

# CÓMO EVALUAR EL DAÑO MORAL COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO: VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDIDA

## ASSESSING PSYCHOLOGICAL INJURY IN MOTOR VEHICLE INSURANCE COMPENSATION CLAIMS: VALIDATING A CUSTOMIZED PROTOCOL

Ramón Arce\* y Francisca Fariña\*\*

\*Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela

\*\*Departamento AIPSE, Universidad de Vigo

La valoración del daño psíquico consecuencia de un accidente de tráfico fue introducido, a través de lo que denominan daño moral, como un elemento de tasación en la Ley 30/1995, del 8 de noviembre, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor. Esto supone que la parte demandante ha de demostrar no sólo el daño sino también tasarlo en términos porcentuales. En consecuencia, a los peritos psicólogos se nos demanda la resolución de tres tareas: identificación y medida del daño psíquico, cómputo del porcentaje de deterioro en la salud psíquica del accidentado y control de la simulación o sobresimulación. Para la realización de estas tareas hemos construido y validado científicamente y en la Sala de Justicia un protocolo de medida, de cuantificación del daño y de control de la simulación. En esta contribución se presenta dicho protocolo así como un ejemplo de pericia basado en éste.

**Palabras clave:** Daño Moral, Daño Psíquico, Simulación, Accidente de Tráfico con Vehículos a Motor, Trastorno de Estrés Postraumático.

The Spanish legislation on Civil Responsibility and Motor Vehicle Insurance (Ley 30/1995) of 8 November 1995 introduced the provisions whereby plaintiffs sustaining psychological injury in a traffic accident are eligible for compensation. As plaintiff must provide evidence of the nature and degree of psychological injuries sustained in order to claim compensation, psychologists are now required to undertake three main tasks: identify and determine the psychological injury, estimate the degree of deterioration in psychological health, and detect the feigning or exaggeration of psychological injury. Hence, a scientifically validated and customized protocol for the assessment of psychological injury and the detection of feigning of in motor vehicle insurance compensation claims has been designed. This paper describes the protocol and examines a case study of injury assessment using the said protocol.

**Key words:** Psychological Injury, Feigning, Motor Vehicle Accident, Compensation, Posttraumatic Stress Disorder.

Los accidentes de tráfico constituyen una de las mayores causas de mortalidad en nuestra sociedad. Así, la cifra de muertos en 2004 se elevó a 3643, en 2003 a 4084, en 2002 a 4031 ó en 2001 a 4170. Pero tras esa cifra de muertes se esconde otra no menos importante que es la de heridos que en 2004 se cuantificó en 138383, en 2003 en 150635, en 2002 en 146917, ó en 2001, en 149599 (Fuente: Dirección General de Tráfico). En suma, la cifra total de muertos ronda los 4000 al año y la de heridos más de 145000. Tras cada muerte o herido queda un daño irreparable al que legalmente se ha dado una respuesta de reparación en la Ley 30/1995, del 8 de noviembre, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (texto refundido aprobado por el RDL 8/2004, de 29 de octubre). Los daños a reparar son el patrimonial, el físico y el moral, que es como denominan legalmente al daño psíquico.

Todo daño para que legalmente se estime como tal, ha de poder demostrarse. Psicológicamente, la National Comorbidity Survey (v. gr., Bryant y Harvey, 1995) ha identificado el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) como la huella primaria del daño moral y como secuelas indirectas en casos de accidentes de tráfico la depresión y la distimia (Blanchard y Hickling, 2004). Esto es, el Trastorno de Estrés Postraumático ha de ser el referente directo de la evaluación psicológico forense de tal modo que de no contrastarse la existencia de un Trastorno de Estrés Postraumático no se puede concluir que haya daño moral, en tanto la coocurrencia de éste con depresión o distimia ha de entenderse como una confirmación del daño mientras que de la no constancia de depresión o distimia no se puede inferir que no haya daño. A su vez, por tratarse de un contexto médico-legal ha de sospecharse y, por tanto, contrastarse como hipótesis, la simulación (American Psychiatric Association, 2002). Para la evaluación del daño psíquico acompañada de una estimación de una potencial simulación se requiere de una aproximación de medida multimétodo (Rogers,

1997). Para el contexto de medida judicial español, esta aproximación multimétodo se ha plasmado en una evaluación en un doble formato de tarea: reconocimiento y conocimiento (Arce, Pampillón y Fariña, 2002). Para la tarea de reconocimiento (se denomina así porque el sujeto en evaluación ha de reconocer si padece o no el síntoma que se le presenta) el instrumento de medida habitual en la práctica forense es el MMPI (Butcher y Miller, 1999) que da cumplida satisfacción, además, a los dos objetivos básicos de la evaluación psicológico forense: la evaluación del daño tanto directo como indirecto y medida de la simulación a través de las escalas de control de la validez del protocolo. Por su parte, la medida en formato de tarea de conocimiento (esto es, el sujeto es sometido a una tarea en la que ha de informar sobre los síntomas que padece sin que se le presente el mismo) se aborda mediante la denominada entrevista clínico-forense (Arce y Fariña, 2001). Ésta, que ha de ser llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, se estructura en torno a los siguientes pasos: 1) Presentación de la entrevista, del objeto y procedimiento; 2) pedir a los sujetos que relaten en formato de discurso libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior al accidente (EEAG del DSM-IV-TR); 3) reinstauración de contextos: si los sujetos no responden de motu propio, les será requerido que informen igualmente sobre sus relaciones familiares (EEGAR en el DSM-IV-TR); relaciones sociales (EEASL en el DSM-IV-TR) y relaciones laborales (EEASL); 4) construcción de una rejilla de síntomas (DSM-IV-TR) y recuento de síntomas [la detección de los síntomas responde a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto y observaciones de los codificadores al analizar los protocolos o sea, observación y registro conductual]; 5) ajustar los síntomas a trastornos [en nuestro caso, TEP, depresión y distimia]; y 6) control de la fiabilidad a través del estudio de las estrategias de simulación.

**EVALUACIÓN EN UNA TAREA DE CONOCIMIENTO: DE LA SINTOMATOLOGÍA OBVIA Y SUTIL Y DE LAS ESTRATEGIAS DE SIMULACIÓN**

El análisis de contenido de 105 entrevistas clínico-forenses de simuladores de daño moral consecuencia de un accidente de tráfico (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006) puso de manifiesto que el 3,8% de los sujetos fueron capaces de simular un Trastorno de Estrés

Postramático, y que cierta sintomatología era muy accesible a la simulación en tanto otra era más inaccesible. La sintomatología más inaccesible a la tarea de simulación, esto es, sutil ( $p \leq .05$ ) se concretó en los síntomas de evitación de pensamientos, amnesia, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Complementariamente, son síntomas accesibles a la simulación de un Trastornos de Estrés Postraumático, esto es, obvios: Respuestas intensas de miedo; recuerdos recurrentes; sueños desagradables; conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo (flashback); malestar psicológico intenso cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; respuestas fisiológicas; evitación de actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma; reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; distanciamiento de los demás; restricción afectiva; futuro desolador; dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad/ataques de ira; dificultades de concentración y un deterioro significativo consecuencia del accidente de tráfico en las áreas de trabajo, vida social, relación familiar, relación de pareja y malestar clínico significativo. En resumen, el conjunto de síntomas accesibles permitiría la simulación de un cuadro propio de un Trastorno de Estrés Postraumático pero la unión de todos estos síntomas en una misma entrevista sólo fue lograda en el 3,8% de los casos.

El estudio de la consistencia interna de los contenidos de las entrevistas clínico-forenses de los 105 simuladores por medio de las estrategias de simulación ha identificado como protocolos no fiables al 76,2%. En concreto, las estrategias habituales a las que los simuladores acudieron (frecuencia  $>.05$ ) fueron la de "síntomas obvios" (.229), esto es, síntomas de carácter psicótico,  $Z(105)=8.4$ ;  $p < .001$ ; "síntomas sutiles" (.667), es decir, no informan de síntomas reales sino problemas cotidianos,  $Z(105)=28.97$ ;  $p < .001$ ; "síntomas raros" (.105), en otras palabras, síntomas que raramente se dan incluso entre poblaciones psiquiátricas,  $Z(105)=2.58$ ;  $p < .05$ ; y "severidad de síntomas" (.200), lo que implica la atribución a los síntomas informados de una severidad extrema,  $Z(105)=7.04$ ;  $p < .001$ .

**EVALUACIÓN EN UNA TAREA DE RECONOCIMIENTO**

Los mismos 105 sujetos fueron sometidos a una evaluación de simulación de daño moral en el MMPI-2,

que implica una tarea de reconocimiento, logrando simular ( $T > 70$ ) el daño psíquico propio de un accidente de tráfico tanto en las medidas (Escala Ps y Pk) directas como indirectas (depresión) el 60.9%. Las escalas y configuraciones de interés para la medida de la simulación no clasificaban correctamente al conjunto de simuladores (la Escala de Interrogantes a ninguno; la Escala F al 59.9%; la Escala K al 78.1%; el índice de Gough al 55.2%; el perfil en "V invertida" al 23.81%). Analizada la tarea en su conjunto encontramos que el 24.76% de los simuladores habrían ejecutado perfectamente la tarea en esta medida, o sea, habían simulado el daño esperado y no habrían sido detectados consistentemente por los indicadores de simulación. Complementariamente, no hallamos una  $K \geq 70$ , propia de disimulación, entre los sujetos en tarea de simulación, ni una invalidez del protocolo por no respuestas ( $\geq 30$ ).

#### APROXIMACIÓN MULTIMÉTODO: TAREA DE CONOCIMIENTO Y DE RECONOCIMIENTO

Para que se pueda determinar la existencia de daño psíquico/moral se requiere tanto desde una óptica psicológica como legal una "medida del daño". Partiendo de esta máxima, observamos que en la medida de conocimiento los simuladores sólo son capaces de lograr tal objetivo en un porcentaje que ronda el 4%; esto es, los restantes simuladores no han logrado el objetivo de una simulación efectiva. En los simuladores efectivos encontramos una falta de consistencia inter-medidas (en la medida psicométrica también habían simulado otros daños clínicos en la tríada psicótica e incluso desviación psicopática que no aparecían en la entrevista). Además, estos simuladores fueron detectados como tales tanto por las medidas de la consistencia interna de la entrevista (i.e., estrategias de simulación) como del instrumento psicométrico (K, F, F-K, Perfil en V invertida). En concreto, no menos de 6 de estos indicadores informaban de simulación.

#### PROTOCOLO DE MEDIDA DEL DAÑO MORAL Y CONTROL DE LA SIMULACIÓN DE ARCE Y FARIÑA

A la vista de los resultados anteriores se pueden concretar unos criterios para la decisión de realidad o simulación de daño. Éstos se pueden agrupar en positivos y negativos.

- a) Criterios positivos. Son criterios positivos aquellos que se vinculan a la no simulación, de modo que la observación de estos criterios valida el protocolo. Los

criterios positivos son el registro de sintomatología sutil en la entrevista clínico-forense, y, en el MMPI, una  $K \geq 70$ . La invalidez en el MMPI por no respuestas no se considera criterio positivo (sólo se puede considerar tal posibilidad en caso de daño neurológico que justifique tal estilo de respuesta).

- b) Criterios negativos. Nuestros resultados ponen de manifiesto que existen una serie de criterios negativos, esto es, que anulan o mitigan la validez del protocolo. Éstos son: 1) no se observa en las medidas, MMPI/SCL-90-R y entrevista clínico-forense, la huella psíquica propia del daño moral consecuencia de un accidente de tráfico; 2) las escalas de control de validez y sus combinaciones detectan simulación; 3) la detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista; y 4) ausencia de concordancia inter-medidas. El primer criterio es eliminatorio, o sea, si el daño moral no es medible, no se puede sostener judicialmente (préstese especial atención a la entrevista clínico-forense donde sólo el 4% de los simuladores logran su objetivo). Si encontramos la huella psíquica propia de un accidente de tráfico en la entrevista clínico-forense, sólo se concluirá simulación si se observan numerosos indicadores de invalidez.

De los anteriores resultados y discusión de los mismos se puede derivar el siguiente protocolo de actuación validado para la evaluación del daño moral en casos de accidente de tráfico (el perito psicólogo interesado podrá obtener de los autores un formato de pericia basado en éste):

- a) Entrevista psicosocial, observación y registro conductual, y estudio de las pruebas documentales.
- b) Estudio de las capacidades cognitivas. Es preciso valorar las capacidades cognitivas de la persona a evaluar para establecer si es apta para la evaluación psicológica y la capacidad testimonial. Si se observa un indicio razonable de deterioro en las funciones neuropsicológicas ha de procederse con una exploración neuropsicológica. Para ello se recomienda proceder inicialmente con una medida no verbal como el TONI-2 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1995) y, ante el menor indicio de deterioro, con las escalas Wechsler. La constatación de diferencias significativas entre las escalas verbal y manipulativa (si el coeficiente manipulativo es 10 o más superior al verbal informa de lesión relevante) se muestra como un indicador fiable de lesión cerebral.

En este caso, se ha de proceder con una exploración neuropsicológica que establezca las áreas deterioradas y el grado de deterioro, y las no deterioradas [se aconseja acudir a las subescalas de interés del Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990) o al ERFC (Gil, 1999)].

- c) Medida de las secuelas clínicas relacionadas con la victimación de un accidente de tráfico. Para la evaluación clínica se recurre a dos instrumentos que requieren de la ejecución de tareas distintas: la entrevista clínico-forense, que implica la ejecución de una tarea de conocimiento, y el MMPI-2, que presupone una tarea de reconocimiento. Adicionalmente se recomienda la aplicación de otros instrumentos psicométricos como el SCL-90-R (Derogatis, 2002). En todo caso, han de contar con medidas de control de la validez del protocolo (en el SCL-90-R son el índice de severidad global, índice de malestar referido a síntomas positivos y el total de síntomas positivos que permiten una estimación de una potencial simulación o disimulación) y tener entre las dimensiones medidas el TEP y/o las secuelas secundarias de un accidente de tráfico. Con esta segunda medida no sólo se somete a prueba la validez del protocolo (un único indicador de invalidez no es prueba suficiente), sino también la consistencia inter-medidas. En aquellos casos en que no se obtenga una evaluación clínica que avale que la persona evaluada presenta un estado clínico compuesto por las secuelas directas (TEP) de la victimación de accidente de tráfico, esto es, se someta a prueba la validez predictiva (esto es, exactitud con la que la medida se ajusta a la huella psíquica esperada), se ha de concluir que no hay daño moral. Las secuelas secundarias, depresión o distimia, no son prueba suficiente por sí mismas. El análisis de las secuelas, a través de la validez predictiva, puede integrarse con el estudio de la validez discriminante, esto es, del daño no esperado.
- d) Estudio de la personalidad. Es recomendable proceder con una evaluación de la personalidad para conocer de posibles anomalías al tiempo que someter a prueba posibles distorsiones en las respuestas. Para ello se recomienda utilizar el 16 PF-5 que contiene tres medidas de los estilos de respuesta: Deseabilidad social, Infrecuencia y Aquietencia. De acuerdo con nuestros hallazgos un

único indicador de invalidez no ha de considerarse suficiente para dudar de la validez del protocolo sino como una característica propia de personalidad del evaluado.

- e) Estudio de la fiabilidad de las medidas. Es importante garantizar la fiabilidad de la medida del objeto pericial y, muy especialmente, en casos como el que nos ocupa. Si bien, los instrumentos de medida son fiables y válidos, de esto no se infiere que lo sea la medida concreta. Para someter a prueba la fiabilidad de la medida tomada para la evaluación pericial, se ha de proceder con una estimación de (Weick, 1975):
- ✓ La consistencia inter-medidas. La falta de consistencia inter-medidas (p.e., discrepancia entre lo manifestado y observado, evaluación de una patología en una medida sin indicios de ésta en otras medidas) se considerará factor suficiente para invalidar los resultados.
  - ✓ La consistencia intra-medidas. Los instrumentos de medida, entrevista clínico-forense, MMPI-2 y, en su caso, SCL-90-R, incluyen controles de validez del protocolo. Para considerar un protocolo inválido en el que se haya observado consistentemente daño moral, se requerirá que numerosos indicadores de simulación adviertan de ésta. Un protocolo consistente inter-medidas en la huella de daño moral en el que sólo algunos indicadores intra-medidas adviertan de posible simulación, no se concluirá tal hipótesis sino que responde a un estilo de respuesta propio del sujeto.
  - ✓ La consistencia inter-evaluadores. Dos evaluadores por separado interpretarán los resultados y sólo considerarán los resultados fiables y válidos si el índice de concordancia inter-evaluador es superior a 0.80<sup>1</sup> (Tversky, 1977).
  - ✓ La consistencia inter-contextos. La fiabilidad inter-contexto se afronta recurriendo a un evaluador entrenado que haya sido efectivo y consistente en otros contextos previos, o sea, en pericias anteriores y con otros evaluadores.
- f) Valoración del daño moral. Si los datos son fiables, esto es, se rechaza la hipótesis de simulación, y se halla daño moral (TEP) en la persona evaluada, se procede con una evaluación multiaxial (DSM-IV-TR, 2002):
- I. Eje I. Aquí se incluirá obligatoriamente, en caso de

<sup>1</sup> IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos)

daño moral, el TEP, como diagnóstico primario y únicamente los trastornos secundarios, depresión/distimia.

II. Eje II. No procede a menos que haya habido daño neurológico.

III. Eje III. Las secuelas físicas (siempre sobre prueba documental sino se indica que no procede).

IV. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

V. Eje V. Evaluación de la actividad global. En éste se cuantifica el daño en porcentajes. Para ello se procede con la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). Los pasos a seguir para la cuantificación son:

- 1) Se inicia por el nivel superior y se contrasta el estado del evaluado con el normativo, si su estado es peor se desciende al siguiente nivel.
- 2) Se repite el mismo procedimiento hasta llegar al nivel en el que encaje el evaluado.
- 3) Se contrasta el siguiente nivel para asegurarse que no se corresponde con el del evaluado.
- 4) Se establece el nivel de actividad psicológica del evaluado (se recomienda tomar el punto medio del rango).
- 5) Se calcula la diferencia entre el estado observado y el valor promedio de la normalidad (90), cuyo resultado es el porcentaje de daño moral causado.

g) Adicionalmente, se recomienda repetir lo mismo con las escalas de evaluación EEASL y EEGAR.

h) En esta contingencia o cuando se añaden daños físicos, esto es, concurren secuelas múltiples para el cómputo de la valoración final se ha de proceder con la fórmula:

$$\frac{[100-M] \cdot m}{100} + M, \text{ donde } M = \text{Puntuación mayor}; m = \text{Puntuación menor}$$

i) El sistema de evaluación debería ceñirse a la siguientes categorías: “probablemente simulador o con indicios sistemáticos de simulación”; “probablemente no simulador o sin indicios sistemáticos de simulación”. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza, y utilizar estos términos probabilísticos, puesto que nuestros sistemas de evaluación, tal y como pudo verse en el presente estudio, están sujetos a error. Sin embargo, el TS exige la seguridad plena, no la alta probabilidad, pero como toda medida está sujeta a error, debemos reconocerlo, pero absteniéndonos de

establecer el grado de certeza (p. e., sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902). Finalmente, si el perito no puede establecer un criterio sobre la simulación, ha de concluir con una “indefinición sobre la simulación”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” o “probablemente simulador” supone, de facto, una decisión favorable a una de las partes en litigio sin avales que la apoyen.

#### AGRADECIMIENTO

Los trabajos aquí referenciados contaron con la financiación de la Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento, Xunta de Galicia, en el Proyecto de Excelencia Investigadora Código PGIDIT03CS037401PR.

#### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (IV Edición-Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Arce, R., Carballal, A., Fariña, F. y Seijo D. (2004). Can mock battered women malingering psychological evidence in a recognition task? En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska, R. Roesch y J. Wójcikiewicz (eds.), *Forensic psychology and law. Facing the challenges of a changing world* (pp. 327-336) Cracovia: Institute of Forensic Research Publishers.
- Arce, R. y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista clínico-forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2), 278-283.
- Arce, R., Pampillón, M.C. y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385-408.
- Blanchard, E. B. y Hickling, H. J. (2004). What are the psychosocial effects of MVAs on survivors? En E. B. Blanchard, E. J. Hickling (Eds.), *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (2ª ed., pp. 57-97).

- Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, L., Sherbenou, R. y Johnsen, S. (1995). *Toni-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.
- Butcher J.N. y Miller, K.B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A.K. Hess e I.B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2ª Ed., pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Carballal, A., Arce, R., Carrera, O. y Novo, M. (2003). De la simulación de daño moral en casos de accidente de tráfico. *Psiquiatría.com*, 1-13 [Documento WWW]. URL: <http://www.psiquiatria.com>
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dirección General de Tráfico (2006, junio). Estadísticas DGT. [Documento WWW]. URL: <http://www.dgt.es/estadisticas/accidentes.htm>.
- Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2004). How to detect the malingering of insanity to avoid criminal responsibility. En R. Abrunhosa (Ed.), *Victims and offenders. Chapters on psychology and law* (pp. 229-241). Bruselas: Uitgeverij Politeia NV.
- Gil, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Rogers, R. (1997b). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 373-397). Nueva York: Guilford Press.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey y E. Aronson (eds.), *The handbook of social psychology bulletin* (vol. 1, pp. 567-634). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Wechsler, D. (1976). *WAIS: Escala de inteligencia para adultos* (2ª ed.). Manual. Madrid: TEA Ediciones.