño, M., & Rivera, F. F. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury in gender violence: Validating a protocol for forensic settings. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(2), 221-243.



- Vilar-López, R. & Aliaga, A. (2013). La evaluación de la simulación. En A. Jarne y A. Aliaga (Eds.), *Manual de Neuropsicología Forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 261–303). Barcelona: Herder.
- Vilar-López, R., Gómez-Río, M., Caracuel-Romero, A., Llamas-Elvira, J., & Pérez-García, M. (2008). Use of specific malingering measures in a Spanish sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30 (6), 710–722.
- Vilar-López, R., Gómez-Río, M., Santiago-Ramajo, S., Rodríguez-Fernández, A., Puente, A., & Pérez-García, M. (2008). Malingering detection in a Spanish population with a known-groups design. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 365–377.
- Vilar-López, R., Perez-Garcia, M., & Puente, A. E. (2012). *TOMM: Test de simulacion de problemas de memoria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Vilar-López, R., Santiago-Ramajo, S., Gómez-Río, M., Verdejo-García, A., Llamas, J. M., & Pérez-García, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 379–388.
- Walby, S. & Allen, J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. Home Office Research Study 276*. London: Home Office.
- Walker, L.E.A. (1984). *The battered woman syndrome*. New York. NY: Springer.
- Walker, L.E.A. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702.
- Walker, L.E.A. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28(1), 21-29.

- Walker, L. E. A. (2012). *El Síndrome de la Mujer Maltratada*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Walker, L. E. (2016). *The battered woman syndrome*. Springer publishing company. New York, NY: Harper & Row
- Wechsler, D. (2012). *Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III)* (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2004). SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wong, J. Y. H., Fong, D.Y. T., Lai, V., & Tiwari, A. (2014). Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain A Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 22-33.
- Young, A. W., Perrett, D., Calder, A. J., Sprengelmeyer, R. & Ekman, P. (2002). *Facial expressions of emotions: Stimuli and test (FEEST)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Zieman, G., Bridwell, A., & Cardenas, J. F. (2016). Traumatic brain injury in domestic violence victims: A retrospective study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma*, 34, 876–880.
- Zunzunegui, M. V. & Muñoz, D. G. (2004). Versión española del Test de los 7 minutos. Datos Normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Revista Española de Neurología*, 19, 344-358.

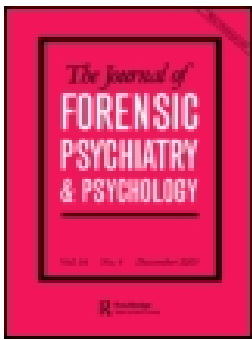


# **ANEXOS**



# **ANEXO 1**





## Validation of neuropsychological consequences in victims of intimate partner violence in a Spanish population using specific effort tests

M<sup>a</sup> Isabel Marín Torices, Natalia Hidalgo-Ruzzante , Julia C. Daugherty, Pilar Jiménez-González & Miguel Pérez García

To cite this article: M<sup>a</sup> Isabel Marín Torices, Natalia Hidalgo-Ruzzante , Julia C. Daugherty, Pilar Jiménez-González & Miguel Pérez García (2017): Validation of neuropsychological consequences in victims of intimate partner violence in a Spanish population using specific effort tests, The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, DOI: [10.1080/14789949.2017.1339106](https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1339106)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2017.1339106>



Published online: 12 Jun 2017.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)





## Validation of neuropsychological consequences in victims of intimate partner violence in a Spanish population using specific effort tests

M<sup>a</sup> Isabel Marín Torices<sup>a</sup>, Natalia Hidalgo-Ruzzante<sup>b,c</sup> ,  
Julia C. Daugherty<sup>b,d</sup>, Pilar Jiménez-González<sup>e</sup> and Miguel Pérez García<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup>Alameda Salud, Granada, Spain; <sup>b</sup>The Brain, Mind and Behavior Research Center (CIMCYC), University of Granada, Spain; <sup>c</sup>School of Education, University of Granada, Spain; <sup>d</sup>School of Psychology, University of Granada, Spain; <sup>e</sup>Activa, Granada, Spain

### ABSTRACT


Neuropsychological consequences in female survivors of intimate partner violence are being used in courts as evidence of acquired injury and for criminal exculpation. To support the validity of neuropsychological test performance and the veracity of victim testimony, effort tests can be used by expert witnesses. Nevertheless, no study has evaluated whether the two principle types of effort tests, Symptom validity tests or Performance validity tests, are most adequate for this population. The study's objective was to compare the false positive rates of a Performance validity test (Test of Memory Malingering: TOMM) and a Symptom validity test (Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS). The sample included 68 female intimate partner violence victims and 40 control females. SIMS showed a significantly higher rate of false positives in victims on four of five subtests, reaching a 59.3% in the total score. There were 0% false positives in both groups on the TOMM. Findings indicate that the SIMS may incorrectly score female IPV victims, undermining the victim's testimony in judicial cases.

**ARTICLE HISTORY** Received 21 February 2017; Accepted 30 May 2017

**KEYWORDS** Intimate partner violence; effort tests; performance validity; symptom validity

### Introduction

In recent years, societal and professional awareness about the pervasiveness and severity of intimate partner violence (IPV) has grown considerably. According to the Center for Disease Control (2016), IPV is described as 'physical violence, sexual violence, stalking and psychological aggression (including coercive acts) by a current or former intimate partner.' Approximately 1% of women are fatal victims of IPV, making it the leading cause of death in the world for women between

**CONTACT** Natalia Hidalgo-Ruzzante  nhidalgo@ugr.es

the age of 16 and 44 years. With regard to prevalence, a meta-analysis of 141 studies (including 81 countries) found that a third (30%) of women worldwide have suffered physical or sexual violence from their intimate partner (Devries et al., 2013). In Spain, 24.8% of the female population has suffered intimate partner violence (Ruiz-Pérez, Escriba-Aguir, Montero-Piñar, Vives-Cases, & Rodríguez-Barranco, 2017). According to the most recent annual census for statistics on intimate partner violence in Spain, of the women who have had at least one intimate partner, 10.7% have suffered physical, 25.4% psychological control, 21.9% emotional, 8.1% sexual, and 10.8% economic violence throughout their lifetime (Ministry of Health Social Services & Equality, 2015).

Various studies have found neuropsychological consequences in female victims of IPV in domains such as learning and memory (Valera & Berenbaum, 2003), attention, response inhibition, working memory (Little et al., 2010; Stein, Kennedy, & Twamley, 2002), and processing speed on tasks requiring executive functioning. These sequelae may result from multiple factors linked to violence, such as a loss of consciousness (Jackson, Philp, Nuttall, & Diller, 2002; Monahan & O'Leary, 1999), post-traumatic stress (Aupperle et al., 2012; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009; Valera & Berenbaum, 2003), and brain trauma (Ivany & Schminkey, 2016; Kwako et al., 2011; Ziemann, Bridwell, & Cardenas, 2016) caused by impacts to the head and/or strangulation (Wong, Fong, Lai, & Tiwari, 2014). Despite these findings, most women attending domestic abuse shelters are not assessed or rehabilitated for acquired brain damage and are instead given psychotherapy alone and legal counseling.

Neuropsychological alterations resulting from the abuse have important implications with regard to the evaluation of acquired damage and the victim's testimony (Alvárez-Bello, 2013; Marín, Hidalgo-Ruzzante, Tovar, & Pérez, 2016) in court. As part of routine protocol in forensic evaluations, professionals should always test for simulation by administering an effort test (insufficient effort exerted when taking the tests or *dissimulation*) in order to guarantee that the damage detected has not been exaggerated or contrived (Martin, Schroeder, & Odland, 2015; Vilar & Aliaga, 2013). In the Diagnostic and Statistical Manual-5, simulation is considered a diagnostic category and defined as the presentation of false or exaggerated physical or psychological symptoms, motivated by external incentives, such as avoiding military service or work, obtaining economic compensation, circumventing criminal responsibility, and attaining pharmaceuticals (American Psychological Association, 2013). Effort tests are considered a necessary part of protocol, despite the fact that the actual percentage of false reports in cases of IPV is very small and around 0% (State Attorney General, 2016). It is therefore essential to have an instrument that can support the credibility of women's testimonies in trials on intimate partner violence.

In forensic processes, there are different types of instruments employed to detect low effort (Heilbronner et al., 2009; Larrabee, 2012; Martin et al., 2015). On the one hand, there are symptom validity tests that evaluate the existence

of self-informed symptoms. These tests were principally designed as screening assessments for lack of effort (Rogers, Robinson, & Gillard, 2014). One of the most commonly used symptom validity test is the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; Smith & Burger, 1997), which was designed to detect psychopathological and neuropsychological symptoms (Rogers et al., 2014; Widows & Smith, 2004). In a recent meta-analysis, the SIMS was considered to have acceptable sensitivity but a low diagnostic specificity for feigning. It was also shown to overestimate the prevalence of simulation in patients who suffer from schizophrenia, intellectual disability, and psychogenic non-epileptic seizures (Van Impelen, Merckelbach, Jelicic, & Merten, 2014).

Another type of effort assessment is the performance validity test, which evaluates the individual's execution and precision on the test. Performance validity tests can be classified as *embedded* if they form part of another neuropsychological test, or as 'stand-alone' if they are specifically designed to measure effort on their own (Heilbronner et al., 2009). There is extensive research showing the acceptable psychometric properties and utility of this type of validity test in forensic settings (Heilbronner et al., 2009). One of the more commonly used performance validity tests is the Test of Memory Malingering (TOMM; Tombaugh, 1996; Vilar-López, Perez-García, & Puente, 2012). TOMM is a forced choice test that is insensitive to training biases (Powell, Gfeller, Hendricks, & Sharland, 2004), age (Teichner & Wagner, 2004), education (Constantinou & McCaffrey, 2003), traumatic injuries (Haber & Fichtenberg, 2006), and psychiatric disorders (Duncan, 2005), obtaining 0% false positives both in healthy control participants and in diverse clinical populations (An, Kaploun, Erdodi, & Abeare, 2017; An, Zakzanis, & Joordens, 2012; Silk-Eglit et al., 2014; Tombaugh, 2003; Vilar-López et al., 2007).

To our knowledge, there are currently no studies concerning effort tests in intimate partner violence victims and no study has compared symptom versus performance validity tests in the evaluation of neuropsychological damage in this population. Nevertheless, there is evidence for neuropsychological damage as consequence of brain injury (Ivany & Schminkey, 2016; Zieman et al., 2016), which could have important implications in court (Marín et al., 2016). A comparison of the specific effort tests chosen in this study is not only pertinent for international use, but is especially fundamental for Spanish-speaking female victims as the SIMS is the only symptom validity test (González Ordi & Santamaría Fernández, 2009; Ordi, Fernández, & Marín, 2010) and TOMM the only performance validity test (Vilar-López, Gómez-Río, Caracuel-Romero, Llamas-Elvira, & Pérez-García, 2008; Vilar-López et al., 2007; Vilar-López, Gómez-Río, Santiago-Ramajo et al., 2008) adapted to the Spanish population. For this reason, it is essential to understand the adequacy of both symptom and performance validity tests with this specific population.

Therefore, the objective of this study is to compare the sensitivity/false positives of a performance validity test (TOMM; Vilar-López et al., 2012) and a

symptom validity test (SIMS; Widows and Smith, 2004) in a sample of female victims of intimate partner violence and a control group. We hypothesize that since both tests demonstrate a high efficacy as performance and symptom validity tests in the Spanish population, they will operate the same in female victims of IPV in Spain.

## Participants

The sample includes two groups: 68 female victims of IPV (current or previous partner) with an age range of 18 to 52 years ( $M = 40.07$ ,  $SD = 7.733$ ), and 40 women who had not been battered by their partner or ex-partner with an age range between 20 and 52 years ( $M = 39.43$ ,  $SD = 8.569$ ). The group of female IPV victims was composed of women who suffered psychological violence alone OR a combination of psychological and physical violence. Within this group, 30.8% ( $n = 21$ ) suffered psychological violence, 26.4% ( $n = 18$ ) psychological + physical violence, 4.4% ( $n = 3$ ) psychological + sexual violence, and 38.2% ( $n = 26$ ) psychological + physical + sexual violence. While there were no significant age differences between groups (IPV victims and the Control group), differences were found within education levels (see Table 1). 'ACTIVA', where they received psychological support by clinical psychologists (PJG). All attendees were informed about the study and decided to participate voluntarily without receiving any compensation. Data were collected at the association, where safety and confidentiality were guaranteed by the professionals who conducted the evaluations. For additional information on sociodemographic factors, see Table 1.

**Table 1.** Principle sociodemographic characteristics for the IPV and control groups.

| Variables                                    | FIPV ( $n = 68$ ) | CW ( $n = 40$ ) | $\chi^2$ |
|--|-------------------|-----------------|----------|
| <i>Current age</i>                           |                   |                 |          |
| Mean (SD)                                    | 40.0 (7.7)        | 39.4 (8.6)      | .39      |
| <i>Level of education% (n)</i>               |                   |                 | 8.72*    |
| Primary                                      | 22.1% (15)        | 7.7% (3)        |          |
| Secondary/professionals                      | 52.9% (36)        | 41% (16)        |          |
| Superiors                                    | 25.0% (17)        | 51.3% (20)      |          |
| <i>Current work% (n)</i>                     |                   |                 | .67      |
| Yes  | 45.6% (31)        | 37.5% (15)      |          |
| No   | 54.4% (37)        | 62.5% (25)      |          |
| <i>Number of children</i>                    |                   |                 | .01**    |
| Mean (SD)                                    | 1.9 (1)           | 1.5 (1.1)       |          |
| <i>Age of onset of the relationship</i>      |                   |                 | 1.88     |
| Mean (SD)                                    | 21.1 (5.7)        | 21 (9.2)        |          |
| <i>Type of violence % (n)</i>                |                   |                 |          |
| Psychological violence                       | 30.9% (21)        |                 |          |
| Psychological and physical violence          | 26.5% (18)        |                 |          |
| Psychological and sexual violence            | 4.4% (3)          |                 |          |
| Psychological, physical, and sexual violence | 38.2% (26)        |                 |          |

Note: FIPV = female victims intimate partner violence, CW = Control women.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Criteria for inclusion and exclusion were established prior to data collection and were applied to all participants. Inclusion criteria required all participants to be at least 18 years of age, and to be able to read, write, and understand study instructions. Participants in the IPV group must have suffered violence (exclusively psychological or psychological and physical/sexual) from their partner or ex-partner. To be included in the study, there was no requirement for the duration of the abuse (no maximum or minimum amount of time). Exclusion criteria precluded individuals who were illiterate or had difficulty completing written tests, consumed psychotropic medication that would interfere with test execution, had antecedents for severe psychopathology, and had a history of drug and/or alcohol abuse. Effort tests rely on the assumption that true cognitive impairment does not affect performance on these tests. This has been extensively documented in cognitively impaired clinical groups. Nevertheless, this is not clear for severe psychiatric disorders such as schizophrenia and schizoaffective disorder (Hunt, Root, & Bascetta, 2014). For this reason, we excluded participants with these psychiatric disorders. To rule out the possibility of severe psychopathology, a clinical interview was conducted by a PJG, which included screening information for psychopathology. Furthermore, previous clinical psychological records provided by the ACTIVA association were revised.

None of the participants fulfilled the Diagnostic and Statistical Manual-5 criteria for simulation, considering the fact that none attempted to avoid work, obtain economic compensation, evade criminal responsibilities, or obtain pharmaceuticals (APA, 2013). The study was approved by the Ethics Committee of Human Research at the University of Granada.

## Procedure

Before conducting the assessments, researchers explained, both in verbal and written form, that participation is voluntary, that they may withdraw at any moment, and that they could receive feedback from their results when the study was completed. The study's procedure and objectives were also explained to the participants. All participants and researchers dated and signed the informed consent form twice, as one copy was given to the participants and the other was confidentially saved in safe-keeping by the researchers. The informed consent document included information about the confidentiality of the data collected, in agreement with the Protection of Personal Data and Professional Secrecy Organic Law 15/1999 (December 13th).

The lead researchers were psychologists with a trajectory in working with female victims of IPV and received training on how to administer the neuropsychological evaluations. The evaluator was always in the same room as the participant in order to resolve any questions or problems that could arise during testing. Participants were tested in quiet rooms that were equipped for evaluations and treatment in the association's installation. The evaluation was completed individually. All

assessment instruments were given in paper form and their instructions were provided verbally following the protocol indicated by the administration manuals of each test. A screening test (CTS-2) was also administered to identify participants who may have suffered psychological or physical intimate partner violence, but who had not joined the association for this reason. This project is part of a larger line of research, for which an extensive evaluation of two sessions two hours each (breaks included) was completed.

## **Instruments**

### ***Given exclusively to the IPV group***

#### ***Revised conflict tactic scale (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996)***

This scale is used to detect the presence of physical and/or psychological violence by an intimate partner in the last year or throughout the relationship, the memory of having experienced physical violence among parents before 16 years of age, or having suffered physical abuse by parents before the age of 16. It measures frequency and intensity of violence in the couples' relationship. Reliability ranges from .79 to .95 (Straus et al., 1996).

### ***Sociodemographic variables and variables related to abuse***

The sociodemographic characteristics and those related to abuse were evaluated using the following instruments:

- Semi-structured interview about domestic violence (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta, & Sauca, 1994). This interview measures demographic variables, history of victimization, abuse, emotional expression of the victim, and reactions of the family and social environment in the face of the abusive events, among other pertinent variables to domestic violence.

### ***Symptom validity and performance validity tests***

- Test of Memory Malingering (TOMM; Tombaugh, 1996): TOMM is a performance validity test that consists of 50 verbal memory items. There are two learning trials in which the participant views 50 line drawings (three seconds each) on a screen/paper, and a retention trial. Two different cut-off scores may be applied to differentiate between which scores are due to traumatic brain injury or neuropsychological impairment and those that are a result of simulation. With regard to test reliability, in accordance with the criteria established by Tombaugh (1996), the instrument demonstrates a high alpha coefficient for the three trials (T1 = .94, T2 = .95 and T3 = .94).

Regarding validity, TOMM has shown a 90% specificity and 93% sensitivity (Tombaugh, 1996).

- Structured Inventory of Malingering Symptomology (SIMS; Smith & Burger, 1997): SIMS is a self-administered symptom validity test used to screen for simulated psychopathology. It consists of 75 true-or-false items and is organized into five scale domains: Psychosis, Low Intelligence, Neurologic Impairment, Affective Disorders, and Amnesic Disorders. The alpha coefficient for reliability of SIMS total score (Spanish adaptation) was .94. The coefficient values of the different scales vary between .65 and .90. The subscales of Psychosis, Amnesic Disorders, and Neurologic Impairment are superior to .80. On the other hand, it is advised to use larger confidence scales for the subscales of Affective Disorders and Low Intelligence. Regarding validity, SIMS has shown sensitivity ranging from 75 to 100% and specificity ranging from 37 to 93% using known-group designs (Van Impelen et al., 2014).

## Statistical analysis

Descriptive statistics were obtained for sociodemographic variables, effort measures, and factors related to intimate partner violence. Student t-tests were completed to assure the groups were matched in age. A  $\chi^2$  analysis was carried out to analyze the frequency of women scoring as malingerers or normal on effort tests by comparing women who have suffered IPV with a control group (non-victims).

## Results

All women who participated in this study were matched in age, such that there were no statistical differences in age between the IPV and control groups. Principle sociodemographic characteristics are displayed in Table 1.

The scales on the different instruments for effort (SIMS and TOMM) were dichotomized into a new variable (no simulation vs. simulation), taking into account the cut-off scores for simulation or low effort provided by the manuals of both tests (SIMS; Widows & Smith, 2004; González Ordi & Santamaría Fernández, 2009) (TOMM; Vilar-López et al., 2012).

The  $\chi^2$  demonstrated significant statistical differences between the group of female victims and the control group on the SIMS scale for Psychosis ( $\chi^2 = .945$ ;  $p = .33$ ), Neurologic Impairment ( $\chi^2 = 19.54$ ;  $p = .00$ ), Amnesic Disorders ( $\chi^2 = 12.87$ ;  $p = .00$ ), Affective Disorders ( $\chi^2 = 13.44$ ;  $p = .00$ ), and the total scale ( $\chi^2 = 19.25$ ;  $p = .00$ ). There were no differences on the scale for Low Intelligence (Table 2).

With regard to TOMM, it was not possible to calculate statistical analyses. Due to a very low cell size (frequency < 5), there were no statistically significant

**Table 2.** Performance differences between female victims of IPV and the control group on SIMS.

| SIMS                              | FIPV (n = 54) | CW (n = 30) | $\chi^2$ | d   |
|-----------------------------------|---------------|-------------|----------|-----|
| <i>Total % (n)</i>                |               |             |          |     |
| Simulation                        | 59.3% (32)    | 10% (3)     | 19.25**  | 1.1 |
| No simulation                     | 40.7% (22)    | 90% (27)    |          |     |
| <i>Psychosis% (n)</i>             |               |             | .95      | .2  |
| Simulation                        | 25.9% (14)    | 16.7% (5)   |          |     |
| No simulation                     | 74.1% (40)    | 83.3% (25)  |          |     |
| <i>Neurologic impairment% (n)</i> |               |             | 19.55**  | 1.1 |
| Simulation                        | 55.6% (30)    | 6.7% (2)    |          |     |
| No simulation                     | 44.4% (24)    | 93.3% (28)  |          |     |
| <i>Amnesic disorders% (n)</i>     |               |             | 12.88**  | .9  |
| Simulation                        | 44.4% (24)    | 6.7% (2)    |          |     |
| No simulation                     | 55.6% (30)    | 93.3% (28)  |          |     |
| <i>Low intelligence% (n)</i>      |               |             | .10      | .1  |
| Simulation                        | 33.3% (18)    | 36.7% (11)  |          |     |
| No simulation                     | 66.7% (36)    | 63.3% (19)  |          |     |
| <i>Affective disorders% (n)</i>   |               |             | 13.44    | .9  |
| Simulation                        | 50.0% (27)    | 10.0% (3)   |          |     |
| No simulation                     | 50.0% (27)    | 90.0% (27)  |          |     |

Note: FIPV = Female victims intimate partner violence, CW = Control Women.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

**Table 3.** Performance differences between female victims of IPV and the control group on TOMM.

| TOMM                | FIPV (n = 67) | CW (n = 40) | $\chi^2$ |
|---------------------|---------------|-------------|----------|
| <i>Trial 1% (n)</i> |               |             |          |
| Simulation          | 7 (1.4%)      | 0 (0%)      | 4.47*    |
| No simulation       | 60 (89.6%)    | 40 (100%)   |          |
| <i>Trial 2% (n)</i> | (n = 67)      | (n = 40)    | NA       |
| Simulation          | 0 (0%)        | 0 (0%)      |          |
| No simulation       | 67 (100%)     | 39 (100%)   |          |

Note: FIPV = Female victims intimate partner violence, CW = Control Women. NA = There were no cases and, therefore, no statistical analysis was applied.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

differences (Table 3). Nevertheless, no participant fell into the simulation category for either group of women.

## Discussion

The main objective of this study was to compare the rate of false positives in a Performance Validity Test (TOMM) with a Symptom Validity Test (SIMS) in a sample of non-simulating female victims of intimate partner violence (honest) with a group of control females. Results demonstrate a high percentage of false positives for the SIMS that ranges between 6.7 and 36% (10% for the total score) in the control group and between 25.9 and 59.3% (59.3% for the total score) in the IPV group. Nevertheless, there were no false positives found for the IPV group or for the control group in the second trial of TOMM.



To our knowledge, this is the first study to compare a performance validity test (TOMM) with a symptom validity test (SIMS) in a group of female victims of intimate partner violence as compared to a group of control females, with neither group meeting criteria for simulation as defined by the APA (2013). Other studies comparing performance to symptom validity tests in other populations have found that performance validity tests demonstrate better results for sensitivity and specificity, albeit a combination of both types leads to better results (Copeland et al., 2016). Our findings for specificity are consistent with these results, as SIMS has demonstrated a considerably higher percentage of false positives in both female victims and control participants. These differences could be due to the fact that SIMS is a screening test, making it optimal for use when a high sensitivity is needed. On the other hand, TOMM is oriented toward the diagnosis of simulation, lending to a greater focus on both sensitivity and specificity (Rogers et al., 2014).

Considering TOMM specifically, our results are similar to those gathered in other studies assessing control groups and non-simulating patients. With regard to control groups, the majority of studies have obtained 0% false positives in student samples (An et al., 2012, 2017; Silk-Eglit et al., 2014) and healthy controls (Tombaugh, 2003). These results are similar to findings with patients suffering from traumatic brain injury who were not involved in litigation, where 0% of false positives were found in the validation samples for TOMM (Tombaugh, 2003). In the Spanish population, there were 0% of false positives found in patients diagnosed with Post-Concussion Syndrome from mild traumatic brain injury who were not involved in litigations (Vilar-López et al., 2007).

In the case of SIMS, research with other populations indicates less-than-optimal specificity ratios (false positives). In a recent meta-analysis of SIMS (Van Impelen et al., 2014), a specificity between .37 and .59 (63 and 41% of false positives) was found using the total score in non-simulating patients, and .93 (7% of false positives) in healthy controls. These findings clearly indicate that SIMS has the potential to overestimate the prevalence of simulation. Our results demonstrate even higher rates of Type I Error, where 59% of non-simulating female victims and 10% of female controls were deemed to simulate.

We believe that the symptoms presented in the SIMS in this sample are exaggerated, considering the fact that neither group was driven by incentives to explain the fabrication of symptomatology. For example, 26% of IPV victims and 16.7% of the control group appeared as if they were simulating on the psychosis subscale of the SIMS. Due to the fact that neither the control group nor the IPV group had external incentives that would prompt exaggerating psychotic symptoms, we interpret these results as an indicator of excessive test sensitivity.

These results have important implications if we consider the growing evidence for a high prevalence of traumatic brain injury in female victims of IPV (Ivany & Schminkey, 2016; Kwako et al., 2011; Zieman et al., 2016). Furthermore, such traumatic brain injuries have been associated with neuropsychological

and behavioral alterations in this population (Zieman et al., 2016). We do not consider SIMS to be an adequate symptom validity test for female victims of IPV, as it has demonstrated an unacceptable rate of false positives in both female victims and control participants. Using an instrument such as the SIMS may not give credibility to the diagnosis of neuropsychological consequences resulting from the abusive relationship. In fact, the test could incorrectly presume the victim to be simulating or exaggerating neuropsychological damage. The inaccuracy of this measure may have multiple legal implications for female victims of intimate partner violence, and thus calls for effort tests capable of detecting low effort or dissimulation. For an effort test of this caliber to be used in routine forensic protocol with female victims, it is imperative that it have a high specificity. One of the principle indications of the present study is its support for the use of the effort test, TOMM, due to its high sensitivity and specificity.

It is important to mention that the present study faces limitations. First, the sample size is medium and clearer conclusions could have been met with a larger number of participants. In addition, data about the abuse suffered is cross-sectional, self-reported, and/or obtained by previous psychological reports. Furthermore, participants were only matched in age and not in education level (Rees, Tombaugh, & Boulay, 2001; Vilar-López et al., 2012). Nevertheless, scores on the SIMS are only affected by low levels of schooling (González Ordi & Santamaría Fernández, 2009), does not occur in our study. The fact that the results of the SIMS could be influenced by low levels of education brings us to discourage its use in female victims of IPV with low levels of education. In addition, TOMM is not sensitive to the effect of schooling (Vilar-López et al., 2012). Finally, as in all effort studies, an additional limitation is that it is not possible to establish the real lack or presence of simulation.

In conclusion, this is the first study that has applied and compared a symptom validity test (SIMS) to a performance validity test (TOMM) in female victims of IPV. The results demonstrate that TOMM produces significantly fewer false positives than does the SIMS. Nevertheless, this study is just the first approximation to understanding the use of simulation measures with female victims of intimate partner violence. Future studies should be carried out to replicate these results and extend them to women who are in litigation cases using known-group methodological designs to study the sensitivity and specificity of these tests.

## Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

## ORCID

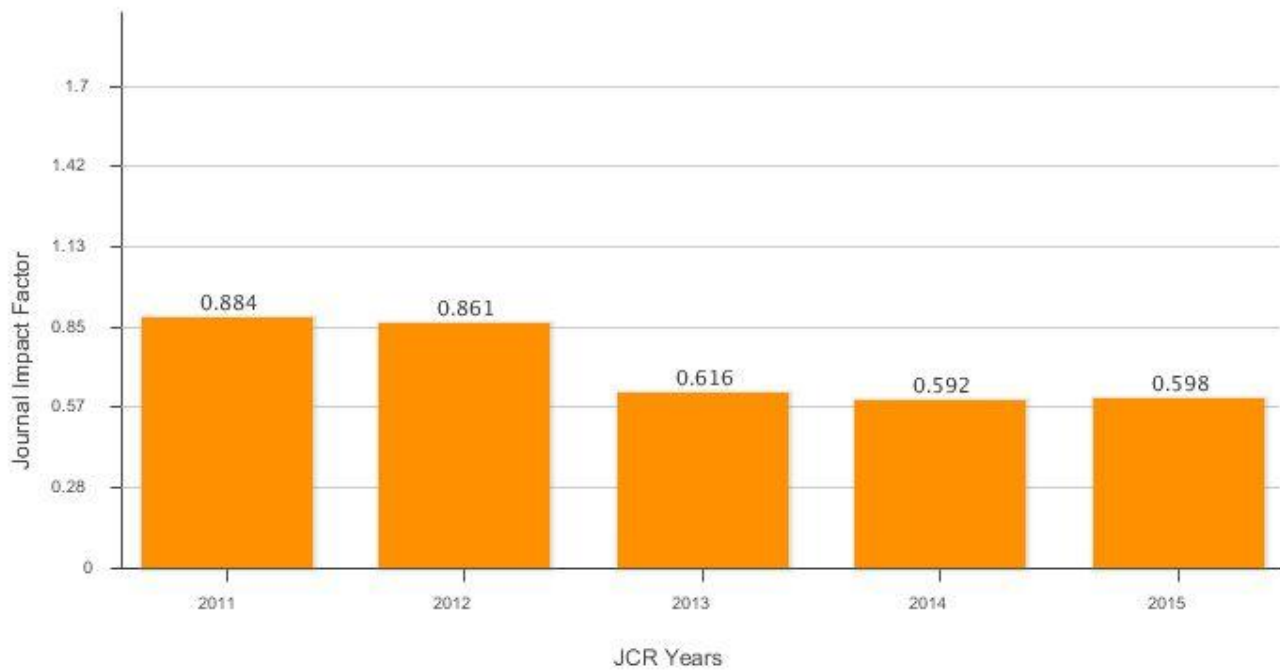
Natalia Hidalgo-Ruzzante  <http://orcid.org/0000-0002-9952-9478>

## References

- Alvárez-Bello, F. J. (2013). El control del engaño en la evaluación psicológica forense de la violencia de género: posibilidades y limitaciones en el contexto chileno. *Anuario de Psicología Jurídica*, *23*, 53–60. doi:10.5093/aj2013a9
- An, K. Y., Kaploun, K., Erdodi, L. A., & Abeare, C. A. (2017). Performance validity in undergraduate research participants: A comparison of failure rates across tests and cutoffs. *The Clinical Neuropsychologist*, *31*, 193–206. doi:10.1080/13854046.2016.1217046
- An, K. Y., Zakzanis, K. K., & Joordens, S. (2012). Conducting research with non-clinical healthy undergraduates: Does effort play a role in neuropsychological test performance? *Archives of Clinical Neuropsychology*, *acs085*. doi:10.1093/arclin/acs085
- American Psychiatric Association. (2013). *Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.books.9780890425657
- Aupperle, R. L., Allard, C. B., Grimes, E. M., Simmons, A. N., Flagan, T., Behroozni, M., & Paulus, M. P. (2012). Dorsolateral prefrontal cortex activation during emotional anticipation and neuropsychological performance in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *69*, 360–371. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1539
- Center for Disease Control. (2016, July 20). Intimate partner violence: Definitions. Retrieved May 1, 2017, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>
- Constantinou, M., & McCaffrey, R. J. (2003). Using the TOMM for Evaluating Children's Effort to Perform Optimally on Neuropsychological Measures. *Child Neuropsychology (Neuropsychology, Development and Cognition: Section C)*, *9*, 81–90. doi:10.1076/chin.9.2.81.14505
- Copeland, C. T., Mahoney, J. J., Block, C. K., Linck, J. F., Pastorek, N. J., Miller, B. I., ... Sim, A. H. (2016). Relative utility of performance and symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*, 18–22. doi:10.1093/arclin/acv065
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... Pallitto, C. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, *340*, 1527–1528.
- Duncan, A. (2005). The impact of cognitive and psychiatric impairment of psychotic disorders on the Test of Memory Malingering (TOMM). *Assessment*, *12*, 123–129. doi:10.1177/1073191105275512
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & Sauca, D. (1994). *Entrevista semiestructurada sobre el maltrato doméstico*. Retrieved Septiembre 22, 2010, from <http://www.scribd.com/doc/6983642/Cuestionarios-Maltrato-Domestico-Victimas>
- González Ordi, H., & Santamaría Fernández, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Haber, A. H., & Fichtenberg, N. L. (2006). Replication of the Test of Memory Malingering (TOMM) in a traumatic brain injury and head trauma sample. *The Clinical Neuropsychologist*, *20*, 524–532. doi:10.1080/13854040590967595
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Conference Participants 1. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, *23*, 1093–1129. doi:10.1080/13854040903155063
- Hunt, S., Root, J. C., & Bascetta, B. L. (2014). Effort testing in Schizophrenia and Schizoaffective disorder: Validity indicator profile and Test of Memory Malingering performance characteristics. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *29*, 164–172. doi:10.1093/arclin/act069

- Ivany, A. S., & Schminkey, D. (2016). Intimate partner violence and traumatic brain injury: State of the science and next steps. *Family & Community Health, 39*, 129–137. doi:10.1097/fch.0000000000000094
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 39. doi:10.1037/0735-7028.33.1.39
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T., & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: A critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma Violence Abuse, 12*, 115–126. doi:10.1177/1524838011404251
- Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society, 18*, 1–7. doi:10.1017/s1355617712000240
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43088–43099).
- Little, D. M., Kraus, M. F., Joseph, J., Geary, E. K., Susmaras, T., Zhou, X. J., & Gorelick, P. B. (2010). Thalamic integrity underlies executive dysfunction in traumatic brain injury. *Neurology, 74*, 558–564. doi:10.1212/wnl.0b013e3181cfff5d5
- Marín, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Tovar-Sabio, V., & Pérez-García, M. (2016). Neuropsicología forense en un caso de violencia de género. *Psicología Conductual, 24*, 361.
- Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist, 29*, 741–776. doi:10.1080/13854046.2015.1087597
- Ministry of Health Social Services and Equality. (2015). Macro-survey on violence against women 2015. Retrieved from: [https://www.google.com/url?q=http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf&sa=D&ust=1493543726756000&usg=AFQjCNHilyMthevIHJYOdfpX24orTRI7-A](https://www.google.com/url?q=http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf&sa=D&ust=1493543726756000&usg=AFQjCNHilyMthevIHJYOdfpX24orTRI7-A)
- Monahan, K., & O'Leary, K. D. (1999). Head injury and battered women: An initial inquiry. *Health & Social Work, 24*, 269–278. doi:10.1093/hsw/24.4.269
- Ordi, H. G., Fernández, P. S., & Marín, M. P. F. (2010). Precisión predictiva del inventario estructurado de simulación de síntomas-SIMS en el contexto medicolegal. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía, 9*, 3–22.
- Powell, M. R., Gfeller, J. D., Hendricks, B. L., & Sharland, M. (2004). Detecting symptom- and test-coached simulators with the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*, 693–702. doi:10.1016/j.acn.2004.04.001
- Rees, L. M., Tombaugh, T. N., & Boulay, L. (2001). Depression and the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology, 16*, 501–506. doi:10.1016/s0887-6177(00)00064-0
- Rogers, R., Robinson, E. V., & Gillard, N. D. (2014). The SIMS screen for feigned mental disorders: The development of detection-based scales. *Behavioral Sciences & the Law, 32*, 455–466. doi:10.1002/bsl.2131
- Ruiz-Pérez, I., Escriba-Aguir, V., Montero-Piñar, I., Vives-Cases, C., & Rodríguez-Barranco, M. (2017). Prevalencia de la violencia de parejas en España: estudio transversal a través de cuestionario en la atención primaria. *Atención Primaria, 49*, 93–101.
- Silk-Eglit, G. M., Stenclik, J. H., Gavett, B. E., Adams, J. W., Lynch, J. K., & McCaffrey, R. J. (2014). Base rate of performance invalidity among non-clinical undergraduate research participants. *Archives of Clinical Neuropsychology, 29*, 415–421. doi:10.1093/arclin/acu028
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law, 25*, 180–183.

- State Attorney General. (2016). Report 2016 of state attorney general. Retrieved from <https://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/Inicio.html>
- Stein, M., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 52*, 1079–1088. doi:10.1016/s0006-3223(02)01414-2
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283–316. doi:10.1177/019251396017003001.
- Teichner, G., & Wagner, M. T. (2004). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*, 455–464.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering*. New York, NY: MHS.
- Tombaugh, T. N. (2003). The Test of Memory Malingering (TOMM) in forensic psychology. *Journal of Forensic Neuropsychology, 2*, 69–96.
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S., Hughes Berardi, K., ... Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*, 879–887.
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 797–804.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist, 28*, 1336–1365.
- Vilar, R., & Aliaga, A. (2013). La evaluación de la simulación. In A. Jarne & A. Aliaga (Eds.), *Manual de Neuropsicología Forense, De la clínica a los tribunales* (pp. 261–303). Barcelona, España: Herder.
- Vilar-López, R., Gómez-Río, M., Caracuel-Romero, A., Llamas-Elvira, J., & Pérez-García, M. (2008). Use of specific malingering measures in a Spanish sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 30*, 710–722. doi:10.1080/13803390701684562
- Vilar-López, R., Gómez-Río, M., Santiago-Ramajo, S., Rodríguez-Fernández, A., Puente, A., & Pérez-García, M. (2008). Malingering detection in a Spanish population with a known-groups design. *Archives of Clinical Neuropsychology, 23*, 365–377. doi:10.1016/j.acn.2008.01.007
- Vilar-López, R., Perez-Garcia, M., & Puente, A. E. (2012). *TOMM: Test de simulación de problemas de memoria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Vilar-López, R., Santiago-Ramajo, S., Gómez-Río, M., Verdejo-García, A., Llamas, J. M., & Pérez-García, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering tests. *Archives of Clinical Neuropsychology, 22*, 379–388. doi:10.1016/j.acn.2007.01.012
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2004). *SIMS: Structured inventory of malingered symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wong, J. Y. H., Fong, D. Y. T., Lai, V., & Tiwari, A. (2014). Bridging intimate partner violence and the human brain a literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*, 22–33. doi:10.1177/1524838013496333
- Zieman, G., Bridwell, A., & Cardenas, J. F. (2016). Traumatic brain injury in domestic violence victims: A retrospective study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma, 34*, 876–880.

**Journal Profile: JOURNAL OF FORENSIC PSYCHIATRY &  
PSYCHOLOGY****Metric Trend: Journal Impact Factor**

## **ANEXO 2**





## **NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

M<sup>a</sup> Isabel Marín Torices<sup>1</sup>, Natalia Hidalgo-Ruzzante<sup>2</sup>,  
Vicente Tovar Sabio<sup>3</sup> y Miguel Pérez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Alameda Salud, Granada;* <sup>2</sup>*Universidad de Granada;* <sup>3</sup>*VT abogados, Granada (España)*

### **Resumen**

Las mujeres que sufren violencia contra la pareja muestran problemas psicológicos como ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático. Sin embargo, las consecuencias neuropsicológicas no son rutinariamente evaluadas, considerando la alta frecuencia con la que son golpeadas en la cabeza. Estos déficit neuropsicológicos tampoco suelen considerarse en los procedimientos forenses para establecer la imputabilidad o compensaciones económicas. Nuestro objetivo es mostrar el caso de Ana, víctima de violencia contra la pareja durante tres años, con frecuentes golpes en la cabeza; acusada de asesinar a su marido. Se administró una batería neuropsicológica completa para evaluar los principales dominios neuropsicológicos: percepción, atención, memoria, lenguaje, funcionamiento ejecutivo y simulación. La evaluación neuropsicológica forense mostró que Ana sufría problemas de atención y funcionamiento ejecutivo (memoria de trabajo, flexibilidad y toma de decisiones). La simulación fue descartada. Considerando el informe neuropsicológico, el jurado decidió declarar a Ana no imputable de asesinato. Hasta donde sabemos, es el primer caso en que los déficit neuropsicológicos provocados por violencia contra la pareja, se consideran para rechazar la imputabilidad en un caso de asesinato.

*PALABRAS CLAVE: violencia contra la pareja, evaluación neuropsicológica, secuelas neuropsicológicas, imputabilidad.*

### **Abstract**

Women suffering Intimate Partner Violence show psychological problems including anxiety, depression or post-traumatic stress disorders. Nevertheless, neuropsychological consequences are rarely evaluated considering the high frequency with which women are beaten in the head by batterers. Furthermore, these neuropsychological deficits are not normally considered during the forensic procedures for establishing imputability o economic compensations. Our objective is to describe the case of Ana, a woman accused of murdering her husband, who suffer intimate partner violence during 3 years with very frequent blows on the head. A comprehensive neuropsychological battery was administrated to assess the main neuropsychological domains such as perception, attention, memory, language, executive functioning and malingering. The forensic

neuropsychological assessment showed that Ana suffered attention and executive function problems concerning her working memory, flexibility and decision making functioning. Malingering was ruled out. Considering the neuropsychological report, the jury decided to declare Ana as unfit to plead for the murder. To our knowledge, this is the first case in which neuropsychological deficits caused by intimate partner violence are considered to in a case of murder to declare the crime unpunishable.

KEY WORDS: *intimate partner violence, neuropsychological evaluation, neuropsychological sequelae, imputability.*

## Introducción

La violencia de género es un tipo de violencia física y/o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género, que impacta de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico o psicológico. La Organización Mundial de la Salud (2013) la define como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (Organización Mundial de la Salud, 2013). Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad a fecha de 28 de febrero de 2015, en España existen 51.564 casos activos en seguimiento integral por violencia de género y 15.994 mujeres con protección policial. De enero a mayo de 2015, han sido 12 las víctimas mortales por violencia de género y 770 las víctimas mortales desde el 1 de enero de 2003 a 28 de febrero de 2015. En 2014 han sido 54 las víctimas mortales por violencia de género.

Las mujeres que han sufrido violencia de género padecen una multitud de problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (Fonzo *et al.*, 2010; Simmons *et al.*, 2008; Valera y Berenbaum, 2003). Los estudios sobre déficit neuropsicológicos han encontrado alteraciones graves relacionadas con memoria, atención y concentración, habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, fluidez verbal y función ejecutiva, concurrentes con las situaciones de maltrato físico (Jackson, Philip, Nuttall y Diller, 2002; Kwako *et al.*, 2011; Stein, Kennedy y Twamley, 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera y Berenbaum, 2003). Por otro lado, recientes trabajos han demostrado que las secuelas psicológicas en víctimas de violencia de género, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo *et al.*, 2010; Simmons *et al.*, 2008) y su consecuente repercusión en áreas como la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento del dolor (Strigo *et al.*, 2010). Por último, recientes estudios han mostrado que la lesión cerebral traumática mantenida en el tiempo puede aumentar el riesgo de deterioro para la salud y síndrome posconmocional (Kwako *et al.*, 2011). Sin embargo, actualmente y de manera rutinaria, no se realiza una evaluación neuropsicológica de las mujeres maltratadas, y menos aún, cuando ha existido exclusivamente maltrato psicológico (no físico). Este problema es especialmente grave en el caso de procesos forenses, donde estas secuelas podrían tener implicaciones legales.

La neuropsicología forense es la disciplina responsable de realizar dicha evaluación, ya que incluye dentro de sus competencias, las referidas a los casos en los que se encuentra implicado el daño cerebral y sus consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales, funcionales y sociales, tanto en referencia al imputado, como a la víctima, los testigos o a cualquier otra persona implicada en la causa (Naharro, Soler y Falcone, 2013). A este respecto se sostiene que son cuatro las principales tareas de la neuropsicología forense en causas civiles y criminales (Jarne, Aliaga y Villaseñor, 2013): 1) determinar la disfunción, 2) establecer el efecto de esta disfunción sobre el individuo, 3) pronunciarse respecto del pronóstico derivado de dichos déficit y 4) establecer la relación entre la disfunción y la causa que se juzga. Cuando se actúa como testigo experto, el neuropsicólogo forense se centra en eventos y/o individuos específicos, intentando exponer cómo una disfunción del sistema nervioso se relaciona con hechos por los que un sujeto determinado está siendo investigado judicialmente (Jarne *et al.*, 2013). En ocasiones, el neuropsicólogo forense tiene que acometer la valoración de la imputabilidad e inimputabilidad asociada a los trastornos mentales y cerebrales, el estudio de los grados de eximentes o atenuantes en esta condición y el trastorno mental/cerebral transitorio (Naharro *et al.*, 2013). En materia de violencia de género y ligado a ello, el juez y la fiscalía necesitan una información, cierta, precisa y completa sobre la existencia del maltrato, la gravedad de las consecuencias, el riesgo de repetición o de intensificación, el descarte de posibles casos de simulación y, de forma destacable, la valoración de la peligrosidad que el agresor representa para la víctima (Martínez-León *et al.*, 2011). Sin embargo, la presencia en juicios de un neuropsicólogo forense en casos de malos tratos no se está solicitando y menos aún de oficio.

Por todo esto, el objetivo del presente artículo es mostrar la aplicación de la neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en un caso de violencia de género y las consecuencias que para el proceso judicial tuvo dicha valoración. Este objetivo se alcanzará mostrando el caso de Ana, para quien se solicitó un informe pericial neuropsicológico al objeto de evaluar si presentaba o no alteración del funcionamiento neuropsicológico como consecuencia de una situación de maltrato mantenido en el tiempo por parte de su pareja, así como su relación con los hechos ocurridos en agosto del 2011 (muerte de su pareja). Es la primera vez en España que se solicita un informe neuropsicológico forense en casos de violencia de género, con el resultado de un fallecimiento.

## Método

### *Participante*

Ana es una mujer de 51 años de edad. Nació en La Habana, Cuba, donde siempre había residido hasta su venida a España (marzo de 2009) tras comenzar la relación (agosto de 2008) y el matrimonio (octubre de 2008) con el sr. Manuel. Su familia de origen, puede catalogarse como estructurada y de clase media. Viven en Cuba. Estuvo previamente casada durante 13 años. No tuvieron hijos. Ana trabajó durante años en Cuba como responsable de un laboratorio. Lleva dos años en

situación de prisión preventiva en el Centro Penitenciario de Albolote (Granada), acusada de asesinar a su marido, con los agravantes de premeditación y alevosía. Ella se declara culpable, aunque alega que fue un acto en defensa propia. Manifiesta llevar tres años padeciendo una situación de violencia de género por parte de su pareja. Refiere una infancia y adolescencia felices. Explica tener otra hermana, describiendo unas cordiales relaciones con todos los miembros de su familia más cercana, así como con su familia política hasta el hecho ocurrido en agosto de 2011. No señala datos de interés con relación a su trayectoria académica, habiendo cursado estudios de enfermería. A nivel de salud, refiere problemas de asma desde su infancia. No ha recibido ningún tipo de asistencia médica, a excepción del asma, hasta agosto de 2011.

Ana explica que su marido era muy posesivo, celoso y desconfiado. Denuncia situaciones concretas de violencia por parte de él durante los tres años de convivencia, tanto violencia física (golpes directos especialmente en la cabeza) como psicológica, agresiones a la libertad sexual (abuso sexual y violación), amenazas y coacciones (chantaje con su medicación para el asma), privación arbitraria de libertad (encierro en la casa, vigilancia), aislamiento (le retiró el teléfono móvil y sólo le permitía usarlo delante de él y con el altavoz), violencia económica y patrimonial (retención de sus documentos) y amenazas de muerte. Ana comenta que vivía con una sensación continua de miedo, temor y angustia.

De su pareja, Manuel, de nacionalidad española, constan datos en su biografía como: episodios previos de maltrato y violencia doméstica (su primera esposa había cursado una denuncia contra él en ese sentido), dos visitas a urgencias por agresión, visita a urgencias por crisis de ansiedad tras una discusión y derivación por su médico de cabecera a Salud Mental.

Respecto a la descripción de los hechos, según ella relata, sorprendió a su pareja abusando sexualmente de su nieta (de él), lo que desencadenó un incremento de la frecuencia y dureza de los malos tratos recibidos los últimos tres días. Concretamente, recibió golpes en la cabeza, lo que le ocasionó pérdida de dos piezas dentales, rotura del cartílago derecho de la oreja y tuvo un episodio de pérdida de conciencia. Además, recibió amenazas continuas y directas de muerte por parte de su marido.

Ana explica que ante el temor de que dicha agresividad terminara con su muerte, echó tranquilizantes en el café de su pareja, explicando que no notó ningún efecto calmante en él. El día de los hechos, refiere que su marido le golpeó y mordió, le rompió la ropa y le obligó a tener relaciones sexuales. Además, intentó matarla con un cuchillo. Después de largos forcejeos, intenta asfixiarla con una cinta corrediza de bolso. En ese momento, ella relata que lo muerde para despegarlo, dándole una patada en los genitales, lo que hace que su marido caiga al suelo. Ana expone, que toma la cinta y estrangula a su marido.

### *Instrumentos*

Se seleccionó una batería amplia de pruebas que permitiera evaluar todos los dominios neuropsicológicos (Lezak, Howieson, y Loring, 2004). Como Ana era de nacionalidad cubana se buscaron pruebas baremadas en su propio país. Debido a

la falta de disponibilidad de dichas pruebas, se decidió administrar pruebas neuropsicológicas habitualmente utilizadas en nuestro contexto y se decidió la presencia o ausencia de deterioro neuropsicológico en función de nuestra experiencia previa en neuropsicología cultural (Buré-Reyes *et al.*, 2013; Hidalgo-Ruzzante, Peralta Ramírez, Robles Ortega y Pérez-García, 2007; Hidalgo-Ruzzante, Peralta Ramírez, Robles Ortega, Vilar López y Pérez-García, 2009; Puente, Pérez-García, Vilar-López, Hidalgo-Ruzzante y Fasfous, 2013) y la literatura específica cubana (Amado Donéstevez, Blanco González, Nepomuceno Padilla y Camacho García, 2011; Rodríguez *et al.*, 2012; Vera-Cuesta, Vera-Acosta, Álvarez-González, Fernández-Maderos y Casabona-Fernández, 2006; Vera-Cuesta, Vera-Acosta, León-Benito y Fernández-Maderos, 2006). La presencia o ausencia de deterioro se ha determinado en función de los baremos de dichas pruebas. En unas se ha utilizado como criterio el punto de corte y en otras los percentiles.

Las pruebas utilizadas fueron las siguientes:

- a) "MMSE. Examen cognoscitivo mini-mental" (*Mini-Mental State Examination*, MMSE; Folstein, Folstein, McHugh, y Fanjiang, 1975). Es una prueba para el diagnóstico del deterioro cognitivo. Consiste en una serie de preguntas y pruebas sobre orientación, atención, memoria y praxias. La variable dependiente es el número total de aciertos en un rango que oscila entre 0 y 30 puntos. Puntuaciones inferiores a 24 sugieren deterioro cognitivo.
- b) "Test de los 7 minutos" (*Seven Minute Screen*, 7MS; Solomon *et al.*, 1998) versión española de Del Ser Quijano, Sánchez, García, Otero, Zunzunegui y Muñoz, 2004). Esta prueba evalúa el deterioro global a partir de cuatro subtests que son el de memoria facilitada, orientación temporoespacial, fluidez semántica y el test del reloj. En cada subtest se obtienen un número de aciertos. La puntuación de cada subtest se combina en una única puntuación total.
- c) "Escala de inteligencia de Wechsler para adultos" (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS; Wechsler, 2012). Para evaluarla velocidad de procesamiento se utilizaron dos subescalas: 1) *Búsqueda de símbolos*, que evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple. Consiste en tachar una serie de símbolos objetivos entre líneas de símbolos distractores y 2) *Clave de números*, que evalúa la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y la capacidad de aprendizaje asociativo. Consiste en sustituir dígitos por sus símbolos asociados en un tiempo límite de 90 segundos. Para evaluar el lenguaje se utilizó la subescala de *Comprensión*. La tarea consiste en explicar qué se debe de hacer en determinadas circunstancias o porqué se siguen determinadas prácticas. Evalúa la comprensión y expresión verbal, el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales. Para evaluarla función ejecutiva se utilizaron tres subescalas: 1) *Letras y números*, que evalúa la atención, concentración y memoria de trabajo. Consiste en presentar secuencias de números y letras de longitud creciente y el participante debe reproducir en primer lugar los números, de mayor a menor, y después las letras ordenadas alfabéticamente. Se obtiene el número total de ensayos completados; 2) *Aritmética*, que evalúa la habilidad para utilizar conceptos

- numéricos abstractos, operaciones numéricas, la capacidad de atención y concentración y la memoria de trabajo. Consiste en realizar operaciones aritméticas de dificultad creciente. Se obtiene el número total de aciertos y 3) *Digitos*, que está formada por dos tareas conducentes a evaluar la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva y la memoria de trabajo. En la primera parte se presentan series de dígitos de longitud creciente que el participante debe reproducir en el mismo orden en el que se han presentado y en la segunda parte, el participante debe reproducir los dígitos en orden inverso al que se le han presentado. Se obtiene el número total de ensayos completados. En todas las pruebas se obtiene el número total de aciertos.
- d) "Figura compleja de Rey" (De la Cruz, Seisdedos y Cordero, 1997). La copia de la figura compleja de Rey evalúa la capacidad de organización y planificación de estrategias para la solución de problemas así como su capacidad visoconstructiva. Consiste en copiar una figura que se presenta centrada en el campo visual del participante. A los tres minutos de haber terminado el ensayo de copia, se pide al participante que reproduzca la figura de memoria. Para ambas partes, se obtiene la puntuación total y el tiempo en realizarla.
  - e) "Test del reloj" (*Clock Drawing Test*, CDT; Thalmann, Mansch y Ermini-Fiinsfchilling, 1996). El test del reloj es un test sencillo que valora la apraxia constructiva, ejecución motora, atención, comprensión y el conocimiento numérico. Consiste en pedirle al participante que dibuje un reloj y coloque las agujas en las 11 horas y 10 minutos. En esta prueba se obtiene el número total de aciertos.
  - f) *STROOP. Test de palabras y colores (Stroop Test; Golden, 2005)*. Es un test para evaluar la atención que se encarga de evaluar la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal, por lo que es una buena medida de la atención selectiva. Tiene tres partes. En la primera el sujeto tiene que leer las palabras "verde", "rojo" y "azul" impresos en tinta negra. En la segunda parte, tiene que decir el color de la tinta en la que están escrita la letra "X", y en la última condición, aparece la palabra que designa un color escrita en otro color, por ejemplo, la palabra "verde" escrita en tinta roja y el sujeto debe decir el color de la tinta inhibiendo la lectura de la palabra (condición de interferencia). Se obtiene una puntuación de resistencia a la interferencia considerando los aciertos de la tercera condición en función de los aciertos de la primera y la segunda condición.
  - g) "Test de aprendizaje verbal España-Complutense" (TAVEC; Benedet y Alejandre, 1998). Es una prueba que evalúa memoria verbal inmediata, acorto plazo, a largo plazo y reconocimiento. Consiste en una lista A que se administra en cinco ocasiones de modo consecutivo y después se presenta una lista B. Tras 20 minutos se realiza un ensayo de recuerdo demorado, recuerdo demorado con claves y reconocimiento. En cada ensayo, el participante tiene que decir las palabras que recuerda y la principal medida es el total de palabras recordadas. Aunque TAVEC proporciona información de 32 variables, se seleccionaron las principales variables que fueron el recuerdo en el primer ensayo (E1), recuerdo en el quinto ensayo (E5), recuerdo total en los cinco

ensayos de la lista A, recuerdo demorado a corto plazo, recuerdo demorado a largo plazo y reconocimiento.

- h) "Test F-A-S" (*F-A-S Test* Benton y Hamsher, 1976) versión en español de Valencia *et al.* (2000). La fluidez verbal es una tarea de producción lingüística que requiere la puesta en marcha de los mecanismos de acceso al léxico. En este test de fluidez verbal, el sujeto debe generar palabras durante un tiempo determinado (60seg.) respecto ciertas restricciones. La principal variable es el número de palabras dichas en 60 segundos.
- i) "Test de denominación de Boston" (*Boston Naming Test*; Goodglass y Kaplan, 1986). Es un test de denominación por confrontación visual para evaluar el sistema léxico-semántico (memoria semántica) en pacientes con alteraciones cognitivas. Se presentan 60 figuras y el participante debe decir el nombre. Se obtiene el número total de aciertos.
- j) "FDT. Test de los cinco dígitos" (*FiveDigit Test*, FDT; Sedó, 2007) versión en español de Sedó (2007). Es un instrumento para medir tanto flexibilidad cognitiva como inhibición. Consta de cinco partes. En la primera, el participante debe leer números contenidos en un recuadro, en la segunda debe contar el número de asteriscos contenidos en un recuadro, en la tercera debe contar el número de dígitos del recuadro sin leerlos (condición de inhibición) y, por último, en la cuarta condición debe hacer igual que en la tercera pero en los recuadros resaltados, debe leer los dígitos, no contarlos (condición de flexibilidad). En todos los ensayos, la principal variable es el tiempo que tarda en completar cada ensayo.
- k) "WCST. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin" (*Wisconsin Card Sorting Test*, WCST; Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1981). Es una prueba para medir la función ejecutiva que requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización de la retroalimentación ("feedback") ambiental para cambiar esquemas. El participante debe clasificar las tarjetas en función color, forma o número. El participante debe averiguar el criterio y evaluador cambia de criterio cuando el participante lo ha averiguado. Se obtienen distintas variables como número total de aciertos, número de categorías completadas o número de errores.
- l) "K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman" (*Kaufman Brief Intelligence Test*; Kaufman, Cordero y Calonge, 1997). Es una prueba para medir la inteligencia verbal (mide conocimiento del lenguaje, caudal de información y nivel de conceptualización verbal -*medida de la inteligencia cristalizada*) y no verbal (mide habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas a partir de la aptitud del sujeto para percibir relaciones y completar analogías -*medida de la inteligencia fluida*). Proporciona una puntuación de lenguaje expresivo, receptivo, razonamiento y cociente intelectual (CI).
- m) "Test de expresiones faciales de Ekman" (*Facial Expressions of Emotions: Stimuli and Test*, FEEST; Young, Perrett, Calder, Sprengelmeyer y Ekman, 2002). Es una prueba que mide reconocimiento emociones. Mide la capacidad del paciente en identificar emociones básicas: felicidad, ira, tristeza, asco, miedo y sorpresa. Consiste en presentar caras expresando las emociones

- indicadas arriba. Se obtiene el número de aciertos para cada emoción y el total de aciertos.
- n) "Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*, SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002). Es una entrevista clínica semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994).
  - o) "TOMM. Test de simulación de problemas de memoria" (*Test of Memory Malingering*, TOMM; Tombaugh, 2003). Es una prueba de elección forzada, diseñada específicamente para detección de simulación neurocognitiva. En la primera parte, el participante observa una serie de dibujos y en la segunda parte debe decidir si el dibujo fue mostrado en la primera parte o no. Se obtiene el número total de aciertos.
  - p) "Test Victoria de validación de síntomas" (*Victoria Symptom Validity Test*; Slick, Hopp, Strauss y Thompson, 1997). Es una prueba de validación de síntomas basada en el procedimiento de elección forzosa. En primer lugar, se presenta un dígito y, después de una demora, se presentan de nuevo el dígito junto con un distractor y el participante debe reconocer cual fue el primer estímulo mostrado. Se obtiene el número total de aciertos.

### *Procedimiento*

La pericial fue solicitada por el abogado de la defensa. Se contrata a dos neuropsicólogos, siete meses antes de su defensa en juicio oral en la Audiencia Provincial de Granada.

La evaluación se llevó a cabo dos años después del transcurso de los hechos y fue realizada en cuatro sesiones de tres horas de duración cada una, con un descanso de 15 minutos en la mitad de cada sesión, y distribuidas a lo largo de tres semanas.

Se comenzó la evaluación en el mes de noviembre, con la aplicación de pruebas de esfuerzo (el "Test de simulación de problemas de memoria" y el "Test Victoria de validación de síntomas"), con el objeto de asegurarnos que no estábamos ante un caso de simulación de síntomas, y la realización de la entrevista diagnóstica. A continuación para determinar que no estábamos ante un proceso degenerativo, se administraron dos pruebas de cribado de deterioro generalizado (el "Examen cognoscitivo mini-mental" y el "Test de los 7 minutos").

Para cada función cognitiva se eligieron varios instrumentos para su evaluación, los cuales se administraron en días distintos. En cada sesión se evaluó atención, memoria, lenguaje, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Las sesiones se llevaron a cabo en la enfermería del Centro Penitenciario de Albolote (Granada).



## Resultados

### Realización del diagnóstico

Según los resultados de las pruebas administradas, Ana presentó dificultades para procesar las emociones, cumpliendo los criterios para trastorno distímico y trastorno por estrés postraumático. En lo referente a la evaluación cognitiva, presentó importantes alteraciones específicas en diversos dominios: coordinación visomotora, memoria episódica visual, memoria episódica verbal y función ejecutiva en sus componentes de memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto. No presentó alteraciones en velocidad de procesamiento, atención y lenguaje (tabla 1).

**Tabla 1**

Resultados obtenidos por la paciente en los instrumentos de evaluación neuropsicológica

| Instrumentos/Subescalas                                | Puntuación directa      | Interpretación clínica |
|--|-------------------------|------------------------|
| Examen cognoscitivo mini-mental (MMSE)                 | 24                      | Intacto                |
| Test de los 7 minutos                                  | 0,18 (puntuaciones Z)   | Intacto                |
| Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) |                         |                        |
| Búsqueda de símbolos                                   | 22                      | Deterioro              |
| Clave de números                                       | 41                      | Deterioro              |
| Clave de N° emparejamiento                             | 5                       | Deterioro              |
| Clave de N° memoria libre                              | 7                       | Deterioro              |
| Clave de N°  | 95                      | Deterioro              |
| Comprensión  | 12                      | Deterioro              |
| Letras y números                                       | 3                       | Deterioro              |
| Aritmética   | 5                       | Deterioro              |
| Dígitos  | 7                       | Deterioro              |
| Memoria de trabajo                                     | 10 (puntuación escalar) | Deterioro              |
| Figura compleja de Rey                                 |                         |                        |
| Copia  | 29,5                    |                        |
| Memoria a corto plazo                                  | 9                       | Deterioro              |
| Tiempo   | 59 seg.                 | Deterioro              |
| Test del reloj   | 6                       | Deterioro              |
| STROOP. Test de palabras y colores                     |                         |                        |
| Palabra  | 75                      | Deterioro              |
| Color  | 66                      | Deterioro              |
| Palabra x color  | 24                      | Deterioro              |
| Interferencia  | 11,1                    | Intacto                |
| Test de aprendizaje verbal España-Complutense" (TAVEC) | 5                       | Deterioro              |
| Recuerdo inmediato E1                                  | 13                      | Deterioro              |
| Recuerdo inmediato E5                                  | 47                      | Deterioro              |
| Recuerdo inmediato total                               | 8                       | Intacto                |
| Recuerdo libre a corto plazo                           | 8                       | Deterioro              |
| Recuerdo libre a largo plazo                           | 13                      | Deterioro              |

| Instrumentos/Subescalas                          | Puntuación directa   | Interpretación clínica |
|--|--|------------------------|
| Reconocimiento                                   |  |                        |
| Test F-A-S                                       |  |                        |
| Fonética   | 6  | Deterioro              |
| Animales   | 6  | Deterioro              |
| Semántica  | 6  | Deterioro              |
| Total  | 18   | Deterioro              |
| Test de denominación de Boston                   | 60   | Intacto                |
| Test de los cinco dígitos                        |  |                        |
| Ensayo 1   | 15 (Percentil)   | Deterioro              |
| Ensayo 2   | 4 (Percentil)  | Deterioro              |
| Ensayo 3   | 1 (Percentil)  | Deterioro              |
| Ensayo 4   | 1 (Percentil)  | Deterioro              |
| Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin   |  |                        |
| Nº intentos aplicados                            | 128  | Deterioro              |
| Respuestas correctas                             | 40   | Deterioro              |
| Nº total errores                                 | 88   | Deterioro              |
| % Errores  | 69   | Deterioro              |
| Respuestas perseverativas                        | 0  | Deterioro              |
| % respuestas perseverativas                      | 0  | Deterioro              |
| Errores perseverativos                           | 37   | Deterioro              |
| % errores perseverativos                         | 29   | Deterioro              |
| K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman     |  |                        |
| Vocabulario expresivo                            | 45   | Deterioro              |
| Vocabulario definiciones                         | 14   | Deterioro              |
| Vocabulario total                                | 34   | Deterioro              |
| Matrices   | 23   | Deterioro              |
| Test de expresiones faciales de Ekman            |  |                        |
| Ira  | 9  | Intacto                |
| Asco   | 5  | Deterioro              |
| Miedo  | 4  | Deterioro              |
| Felicidad  | 9  | Intacto                |
| Tristeza   | 10   | Intacto                |
| Sorpresa   | 10   | Intacto                |
| Total  | 47   | --                     |
| SCID-I   | F34.1 Trastorno distímico<br>F43.1 Trastorno de estrés postraumático |                        |
| TOMM. Test de simulación de problemas de memoria |  |                        |
| Ensayo 1   | 47   | Válido                 |
| Ensayo 2   | 49   | Válido                 |
| VSVT. Test Victoria de validación de síntomas    |  |                        |
| Total correctos                                  | 39/48  | Válido                 |

La coordinación visomotora se midió con las pruebas de la "Figura compleja de Rey" (copia) y el "Test del reloj". Los resultados mostraron que la paciente presentaba deterioro. Estos resultados indican que la paciente presentaba dificultades para la coordinación mano-ojo en las pruebas utilizadas.

La memoria episódica visual y memoria episódica verbal se midió con la "Figura compleja de Rey" (memoria) y el TAVEC. Los resultados mostraron que la paciente presentaba deterioro; tenía dificultades para adquirir nuevos aprendizajes como es una lista de palabras o almacenar una imagen visual.

En el caso de la inhibición y flexibilidad, medida con el "Test de los 5 dígitos", la paciente también mostró deterioro en los índices de inhibición y flexibilidad de dicha prueba. Esto significa que la paciente tenía problemas para controlar una respuesta automática como es contar en favor de otra controlada como es contar cantidad de números.

En el caso del razonamiento abstracto, medido con el subtest Aritmética del WAIS, la paciente mostró deterioro. Esto significa que la paciente tenía dificultades para resolver problemas lógicos, deduciendo ciertas consecuencias de la situación planteada.

Respecto a la memoria de trabajo, medida con los subtests Aritmética, Letras y números y Dígitos del WAIS y el WCST, la paciente mostró deterioro en los distintos índices de dichas pruebas. Esto significa que la paciente tuvo dificultades para el almacenamiento temporal de información y la manipulación posterior de la misma.

En el caso del procesamiento de las emociones, medida con el FEEST, la paciente mostró deterioro. Tenía problemas para identificar emociones básicas como son expresiones de asco y miedo.

Para cuantificar el impacto de las lesiones, se determinó el funcionamiento cognitivo previo, mediante la estimación de la inteligencia premórbida. Las medidas de funcionamiento premórbido que hemos utilizado han sido: estudios completados (variable sociodemográfica) y puntuación directa de la prueba de vocabulario del WAIS. Modelo combinado que permite predecir con gran exactitud el impacto de las lesiones. Y para medir el cociente intelectual real utilizamos el K-BIT. La puntuación obtenida en esta prueba fue de un CI de 70. Teniendo en cuenta que había cursado estudios universitarios de enfermería y la puntuación directa de la prueba de vocabulario del WAIS, determinamos un grado de afectación importante.

Los resultados encontrados no pueden ser atribuidos a simulación o exageración de síntomas, ya que las pruebas específicas de detección de simulación neuropsicológica han sido superadas por Ana.

### *Valoración forense de la imputabilidad*

En el informe se realizó una valoración sobre si los resultados de la evaluación neuropsicológica descritos anteriormente eran compatibles con la violencia sufrida. De acuerdo con las descripciones de la literatura previa (Jackson *et al.*, 2002; Kwako *et al.*, 2011; Stein *et al.* 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera y Berenbaum, 2003), las alteraciones en coordinación visomotora, memoria episódica y función

ejecutiva (memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y razonamiento abstracto) eran compatibles con haber sufrido violencia de género.

En la sentencia emitida por el tribunal de la Audiencia Provincial de Granada del día 25 de enero de 2014, el jurado popular determinó la absolución total de Ana, considerando que fue un acto en defensa propia y sin intencionalidad ni voluntad de matar a su pareja, con base en las alteraciones neuropsicológicas presentadas. Dicha sentencia fue ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) varios meses después, considerando dicho Tribunal que el informe pericial neuropsicológico en el que se había basado la sentencia era totalmente válido y objetivo.

### Discusión

El objetivo del presente artículo es mostrar la aplicación de la neuropsicología forense para valorar la imputabilidad en un caso de violencia de género y las consecuencias que para el proceso judicial tuvo dicha valoración. Ana, acusada del delito de asesinato de su marido, presentaba alteraciones neuropsicológicas compatibles con haber sufrido violencia de género por un período continuado de tres años. Esas alteraciones fueron suficientes para eximirla de responsabilidad penal, tal como recogió la sentencia del jurado popular, ratificada posteriormente por el TSJA. Este caso pone de manifiesto la utilidad de la evaluación neuropsicológica forense, para evidenciar deterioros neuropsicológicos en mujeres víctimas de violencia de género y su utilidad en procesos forenses.

Las alteraciones neuropsicológicas encontradas en Ana en memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad y toma de decisiones son compatibles con las presentadas en víctimas de malos tratos en el contexto de violencia de género (Jackson *et al.* 2002; Stein *et al.*, 2002; Twamley *et al.*, 2009; Valera y Berenbaum, 2003). La gravedad de las alteraciones informa de un maltrato continuado en el tiempo y no sólo como una consecuencia inmediata de una paliza brutal, como fue la sufrida en agosto de 2011. Además, la alteración es en funciones ejecutivas también han sido descritas por Stein *et al.* (2002), quien encontró que dichas alteraciones estaban presentes en mujeres víctimas de malos tratos, independientemente de haber desarrollado o no trastorno de estrés postraumático.

La evaluación se realizó dos años después de ser detenida. Aunque hubiera sido importante haber podido recoger información de familiares cercanos para comprobar el funcionamiento cognitivo previo de Ana y su repercusión en la vida diaria, debido a estar recluida por el agresor en su domicilio desde hacía tiempo y que sus familiares (de ella), se encontraban en Cuba, fue imposible. Sin embargo, las alteraciones encontradas en Ana son compatibles con las previamente descritas en la literatura (Kwako *et al.*, 2011).

Respecto a la estabilidad de las alteraciones, teniendo en cuenta que después de un daño cerebral que ha producido alteraciones neuropsicológicas se produce una recuperación de las funciones dañadas por el mecanismo de la plasticidad cerebral y que las secuelas neuropsicológicas fueron detectadas dos años después de la agresión, cabe pensar que la gravedad de las alteraciones neuropsicológicas

inmediatamente después de la agresión fueron mucho mayores de las detectadas por nosotros.

Para la aplicación de los eximentes de responsabilidad criminal, nuestro Código Penal en su artículo 20 y análogos, establece como tal “el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. Teniendo en cuenta que la imputabilidad jurídicamente consiste en la capacidad que tiene la persona de conocer lo injusto de su conducta y de actuar en función de ese conocimiento, para cometer un delito se requiere ser imputable, no siendo capaces de delito los inimputables. En el caso en cuestión, tras la evaluación neuropsicológica realizada a Ana encontramos importantes alteraciones en la función ejecutiva que la hacían inimputable. Dicha alteración fue suficiente para eximirla de responsabilidad criminal, teniendo en cuenta que sus componentes implican voluntad, planificación, conducta intencional y ejecución eficaz de la conducta (Lezak *et al.*, 2004). Hasta donde nosotros sabemos, esta es la primera vez que en España la inimputabilidad se aplica debido a los daños neuropsicológicos presentados en función ejecutiva en casos de violencia contra la pareja.

La absolución fue determinada por el jurado al aceptar éste un acto en “defensa propia y miedo insuperable”. El día de los hechos se produce un episodio de especial violencia de Manuel hacia Ana. Manuel comienza a propiciar una brutal paliza a Ana, teniendo ésta el temor de morir, por lo que actúa presa de un miedo insuperable (determinando éste una limitación absoluta de su libertad volitiva). Al tener que actuar en una situación límite y debido a su estado neuropsicológico, Ana responde de manera impulsiva, inflexible, sin planificar ni reflexionar e incapaz de tomar una decisión libre. Su único impulso es salvar su vida, por lo que se hace del arma que estaba usando su agresor, provocándole a éste la asfixia. Desde el punto de vista de la competencia mental, ésta queda abolida completamente, enfrentando a la persona a una situación en la que la responsabilidad sobre sus actos está anulada. El presente estudio de caso es un buen ejemplo de cómo usar la neuropsicología forense en casos de violencia de género. Atendiendo a las principales tareas de la neuropsicología forense en causas civiles y criminales, las cuales son determinar la disfunción neuropsicológica, establecer el efecto de esta disfunción sobre el individuo, pronunciarse respecto del pronóstico derivado de dichos déficit y establecer la relación entre la disfunción y la causa que se juzga (Jarne *et al.*, 2013); en el caso descrito se elaboró un informe pericial neuropsicológico con los resultados de la evaluación, que presentó la defensa como prueba en juicio. Ana fue juzgada en la Audiencia Provincial de Granada por un jurado popular, por el delito de asesinato con los agravantes de premeditación y alevosía. Se pedían veinte años de prisión. Los resultados aportados en el informe pericial neuropsicológico descrito hicieron determinar al jurado la absolución total de Ana, con la puesta en libertad inmediata. Dicha sentencia fue posteriormente ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, el cual argumentó en la misma, que tanto las pruebas empleadas para la evaluación, como el informe neuropsicológico emitido con los resultados de Ana fueron totalmente objetivos y válidos. De no haber sido por la elaboración de este

informe, Ana se enfrentaba a dos acusaciones particulares y la fiscalía que pedían 20 años de internamiento por el delito de asesinato con premeditación y alevosía. Había cumplido ya dos años de prisión preventiva, no habiéndose valorado en ningún momento la situación de maltrato en el contexto de violencia de género ni los daños como consecuencia de dicho maltrato. En el acto del juicio quedó demostrado que las alteraciones neuropsicológicas de Ana eran consecuencia de una situación de maltrato físico, psicológico y sexual sufrido por un período continuado de tres años.

Todo ello apunta a la necesidad de incluir como protocolo rutinario en contextos de violencia de género, la evaluación neuropsicológica de la víctima. Aunque en este caso concreto, la evaluación neuropsicológica forense ha servido para determinar que la acusada no era culpable de los hechos, los daños neuropsicológicos deberían ser valorados también debido a su importante repercusión en la víctima. Al igual que en otras causas, como los accidentes laborales o los accidentes de tráfico, la violencia contra la pareja podría provocar una incapacidad en la persona en distintos aspectos como son personales, laborales y sociales. En cualquier procedimiento forense se evalúan los daños, se bareman y cuantifican a excepción de los casos de violencia de género, en los que la identificación del maltrato al que ha estado expuesta la víctima sólo se utiliza para condenar al agresor.

Además, sería de gran utilidad para la recuperación de las víctimas de malos tratos, la realización de una evaluación completa de las alteraciones neuropsicológicas que pudieran presentar las mismas, así como baremar y cuantificar los daños como en cualquier otro procedimiento legal.

## Referencias

- Benedet, M. J. y Alejandre, M. A. (1998). *Test de aprendizaje verbal España Complutense (TAVEC)*. Madrid: TEA.
- Benton, A. L. y Hamsher, K. (1976). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa, IA: Universidad de Iowa.
- Buré-Reyes, A., Hidalgo-Ruzzante, N., Vilar-López, R., Gontier, J., Sánchez, L., Pérez-García, M. y Puente, A. E. (2013). Neuropsychological test performance of Spanish speakers: is performance different across different Spanish-speaking subgroups? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35, 404-412.
- De la Cruz, V., Seisdedos, N. y Cordero, A. (1997). *Test de figura y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas de A. Rey. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Del Ser Quijano, T., Sánchez Sánchez, F., García de Yebenes, M. J., Otero Prime, A., Zunzunegui, M. V. y Muñoz, D. G. (2004). Versión española del Test de los 7 minutos. Datos Normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Revista Española de Neurología*, 19, 344-358.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. Y Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-I/P)*. Nueva York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. y Fanjiang, G. (1975). *MMSE. Examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA.

- Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P. y Stein, M. B. (2010). Exaggerated and disconnected insular-amygdalarblood oxygenation level-dependent response to threat-related emotional violence posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *68*, 433-441.
- Golden, C.J. (2005). *STROOP. Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1986). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Madrid: TEA.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. y Curtiss, G. (1981). *WCST. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin*. Madrid: TEA.
- Hidalgo Ruzzante, N., Peralta Ramírez M. I., Robles Ortega, H., y Pérez García, M. (2007). Estrés y ejecución neuropsicológica en mujeres inmigrantes. *Scientia: revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud*, *12*, 37-52.
- Hidalgo Ruzzante, N., Peralta Ramírez, M. I., Robles Ortega, H., Vilar López, R. y Pérez García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: repercusiones sobre la calidad de vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *17*, 595-607.
- Jackson, H., Philip, E., Nuttall, R. L. y Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: a hidden consequence for battered women. *Professional Psychology Research and Practice*, *33*, 39-45.
- Jarne, A., Aliaga, A. y Villaseñor, T. (2013). La neuropsicología forense como disciplina científica. En A. Jarne y A. Aliaga (dirs.), *Manual de neuropsicología forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 47-84) Barcelona: Herder.
- Kaufman, N. L., Cordero, C. y Calonge, I. (1997). *K-BIT: test breve de inteligencia de Kaufman*. Madrid: TEA.
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T. y Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*, 115-126.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. y Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Martínez-León, M., Irurtia, M. J., Crespo, M. T., Calleja, M.I., Martínez-León, C. y Queipo, D. (2011). Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género. Evaluación médico-legal y forense. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *19*, 133-155.
- Naharro, M. L., Soler, J. y Falcone, D. (2013). El rol del neuropsicólogo forense en los tribunales. En A. Jarne y A. Aliaga (dirs.), *Manual de neuropsicología forense, de la clínica a los tribunales* (pp. 13-45). Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Violencia contra la mujer*. Recuperado desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Puente, A. E., Pérez-García, M., Vilar-López, R., Hidalgo-Ruzzante, N. A. y Fasfous, A. F. (2013). Neuropsychological assessment of culturally and educationally dissimilar individuals. En F. A. Paniagua y A. M. Yamada (dirs.), *Handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse population* (2ª ed.) (pp. 225-242). San Diego, CA: Academic Press.
- Rodríguez, D., Fernández, E., Cueto, A., Martínez, Z., García, M. E., Bringas, M. L. y Salazar, S. (2012). Correlación entre el Examen mínimo del estado mental y la Escala de memoria de Wechsler en una muestra de pacientes con daño cerebral. *Revista Chilena de Neuropsicología*, *7*, 79-84.
- Sedó, M. (2007). *FDT: test de los cinco dígitos: manual*. Madrid: TEA.
- Simmons, A. N., Paulus, M.P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B. y Stein, M. B. (2008). Functional activation and neural networks in women with posttraumatic stress disorder related to intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, *64*, 681-690.

- Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E., Mateer, C. A., Harnadek, M. y Sherman, E. M. (2003). Victoria Symptom Validity Test scores of patients with profound memory impairment: non litigant case studies. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 390-394.
- Solomon, P. R., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R. D. y Pendlebury, W. W. (1998). A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 55, 349-355.
- Stein, M. B., Kennedy, C. M. y Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 1079-1088.
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., Paulus, M. P. y Stein, M. B. (2010). Neural correlates of altered pain response in women with posttraumatic stress disorder from intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 68, 442-450.
- Thalmann, B., Mansch, A. U. y Ermini-Fiinsfchilling, D. (1996, abril). *Improved screening for dementia: combining the clockdrawing test and the Mini-Mental State Examination*. Conferencia presentada en el 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium, Niza, Francia.
- Tombaugh, T. N. (2003). *TOMM. Test de simulación de problemas de memoria*. Madrid: TEA.
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S. H., Berardi, K. H., Grimes, E. M. y Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 879-887.
- Valencia, N. J., Laserna, J. A., Pérez-García, M., Orozco, C., Miñán, M., Garrido, C. Peralta, I. y Morente, G. (2000). Influencia de la escolaridad y el sexo sobre la ejecución en el FAS, nombrar animales y nombrar frutas. *Psicología Conductual*, 8, 283-295.
- Valera, E. M. y Berenbaum, H. (2003) Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 797-804.
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., Álvarez-González, L., Fernández-Maderos, I. y Casabona-Fernández, E. (2006). Disfunción frontal en la enfermedad de Parkinson idiopática. *Revista de neurología*, 42, 76-84.
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., León-Benito, O. y Fernández-Maderos, I. (2006). Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de la memoria asociado a la edad en un área de salud. *Revista de Neurología*, 43, 137-142.
- Wechsler, D. (2012). *Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III)* (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Young, A. W., Perrett, D., Calder, A. J., Sprengelmeyer, R. y Ekman, P. (2002). *Facial Expressions of Emotions: Stimuli and Test (FEEST)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

RECIBIDO: 13 de julio de 2015

ACEPTADO: 13 de noviembre de 2015



**Journal Profile: Behavioral Psychology-Psicologia Conductual****Metric Trend: Journal Impact Factor**