

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA DEL SUJETO SIMULADOR

Heydy Luz Chica-Urzola¹
Franklin Escobar-Córdoba²
Jorge Óscar Folino³

Resumen

Dentro de la práctica clínica diaria, así como en la actividad forense, con frecuencia es necesaria la realización de entrevistas que permitan obtener de información veraz y fiable, con el fin de adoptar conductas consecuentes; sin embargo, en muchas ocasiones se encuentra a un sujeto entrevistado que puede ganar algo respecto de la conducta que va a seguir, según la información que brinde, y tenderá a manipular la información que entrega o a engañar de manera deliberada. Hay entrevistadores que, por su trabajo y experticia, son capaces de reconocer los indicadores de engaño; pero no todos lo hacen. En esta revisión se describen algunas claves que pueden facilitar el ejercicio profesional a aquellos quienes en su práctica se ven enfrentados a la manipulación de información o a la simulación de trastornos mentales.

Palabras clave: trastorno de personalidad antisocial, trastorno del comportamiento, detección de mentiras, simulación de enfermedad.

Title: The Malingering's Psychiatric Interview.

Abstract

Both in everyday clinical practice and forensic settings, mental health professionals have to conduct interviews to obtain reliable and valid information in order to make decisions and take measures. However, sometimes, professionals are faced with subjects who may try to find some benefit from the interview by manipulating the data provided and deliberately deceiving the rater. Certain raters, given their experience and expertise, are able to detect

¹ Residente de tercer año de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

² Profesor asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata; psiquiatra forense, Regional Bogotá, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; candidato a doctor en Ciencias Médicas.

³ Profesor adjunto de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata; M. D., MPF, y Ph. D.; director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata; director del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires.

these deceit markers or signs, but others are not. This paper offers a reviews of some key factors that may be helpful for those professionals who are confronted with information manipulation as well as mental disorders malingering.

Key words: *Antisocial personality disorder, conduct disorder, deception, lie detection, malingering.*

La entrevista psiquiátrica es un arte. El arte de llegar a lo más profundo de una persona, de la forma menos dolorosa y agresiva. Esto implica, como decía Jung citado por Shea, tratar “a cada paciente de la forma más individual posible” (1). La entrevista psiquiátrica, así como la entrevista clínica, en general, es el primer y mejor instrumento que se tiene para lograr una aproximación a la problemática de una persona, sea ésta física, mental o emocional, cuyo fin último es obtener información. Para autores como Shea “... una entrevista representa un diálogo verbal y no verbal entre dos participantes, cuya conducta afecta el estilo de comunicación del otro, dando lugar a unos patrones de interacción específicos...” (1). La entrevista psiquiátrica implica, entonces, ciertas habilidades del entrevistador y el conocimiento de técnicas que permitan aproximarse al entrevistado en la forma más adecuada.

Por otro lado, el diagnóstico de *simulación* está considerado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) en el apartado de “Problemas adi-

cionales que pueden ser objeto de atención clínica” (2) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), codificado como Z76.5, existe el diagnóstico de “Enfermos fingidos (simuladores conscientes)”, el cual incluye a “personas que aparentan enfermedades por motivos obvios”, en el apartado anexo de “Otros procesos de la CIE-10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”(3).

En ambos sistemas, DSM-IV-TR y CIE-10, los criterios diagnósticos son semejantes, salvo que para el segundo no se necesita el inicio de las alteraciones de la conducta desde la infancia y se habla, en cambio, de trastorno disocial de la personalidad; mientras para el DSM-IV-TR se habla de trastorno antisocial de la personalidad (TAP) (2-4).

Este diagnóstico se caracteriza por la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos. Se hacen algunas salvedades, como que en determinados ámbitos puede resultar un comportamiento adaptativo; pero se debe

sospechar cuando se está en un contexto médico-legal, cuando existe discrepancia entre las quejas del sujeto y la exploración clínica, cuando hay falta de cooperación para la valoración diagnóstica e incumplimiento de la prescripción clínica y cuando se detecta un TAP (2).

Es importante recordar que los diagnósticos de trastornos de personalidad son biográficos, además de que el comportamiento durante la entrevista brinda algunas herramientas; pero no permite, en la mayoría de los casos, llegar a conclusiones definitivas (5-7). Sin embargo, todas aquellas personas que se han visto avocadas a realizar una entrevista, se han enfrentado a la limitante de, quizá, estar siendo engañadas. Para detectar estas tentativas de engaño existen técnicas de entrevista de gran ayuda, las cuales serán tratadas a continuación.

El objetivo de este artículo es presentar algunos lineamientos generales para el abordaje mediante la entrevista psiquiátrica forense de individuos que intentan engañar al psiquiatra o simular enfermedades para obtener una ganancia secundaria.

Técnicas generales de la entrevista

Para toda entrevista, en cualquier área médica o quirúrgica, que implique una relación médico-sujeto,

se emplean técnicas generales de entrevista, con el fin de conocer la queja del sujeto y encontrar la mejor forma de ayudarlo. Las que se utilizan en estos casos son las siguientes (8): establecer una relación de confianza, lo antes posible durante la entrevista; determinar la queja principal del sujeto; utilizar la queja principal para establecer el diagnóstico diferencial; barajar varias posibilidades diagnósticas utilizando preguntas focalizadas y detalladas; ante respuestas vagas o poco claras, tratar de determinar la exactitud de las respuestas; dejar que el sujeto hable libremente y observar la forma de asociación de sus pensamientos; usar técnicas mixtas de preguntas abiertas y cerradas; abordar cuidadosamente los temas que el sujeto no quiere abordar; preguntar acerca de ideación suicida; brindar al sujeto la oportunidad de hacer preguntas al final de la entrevista, y concluir la entrevista entregando un sentimiento de confianza y, si es posible, de esperanza.

Técnicas específicas de entrevista

Además de las técnicas generales mencionadas, existen otras que, usadas en conjunto con las generales, pueden estrechar los vínculos médico-sujeto y pueden aumentar la fiabilidad de la información. Estas técnicas varían según la situación de la entrevista y comprenden

(1),(8): *preguntas abiertas*, en las cuales se pregunta la opinión, punto de vista o versión del entrevistado, contra preguntas cerradas, las cuales son generalmente contestadas con una palabra. *Reflexión*, en la cual se hace un comentario de manera reflexiva con el fin de establecer más fácilmente empatía. *Facilitación*, con la cual se brindan herramientas para que el entrevistado se refiera a temas que le pueden resultar molestos. *Silencios*, que corresponden a tiempos no prolongados en los cuales no se habla con el objetivo de permitir al entrevistado pensar y mejorar su expresión. *Confrontación*, en los cuales se enfrenta al entrevistado, especialmente cuando existen versiones no concordantes con lo que expresa el entrevistado. *Clarificación*, busca hacer explícita y lograr la dilucidación de un tema que no ha quedado claro. *Interpretación*, comentario acerca de la versión del entrevistador a partir de lo referido por el entrevistado. *Resumen*, síntesis realizada por el entrevistador de lo relatado hasta el momento por el entrevistado. *Explicación*, ilustración ampliada de lo relatado por el entrevistado. *Transiciones*, por medio de las cuales se cambia de tema de manera gradual o brusca. *Autorrevelación*, por medio de la cual el entrevistador hace una revelación propia para facilitar lo mismo por parte del entrevistado. *Reforzamiento positivo*, técnica destinada a mostrar interés en lo relatado por el

entrevistado para que éste continúe y se extienda en temas específicos. *Tranquilización*, calmar al entrevistado ante estados de gran intensidad anímica. *Consejería*, recomendación brindada por el entrevistador a partir de la información obtenida. *Finalización*, por medio de la cual se cierra un tema en particular o la entrevista.

Técnicas de entrevista en el sujeto disocial

Las personas que presentan rasgos o trastorno de la personalidad, caracterizado por la incapacidad de empatizar con los demás o con la misma regularidad que la mayoría de la gente, son un reto para el entrevistador, puesto que ante varios entrevistadores, se pueden mostrar de diferentes formas, según algunos autores, como mecanismo de defensa (9). Se entienden por mecanismos de defensa los procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno y externo; por ello también se conocen como estrategias de afrontamiento (2).

Dependiendo del momento y de la persona que esté con estos sujetos, se pueden comportar en forma beligerante y grosera o, por el contrario, encantadora. En ocasiones, consiguen mostrarse fríos y distantes, aunque la mayoría de las veces despliegan grandes habilidades so-

ciales y de manipulación, pareciendo estar del lado de los demás (1).

Las personas con rasgos disociales o con un trastorno de la personalidad de este tipo parecen no experimentar remordimiento alguno, ni tener sentimientos de culpa, bajo una superficie de encanto, inteligencia y gran desenvolvimiento social perfeccionado con el tiempo (6),(8). Frecuentemente, tienen historia de actos delictivos o ilícitos, violencia, mentiras, traiciones y manipulación (8),(1).

Este tipo de personas con alguna asiduidad consultan a los servicios de salud en busca de ganancias externas, como la formulación de medicamentos específicos (benzodiacepinas, opioides, etc.) y eludir responsabilidades u obtener beneficios laborales o jurídicos. Es importante, en la entrevista, establecer límites claros, informando acerca de las consecuencias de su trasgresión, así como confrontar y responsabilizar directamente al sujeto por sus acciones (8).

En la entrevista es necesario cierto nivel de suspicacia, aunque no llevada al extremo como para funcionar como un detector de mentiras; sin embargo, existen señales que permiten sospechar que se está siendo engañado, y éstas no deben pasar inadvertidas. Por ello aquí desempeñan un papel relevante las técnicas de entrevista específicas (1),(8),(10).

Existen técnicas ‘avanzadas’ para la realización de entrevistas, con el objeto de aumentar la validez de la información obtenida. Éstas son aplicables también a sujetos sin estructura disocial, pero según sea el caso y la habilidad del entrevistador, se recomiendan las siguientes (1),(10): *atenuación de la vergüenza y técnicas afines*, poco útil en las personas con rasgos o TAP, pues en general, sienten poca vergüenza por sus actos. Sin embargo, dentro de las técnicas afines se tienen de utilidad en este tipo de sujetos las siguientes:

Inducción a la fanfarronería, muy eficaz para los sujetos con estructura de personalidad disocial. El clínico comienza pronunciando una frase elogiosa para el individuo, lo que le facilita a éste, presumir de un comportamiento considerado negativo.

La exageración, dirigida a reducir la vergüenza. Usada en conjunto con la inducción a la fanfarronería, puede facilitar la entrevista en este tipo de sujetos, a la hora de precisar información sobre el consumo de sustancias psicoactivas ilegales o conductas negativas (11).

La amplificación del síntoma, semejante a la técnica de la exageración, se basa en el hecho de que los sujetos informan de una frecuencia o cantidad menor de comportamiento problemático que la real, también de utilidad en estos individuos.

La negación de lo general, en la cual el clínico evita preguntas genéricas.

Supuesto de partida, en la cual el clínico parte del supuesto de que la conducta sospechosa se está produciendo y hace una pregunta partiendo de ese supuesto.

Normalización, en ésta el entrevistador pregunta, de manera que el sujeto entienda que no es el único con el comportamiento problema.

Se debe tener en cuenta, para aplicar estas técnicas, que este tipo de personas se suelen ver a sí mismas como víctimas de las circunstancias y les gusta señalar a otros como responsables de sus actos; así como que mientras más específico sea el entrevistador, más datos válidos obtendrá (1).

Signos clínicos de sociopatía basados en la conducta del sujeto durante la entrevista

Existen algunos signos presentes durante la entrevista que, pese a ser parte de ésta, son evaluados menos concienzudamente por la mayoría de entrevistadores, como son la actitud y la conducta del entrevistado. Para el caso presente se tienen en cuenta (1),(10): los comentarios hechos por el sujeto durante la entrevista, en relación con ésta o con el entrevistador, especialmente si estos comentarios tienen un tinte

incisivo; las quejas injustificadas durante la entrevista, las cuales se pueden ver acompañadas por demandas; los sujetos que parecen estar encantados con el clínico y se comportan en forma insinuante y seductora; el sujeto que aparece en la primera entrevista en plan hostil, con porte llamativo y demanda atención, y el sujeto que se presenta indefenso, víctima de las circunstancias o desvalido, y personas con comportamientos claramente manipuladores.

Datos aportados por la entrevista

Algunos indicadores aportados durante la entrevista pueden hacer sospechar, también, la presencia de una persona con rasgos disociales de personalidad, entre ellos se tienen los siguientes (1): el antecedente de tener problemas con la ley, las manifestaciones de ira no proporcional con los desencadenantes (inapropiada o peleas físicas) y la poca capacidad de empatía con los demás, que puede variar de un entrevistador a otro.

Shea plantea que ante serios indicios de encontrarse frente a una persona con rasgos de personalidad disocial, es de gran utilidad realizar preguntas de verificación, como éstas (1): "... si la ocasión lo requiere, ¿le sería fácil mentir?... ", "... ¿lo ha detenido la Policía alguna vez?... ", "¿ha observado que con el paso del

tiempo era cada vez más capaz de salir bien librado de las peleas?...” y “... ¿siente a veces odio, rabia o celos de las personas que le dan órdenes?...”.

Indicadores de engaño

Con alguna frecuencia, el clínico se encuentra ante sujetos que fingen o exageran su sintomatología, en busca de una ganancia secundaria. En estas situaciones, se debe estar entrenado para detectar el intento de engaño, por medio del interlocutor en forma hábil y activa. Si se piensa que se está siendo engañado, se pueden tomar una de dos opciones (12): (a) llamar la atención al entrevistado acerca de la sospecha que se tiene, con ventajas como que el entrevistado comprende que se debe atener a la verdad, pero con desventajas como que el individuo se ponga a la defensiva y pueda rehusar continuar con la entrevista. (b) No llamar la atención por la mentira, con lo cual no se pone alerta al entrevistado, seguirá hablando y se podrá más fácilmente llegar a conclusiones; sin embargo, es posible que la entrevista se haga más extensa en el tiempo.

Algunos estudios muestran que el personal médico y paramédico, entrenado en la interacción humana como psiquiatras y psicólogos, es menos sensible en la detección de indicadores de engaño, que el per-

sonal de cuerpos de autoridad como la Policía, quienes, además, juzgan más fácilmente un testimonio como mentiroso (13-15).

Cabe anotar que detectar si un paciente finge o no es tarea complicada y se hace preocupante en la práctica de la psicología y la psiquiatría forense, donde un criterio concluyente de la entrevista puede beneficiar o perjudicar a un paciente. La simulación de trastornos postraumáticos con miras a una compensación económica suelen presentar dificultades en el trabajo para el fuero en lo civil y los cuadros de tipo psicótico, demencia y otros trastornos neurocognitivos, trastornos disociativos y retraso mental plantean dificultades en el trabajo pericial aplicado a las cuestiones de inimputabilidad (16).

La complejidad del tema queda demostrada a través de los diferentes experimentos realizados con este fin, entre los que cabe destacar el de Rosenham:

... que envió sujetos simuladores a un centro psiquiátrico, diciendo todos que oían voces. Ni uno solo de los falsos pacientes de Rosenham llegó a ser descubierto, fueron diagnosticados y tratados como psicóticos. Cuando advirtió al hospital que había mandado otros falsos pacientes, el centro consideró como simuladores enviados adrede a 41 de 193 pacientes ingresados cuando en rea-

lidad no había enviado ninguno...
(16),(17)

En aras de encontrar métodos fiables para la detección del engaño, han surgido algunos tipos específicos de entrevista con cuestionarios, escalas, detectores de mentiras y se han publicado varios manuales de indicadores verbales y no verbales de engaño (16-22).

Existen estudios que muestran una mayor sensibilidad del observador ante indicadores verbales frente a los no verbales. Por ejemplo, los policías parecen ser más sensibles a los indicadores verbales (23). En oportunidad de la evaluación, se pueden considerar claves verbales y no verbales que pueden contribuir con el diagnóstico diferencial de la simulación. Dichas claves deben ser usadas en conjunto, puesto que se pueden presentar, con alguna frecuencia, en forma aislada en personas normales o con otros trastornos, por ejemplo, en las personas ansiosas. A continuación se describen varias que pueden ser útiles, especialmente si se tienen en cuenta en función de la presentación combinada y no cada uno de ellos por separado.

Claves comportamentales (24-27)

1. Una persona que no establece contacto con sus ojos hacia los ojos de otra persona o el contacto que tiene es mínimo está transmitiendo un clásico signo de engaño. Una persona que está mintiendo, va a tratar de realizar todo lo posible, para evitar tener contacto con los ojos de otra persona. En general, cuando una persona dice la verdad o se ofende por una acusación falsa, tiende a estar completamente enfocada y concentrada con la acusación, y fija la vista con el acusador como diciendo que no se irá de ahí, hasta llegar a lo más profundo del tema.
2. Cuando una persona está mintiendo o se guarda algo que no quiere decir, tiende a ser menos expresivo con sus brazos y sus manos. El individuo los puede dejar a su lado, si está de pie, o en su regazo, si está sentado. Puede poner sus manos en sus bolsillos o doblarlas un poco dentro de ellos. Cuando uno se encuentra apasionado por lo que está diciendo, mueve sus manos y brazos de manera continua, y hace hincapié en su punto y muestra su entusiasmo de alguna manera.
3. Las palmas de las manos no se encuentran visibles ni hacia arriba. Cuando se dice la verdad, las palmas de las manos están visibles y hacia arriba.
4. Los dedos, en general, están doblados hacia la mano. Cuando los dedos se encuentran completamente abiertos, es un signo de estar abierto al tema del que está hablando o las palabras que está diciendo.

5. Las piernas se encuentran dobladas, recogidas o cruzadas. Al igual que las manos y los brazos, si se está diciendo la verdad, las piernas tienden a estar estiradas y con total movilidad.
6. Los movimientos asimétricos, con cambios en la intensidad de la voz, respecto a cuando se dice la verdad, y falta de coordinación y gestos cuando no. La verdad tiene un respaldo afectivo y gestual correspondiente.
7. A la persona se le ve con frecuencia distraída, puesto que se encuentra absorta en la forma de no dejar caer su mentira, y al indagarse por los síntomas, se muestra dubitativa o contradictoria.
8. El sujeto consulta por un cuadro clínico atípico, y aunque con frecuencia se haya documentado, lo refiere a manera de recitación. Puede manifestar también una gran cantidad de síntomas que corresponden a un cuadro poco usual.
9. La relación esperada entre el reporte del sujeto, los hallazgos en la entrevista y la exploración física no se encuentra.
10. El sujeto solicita intervenciones riesgosas y difíciles que, supone, serán rechazadas por el clínico, y se niega a aceptar otros procedimientos diagnósticos sugeridos.
11. La persona no se adhiere al tratamiento y presenta inconvenientes para asumirla.
12. Esta persona procura mostrar una imagen de lo que para ella son signos de enfermedad.
13. Si se ve confrontado, se torna negativista o incluso presenta mutismo.
14. El sujeto se observa intranquilo. Prolonga el tiempo para notarse contrariamente tranquilo y tener tiempo de preparar las respuestas.
15. Al inculparlo o establecer responsabilidades, las niega y se defiende incluso con movimientos defensivos, los cuales están ausentes en las personas que dicen la verdad.
16. El sujeto presenta tics de los músculos de la cara o gestos de desaprobación, especialmente justo antes o después de decir una mentira, ante lo cual se debe estar muy alerta, pues estos gestos muchas veces son hechos durante fracciones de segundo y con frecuencia pasan inadvertidos.
17. Éste pide permiso para retirarse antes de haber terminado la entrevista.

**Claves establecidas
por el entrevistador (24-27)**

1. Existe la posibilidad de una ganancia o la evitación de una sanción si se establece una enfermedad mental en el paciente.
2. Es importante contar con la versión de familiares o conocidos que hayan convivido con el paciente, así como documentarse de la historia clínica y jurídica, etc.
3. Se detecta en el paciente un trastorno de personalidad. Se considera que más del 50% de los simuladores padece de TAP.

4. Al aplicar pruebas o escalas en búsqueda de psicopatología, rendimiento o de validez, se encuentran alterados, por lo bajo o por lo alto.
5. Al realizar un estudio retrospectivo, no se detecta deterioro ni síntomas premórbidos.

Claves verbales (27)

1. El sujeto no está dispuesto a brindar un testimonio preciso, sino que se expresa en general. Cuando una persona dice la verdad, tiende a dar detalles precisos.
2. Al solicitar que amplíe sus respuestas con detalles en quien miente, se aumenta la tensión. En quien no miente, esto no ocurre.
3. Hace con frecuencia hincapié en su veracidad.
4. Finge que no puede recordar.
5. Se hace pasar por una persona religiosa, de principios y valores morales.
6. Las respuestas que brinda no parecen ser naturales y con frecuencia impresionan como ensayadas y poco espontáneas.
7. Hace confesión tácita, es decir, no niega las acusaciones, de presentarse, aunque no las acepta.
8. Se evaden temas, especialmente los concernientes con las conductas problema o con brindar explicaciones acerca del motivo de consulta.
9. Tendencia a utilizar los mismos términos y las mismas palabras que el interlocutor, el cual supone que dice la verdad.
10. Usa con frecuencia términos de la jerga médica, más que términos coloquiales para describir sus dolencias o motivo de consulta, con lo cual pretende dar la impresión de manejar suficientemente el tema.
11. Con frecuencia en la entrevista hay contradicciones, aun sobre temas como los datos personales y la historia personal.
12. En varias oportunidades durante la entrevista solicita que le sean repetidas las preguntas o que se le especifiquen, con el fin de ganar tiempo y pensar las respuestas.
13. Ante el uso de preguntas de respuesta sugerida, absurdas y ajenas al cuadro clínico, el sujeto asiente sin cuestionarlas.
14. Al hacer preguntas de respuesta obvia, el sujeto simulador tiende a contestar lo contrario, por la falsa creencia de que así lo haría el enfermo mental.
15. Al hacerle preguntas cerradas que sólo admiten una respuesta exacta, el sujeto simulador tiende a dar respuestas aproximadas.
16. Al hacer acusaciones o establecer responsabilidades, quien miente es evasivo, poco sincero, no se siente insultado, aunque niega la acusación insistentemente. Cuando se es inocente, reacciona en forma sincera, espontánea, directa y fuerte; se siente insultado, y pocas veces avanza más allá de su negación inicial.

Adicionalmente, estos indicadores de engaño se encuentran acompañados por manifestaciones fisiológicas, como son pulsaciones de la carótida visibles a distancia, sequedad en la boca, actividad excesiva de la laringe o carraspera, cambio en el color de la cara, sudoración, dificultades o cambio en el ritmo de la respiración, llanto o cambios en la voz y midriasis (12).

La revisión comentada no pretende ser exhaustiva y, por el contrario, cumplirá su cometido si la orientación general y el listado de claves contribuye con la búsqueda juiciosa de información fiable, para arribar a conclusiones y conductas éticas y terapéuticas dentro de la práctica clínica y forense diaria, que no debería ser ingenua ni acrítica, ante la posibilidad de simulación y sus dificultades diagnósticas.

Bibliografía

1. Shea SC. La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. 2nd ed. Madrid: Elsevier; 2002. p. 3-56.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). 4th ed. Texto revisado. Washington: AAP; 2002. p. 825-6.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Otros procesos del CIE-10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento. Ginebra: OMS; 1992. p. 357-79.
4. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. Washington: APA Press; 1991.
5. American Psychiatric Association. Practice guidelines for psychiatric evaluation of adults. Am J Psychiatry. 1995;152(11 Suppl):66.
6. Millon T, Davis RD. Trastornos disociales de la personalidad: el patrón fanfarrón. En: Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1999. p. 447-89.
7. Escobar-Córdoba F. Psiquiatría forense para médicos generales. En: Téllez-Rodríguez NR. Medicina forense: texto integrado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 383-97.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
9. Vaillant G. Sociopathy as a human process. In: Guggenheim F, Nadelson C, editors. Major psychiatric disorders. New York: Elsevier Biomedical; 1982. p. 179-88.
10. Othmer E, Othmer SC. The clinical interview using DSM-IV. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
11. Escobar-Córdoba F. Trastorno antisocial de personalidad en homicidas. En: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Memorias XLI Congreso Colombiano de Psiquiatría. Santa Marta. Bogotá: Luis Pabón Pallares-CD Editores; 2002.
12. International Criminal Investigative Assistance Training Program. Seminario Ejecutivo de ICITAP-Colombia. Julio, 1994.
13. Garrido E, Masip J, Herrero C, Tabernero C. Policemen's ability to detect truth from deception. Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1997. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
14. Garrido E, Masip J, Herrero C. Sesgos de los policías en formación al discriminar entre testimonios verdaderos y falsos.

- Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1997. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
15. Garrido E, Masip J. How good are police officers at spotting lies? Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1999. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
 16. Garrido E, Masip J. Evaluación de la credibilidad del testimonio: una revisión de los fundamentos teóricos, orígenes, evolución y estado actual del análisis de contenido basado en criterios (CBCA). Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1998. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
 17. Delgado S, Esbec E, Rodríguez F. Simulación en psiquiatría forense: aspectos generales y detección. En: Delgado S, Esbec E, Rodríguez F y González de la Rivera JL, editors. *Psiquiatría legal y forense*. Madrid: Colex; 1994.
 18. Garrido E, Masip J. Criminologists' and psychology students' beliefs about indicators of deception and truthfulness. Título: La entrevista forense y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 2000. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
 19. Garrido E, Masip J. Experienced officers, police recruits, and non-officers general beliefs and knowledge about deception and its detection. Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 2001. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
 20. Masip J, Garrido E. Evaluación psicológica forense de la credibilidad: contextualización teórica y paradigmas evaluativos. Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1999. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
 21. Folino JO, Marengo CM, Marchiano SE, Ascazibar M. The Risk Assessment Program and the Court of Penal Execution in the Province of Buenos Aires, Argentina. *Int J Offender Ther Comp Criminal*. 2004; 48(1):49-58.
 22. Hare RD, Harpur TJ, Hakstian AR, Forth AE, Hart SD, Newman JP. The revised psychopathy checklist: reliability and factor structure. *Psychol Asses*. 1990;2: 338-41.
 23. Masip J, Garrido E. Creencias de policías con y sin experiencia sobre los indicadores de la mentira y la veracidad del testimonio. (Experienced and novice officers' beliefs about indicators of deception and truthfulness). Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 2000. [Internet]. Disponible

- en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
24. Garrido E, Masip J. Exposición previa a la conducta del emisor y distinción entre mensajes verdaderos y falsos: ¿perciben los observadores un patrón conductual idiosincrásico en el comportamiento del hablante? Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1998. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
25. Garrido E, Masip J. Previous exposure to the sender's behavior and accuracy at judging credibility: do police officers and lay people perceive a general expressive pattern in the sender's demeanor? Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 1999. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
26. Garrido E, Masip J, Herrero C, Rojas M. La detección del engaño a partir de claves conductuales por agentes de policía. Título: La entrevista forense, y la evaluación de la credibilidad mediante el CBCA. Acto: Curso "La detección de la mentira mediante el método del CBCA". Organización: Ciencias de la Seguridad (CISE), Universidad de Salamanca. Lugar: Facultad de Derecho, Salamanca, 2000. [Internet]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~nonverbal/jaume.htm>. Consultado 2005 May 2.
27. Sánchez-Pedraza R, Rodríguez-Losada J. El paciente simulador. En: Sánchez-Pedraza R, Rodríguez-Losada J, editors. Fundamentos de psiquiatría clínica. Bogotá; 2003.

Recibido para publicación: 1 de marzo de 2005
Aceptado para publicación: 10 de mayo de 2005

Correspondencia
Franklin Escobar-Córdoba
Departamento de Psiquiatría, oficina 202
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Campus Universitario
feescobar@unal.edu.co