

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS PSICODIAGNÓSTICAS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

APPLICATION OF PSYCHODIAGNOSTIC TESTS IN PRISON'S

Francesca Melis Pont*

Fecha de Recepción: 15-12-2007

Fecha de Aceptación: 08-02-2008

RESUMEN

La utilización de las pruebas psicodiagnósticas es básica dentro de la Psicología Forense y, por lo tanto, dentro de Instituciones Penitenciarias. Este artículo pretende ser una guía, una revisión de las técnicas que tenemos a nuestro alcance, y que nos ayudan a evaluar a los presos de una manera exhaustiva, y en una amplia gama de áreas, como son la personalidad, la presencia de psicopatología, la inteligencia, los déficits neuropsicológicos, la capacidad de autocontrol, el comportamiento violento, las actitudes, la psicopatía, la simulación de trastornos mentales y la reincidencia delictiva. No solo se incluyen las características de las pruebas psicométricas separadas por áreas, sino también diferentes maneras para evaluar la simulación y una revisión documental de múltiples investigaciones, que avalan la óptima utilidad y la necesaria utilización de estas técnicas dentro de prisiones.

PALABRAS CLAVE: Evaluación psicológica forense, Técnicas psicodiagnósticas, Psicopatología, Personalidad, Violencia doméstica, Agresores sexuales, Psicopatía, Simulación, Reincidencia delictiva.

* Funcionaria del Cuerpo Superior de técnicos de Instituciones Penitenciarias. Psicóloga del Centro Penitenciario de Ocaña I (Toledo). x_melis@yahoo.com

ABSTRACT

The use of psychodiagnostic tests is of utmost importance in Forensic Psychology and, therefore, in prisons. The purpose of this article is to review the techniques available that help us to evaluate inmates exhaustively. The assessment focuses on a wide range of areas such as personality, psychopathology, intelligence, neuropsychologic shortages, self-control ability, violent behaviour, attitudes, psychopathy, simulation of mental disorders and criminal recidivism. Not only are the characteristics of psychometric tests included, but also the different methods of evaluating simulation and a documentary review of many researches that support the optimal and necessary use of these tests in prisons.

KEY WORDS: Forensic psychological evaluation, Psychodiagnostic tests, Psychopathology, Personality, domestic violence, Sexual offenders, Psychopathy, Simulation, Criminal recidivism.

INTRODUCCIÓN

Desde los textos legales, se resalta la función evaluadora del psicólogo como fuente de información a la hora de tomar decisiones jurídicas y penitenciarias, dentro de lo que entendemos por *evaluación psicológica forense*. El objetivo principal de este tipo de evaluación, dentro de cualquiera de los diferentes procesos judiciales, es el de realizar un estudio específico de las diversas dimensiones psicológicas positivas (capacidades intelectuales, habilidades personales) y de las negativas (déficits, áreas problemáticas, rasgos psicopatológicos) de la persona. Se trata de un proceso continuo, en el que debemos ir creando y procesando hipótesis, contrastándolas científicamente. Por lo tanto, conocer el manejo de las pruebas psicodiagnósticas nos será indispensable para la consecución de tal fin, ya que deberemos recoger datos de manera rigurosa, mediante instrumentos válidos y fiables.

La evaluación psicológica forense agrupa los ámbitos penal, civil, laboral, contencioso-administrativo y/ o eclesiástico. Nuestra labor cotidiana de evaluación en Instituciones Penitenciarias se enmarca dentro del ámbito penal y, concretamente, va enfocada a unos aspectos primordiales:

- Evaluación a nivel penitenciario: clasificaciones iniciales, progresiones o regresiones de grado, permisos de salida, prevención de suicidios, pronósticos finales para libertades condicionales, perfiles psicológicos de los delincuentes, evaluación del riesgo de violencia

y reincidencia de los internos, existencia de trastornos mentales sobrevenidos después del internamiento en prisión, presencia de simulación y evaluación pre-post tratamiento.

- Evaluación y emisión de informes para las autoridades judiciales: valoración psicológica de la imputabilidad y de la responsabilidad criminal, existencia de trastornos mentales graves que contraindiquen el cumplimiento de penas de prisión, y posible aplicación de medidas de seguridad.

Dentro de la evaluación forense, los tests objetivos son especialmente empleados por los psicólogos, ya que disponen de una serie de características importantes, como son "la ausencia de ambigüedad, las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez científica, y la de poder presentar un documento científico ante la jurisdicción" (Jiménez, 2003). Cabe recordar la importancia de no utilizar las pruebas psicodiagnósticas como único método de evaluación, sino que debemos realizar siempre entrevistas clínicas, una exploración psicopatológica completa y revisar datos documentales, tales como informes de otros profesionales, sentencias, expedientes y protocolos penitenciarios.

Hay que recalcar que, dentro del ámbito penitenciario español, nos encontramos con una situación característica: la mayoría de las técnicas diagnósticas tradicionales no se encuentran baremadas con muestras comparativas de población delincencial. Pero lo que

a priori podría ser un problema, en la práctica no es tal, ya que en el fondo lo que nos interesa es poder comparar a los internos con la población general, porque si los comparáramos con grupos de iguales (o similares), los resultados no serían realmente discriminativos. De todas maneras, las conclusiones que obtengamos de las pruebas deben ser tomadas con cautela, ya que la población penitenciaria suele puntuar por encima o por debajo, respecto de la población general, en muchos de los rasgos que evalúan este tipo de pruebas. Por eso es importante valorar no solo la puntuación objetiva de los tests, sino también enmarcarla dentro de un espectro de evaluación, teniendo en cuenta otros aspectos personales y penales que nos ayuden a conformar la realidad psicológica de los internos.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA GENERAL

A) Evaluación de la personalidad

Según McCann y Dyer (1996), la principal función del psicólogo forense no es tanto la de realizar un diagnóstico en cada uno de los Ejes del DSM o de la CIE, sino la de clarificar las características de personalidad del individuo que estamos examinando, y conocer sus patrones habituales de comportamiento. Es decir, aunque sea importante, lo esencial no es evaluar de una manera sumamente exhaustiva y específica los síntomas de los trastornos, sino comprender y evaluar los rasgos característicos de una determinada personalidad, e

intentar responder a preguntas tales como ¿qué características personales hacen que un individuo cometa estafas de manera continuada?, ¿qué tipo de persona es aquella que asesina sin tener remordimiento alguno de lo que ha hecho?, ¿por qué una persona se dedica a abusar sexualmente de niños?, ¿maltratará nuevamente una persona a su pareja cuando salga de prisión? Y así podríamos continuar con un largo etcétera de preguntas que son las que nos planteamos, y a las que intentamos dar respuesta diariamente en nuestro trabajo.

Por lo tanto, vemos que el estudio de la personalidad del delincuente es básico en nuestro trabajo, tanto en casos en los que no existen trastornos psicopatológicos, como en los que sí existen y, además, son significativos y determinantes.

Entre las diversas pruebas psicodiagnósticas de evaluación de la personalidad, se pueden destacar dos grupos:

a) Las que evalúan las principales dimensiones (o dimensiones globales) de la **personalidad no patológica** de los internos:

1. *Cuestionario de 16 factores de la personalidad [16 PF-5]* (R.B. Cattell, A.K.S. Cattell y E.P. Cattell, 2000). Publicado en TEA Ediciones.
2. *Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado [EPQ-R]* (Eysenck y Eysenck, 1997). Publicado en TEA Ediciones.

3. *Inventario de Personalidad NEO-Revisado [NEO PI-R]* (Costa y McCrae, 2001). Publicado en TEA Ediciones.
 4. *Cuestionario Big Five [BFQ]* (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1995). Publicado en TEA Ediciones.
- b) Las que se encargan de evaluar la presencia de **trastornos y sintomatología psicopatológica**, dificultades emocionales, Trastornos de Personalidad, sus rasgos y comportamientos clínicos:
1. *Cuestionario de 90 síntomas revisado [SCL-90-R]* (Derogatis, Rickels y Rock, 2001). Publicado en TEA Ediciones.
 2. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 [MMPI-2]* (Hathaway y McKinley, 2000). Publicado en TEA Ediciones.
 3. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III [MCMI-III]* (Millon, 2006). Publicado en TEA Ediciones.
 4. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV [SCID-I]* (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Publicada en Masson.
 5. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV [SCID-II]* (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith Benjamín, 1999). Publicada en Masson.
 6. *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad [IPDE]* (Loranger, 1996). Publicado por la OMS.

B) Evaluación del autocontrol

Son una serie de factores y escalas más específicas que nos ayudan a evaluar la impulsividad y los rasgos asociados a esta. Podemos destacar:

1. *Escala de impulsividad de Barrat [BIS-11]* (Barrat, 1985). Treinta y cuatro ítems que evalúan tres componentes de la impulsividad: Impulsividad motora, Impulsividad cognitiva e Impulsividad no planificada.
2. *Factor 2 del PCL-R de Hare.*
3. *Factor AUC (autocontrol) del 16 PF-5.*
4. *Escala de búsqueda de sensaciones, Versión V* (Pérez y Torrubia, 1986): originaria de Zuckerman, está basada en la teoría que postula que el factor necesidad de estimulación y la tendencia al aburrimiento son consustanciales a la psicopatía. Está formada por cuarenta ítems dicotómicos que evalúan cuatro dimensiones o subescalas: Escala de Búsqueda de sensaciones; Escala de Búsqueda de experiencias y aventuras; Escala de Susceptibilidad al aburrimiento y Escala de Desinhibición.
5. *Cuestionario de sensibilidad al castigo y al refuerzo* (Torrubia, Ávila,

Moltó y Casera, 2000): cuarenta y ocho ítems dicotómicos establecidos a partir de las dimensiones de Ansiedad e Impulsividad propuestas por Gray.

6. *Escala de impulsividad de Plutchik* (Plutchik y Van Praag, 1989). Evalúa conductas impulsivas, mediante 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a "hacer cosas sin pensar" o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinados comportamientos. No nos da información sobre si una persona es impulsiva en general, sino si la persona tiene problemas o déficits de control de su comportamiento en las áreas que miden cada una de las escalas: capacidad para planificar; control de los estados emocionales; control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales; control de otras conductas.
7. *Escala de valoración de la impulsividad [IRS]*. Cuestionario heteroaplicado que consta de 7 ítems que se agrupan en 7 subescalas: irritabilidad; paciencia-impaciencia; tiempo para tomar decisiones; capacidad para mantener una actividad; agresividad; control de las respuestas; y capacidad para diferir.
8. *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo [STAXI-2]* (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Publicado en TEA Ediciones.

C) Evaluación de la inteligencia

En este tipo de pruebas debemos tener muy en cuenta las variables culturales, socio-familiares y educativas en las que los individuos han desarrollado su proceso de socialización, por lo que en la mayoría de nuestra población reclusa, debemos utilizar pruebas libres de sesgos culturales, para que los resultados que obtengamos sean lo más objetivos posible. Las pruebas que resultan más óptimas para su utilización dentro del medio penitenciario son:

1. *Matrices progresivas. Escalas SPM General y APM superior [Raven]* (J.C. Raven). Publicado en TEA Ediciones.
2. *Escala de Alexander (Alexander)*. Publicada en TEA Ediciones. Es la prueba que más se suele utilizar en Centros Penitenciarios, ya que está libre de influencias culturales, y es muy útil para evaluar personas con desconocimiento del idioma o que presentan dificultades verbales.
3. *Test Breve de Inteligencia de Kaufman [K-BIT]* (Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L). Publicado en TEA Ediciones.
4. *Escala de inteligencia de Wechsler para Adultos-III [WAIS-III]* (D. Wechsler, 1999). Publicada en TEA Ediciones. Aun y las mejoras de esta última edición, cabe decir que tiene marcados sesgos culturales, sobre todo en las escalas relacionadas con el CI verbal, por lo que

debemos tener muy en cuenta las características intelectuales y culturales del interno al que evaluamos.

D) Evaluación de las actitudes

Los elementos actitudinales son de mucha utilidad, ya que funcionan como indicadores de la evolución personal del interno, y nos ayudan a configurar un poco mejor su pronóstico de futuro. Por tanto, tenemos que evaluar las predisposiciones aprendidas por los internos (sistema de valores previamente adquirido), que estos utilizan a la hora de valorar y actuar ante diversos aspectos de la realidad. Así pues, es importante analizar la intención que tienen los internos respecto al trabajo, escuela, familia, normativa social, sistema de justicia, delincuencia, discriminación entre las relaciones con sus compañeros y con los funcionarios (entendidos como figura de autoridad), sistema de valores prosociales, apertura hacia la intervención y receptividad al tratamiento.

Dentro del ámbito anglosajón, a lo largo de los años setenta, se aplicaron una serie de escalas actitudinales dirigidas a evaluar la problemática delictiva del momento, que estaban enfocadas hacia diferentes áreas: valores criminales, policial, judicial, correctiva, delictiva en general y referente a los delincuentes en particular. No obstante, en nuestro país no han sido tantos los intentos en realizar este tipo de estudios y, hasta el momento, no existen pruebas que evalúen las actitudes concretas de los internos dentro del medio penitenciario español. De hecho, los estudios que se

han llevado a cabo para discernir la relación entre actitudes y delincuencia, han ido enfocados no tanto a los internos, sino a los funcionarios que trabajamos en este medio. Como ejemplo de ello son las escalas elaboradas por Ortet, Fabregat y Pérez (1990), y que se aplicaron a personal directivo de las IIPP de Cataluña, a técnicos de los equipos de tratamiento y a personal de vigilancia:

- *Escala de actitudes hacia la delincuencia*: mide actitudes sobre causas, prevención y tratamiento de la delincuencia. Es una escala tipo likert de cinco puntos y formada por tres subescalas: Causas de la delincuencia, Prevención de la delincuencia y Tratamiento de los delincuentes.
- *Escala de actitudes hacia el Régimen Abierto*.

E) Evaluación neuropsicológica

La vamos a utilizar en casos muy puntuales, en los que la Autoridad Judicial competente nos solicite información sobre daños o lesiones neuropsicológicas, que expliquen determinadas deficiencias y/ o deterioro cognitivo del interno, y que tengan relación con posibles minusvalías o con comportamientos disfuncionales, tanto en el momento de cometer el delito, como en la actualidad dentro de prisión o a su salida al exterior. Debemos tener en cuenta que hay un porcentaje considerable de internos con edades avanzadas dentro de los Centros Penitenciarios, que pueden ser

los más susceptibles a la hora de realizar este tipo de valoraciones. Cabe decir que la utilización de este tipo de pruebas tiene un problema añadido: como son bastante complejas, sería óptimo y necesario un entrenamiento especial previo, para que las pudiéramos aplicar y valorar correctamente.

Las más representativas son:

1. *Examen cognoscitivo Mini-mental [MMSE]* (Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975). Publicado en TEA Ediciones.
2. *Test de laberintos PORTEUS* (Porteus). Publicado en TEA Ediciones. Es interesante la aplicación de este test en prisiones por dos motivos: el primero es que está relacionado con la adaptación social; el segundo, se trata de una prueba basada en las investigaciones que estudian la correlación entre la resolución de los laberintos, y determinadas lesiones cerebrales o la capacidad de realizar planes que, a menudo, está ausente en personas con características de personalidad antisociales.
3. *Prueba de Exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez [CAMDEX-R]* (Roth, Huppert, Mountjoy y Tym). Publicada en TEA Ediciones.
4. *Luria-DNA. Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos* (Christensen, Manga y Ramos, 2000). Publicado en TEA Ediciones.
5. *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica [Test Barcelona Revisado]* (Peña-Casanova, 1990). Publicado en TEA Ediciones.

F) Ventajas y limitaciones de las pruebas psicométricas clásicas

Hay una serie de cuestiones importantes a tener en cuenta, a la hora de utilizar estas técnicas dentro de los Centros Penitenciarios:

1. La cooperación con el evaluado y su motivación, por lo que antes de aplicar una técnica psicométrica es importante establecer un buen rapport con el interno.
2. Si en el momento de pasar las pruebas, el interno presenta sintomatología depresiva, ansiosa, problemas psicopatológicos o de consumo de sustancias tóxicas que le puedan mermar el funcionamiento mental básico del mismo, debemos posponer la evaluación para otro momento en el que no exista ninguno de estos impedimentos.
3. En el caso de tener que evaluar a internos que no hablan o no entienden bien nuestro idioma (como pasa de manera muy habitual en los Centros), no es recomendable traducirles nosotros mismos los ítems de las pruebas, ya que inconscientemente podemos introducir numerosos sesgos, pudiendo llegar a invalidar los resultados.

4. Si nos encontramos con personas que hablan y entienden español, pero que son analfabetos funcionales o que no saben leer, una posible solución podría ser el leerles en voz alta los ítems, para que así se limiten a contestarlos verbalmente. No obstante no es muy recomendable, ya que en la práctica, además de los sesgos que se introducen, no hay confidencialidad en las respuestas y pueden mostrar una tendencia a justificarlas.
5. Una de las ventajas más claras, es que son los instrumentos más adecuados para la evaluación de tres áreas relevantes del funcionamiento psicológico de las personas, y que son claves en nuestro trabajo a la hora de determinar sus características individuales e incluso sus posibilidades de reincidencia: la inteligencia, la personalidad y la existencia de psicopatología.
6. Tienen que utilizarse como complemento de las entrevistas clínicas y del análisis de los datos contenidos en los protocolos y expedientes penitenciarios, para así tener un abanico de recursos donde completar la información que necesitamos para cada momento determinado. No es recomendable su uso aislado sin ningún tipo de comparación de datos.
7. Una de las limitaciones más importantes que hay, es que todos los tests disponen de fuentes de error: la deseabilidad social, la tendencia

de respuesta, la defensividad y la posibilidad de ser falsificados. Así pues, es recomendable utilizar pruebas que contengan escalas destinadas a controlar estos posibles falseamientos, abundantes en el medio penitenciario.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONALIDADES VIOLENTAS

En este caso aclarar que, por delitos violentos, entendemos a aquellos que atentan contra la integridad psicológica, física y/o sexual de las personas (como por ejemplo violencia doméstica, agresión sexual o abuso de menores, lesiones, homicidios o asesinatos...), y que en muchas ocasiones correlacionan positivamente con la psicopatía. Cabe decir que no solo este tipo de delitos están directamente relacionados con la presencia de psicopatía, ya que como los internos presentan una tendencia a la versatilidad criminal, cualquier delito puede estar relacionado con la existencia de psicopatía, al estar vinculada de manera directa con la delincuencia violenta. Los internos con psicopatía suelen ser mucho más violentos que los que no la presentan, pero no solo cometen delitos que menoscaban la integridad física, psíquica y/o sexual de las personas, sino que pueden cometer cualquier otro tipo de delito.

En el caso de agresores sexuales/abusadores de menores y psicópatas, hay determinadas escalas como el PCL-R que se pueden aplicar indistintamente a uno u otro grupo, ya que según

estudios de Forth y Brown (1997) y de Hare (1999), se ha demostrado una correlación entre los rasgos psicopáticos de los agresores sexuales y un mayor componente sádico con reincidencia violenta en sus agresiones, y una marcada falta de control de impulsos en agresores sexuales de características oportunistas.

Los resultados de los siguientes inventarios y escalas, especialmente los destinados a la evaluación de internos condenados a delitos de violencia doméstica y de agresión o abuso sexual, son básicamente cualitativos. La información que nos aportan es orientativa y totalmente individualizada respecto a la evaluación de una determinada característica, al no utilizar muestras poblacionales que nos permitan comparar los resultados con otros grupos normativos.

A) Violencia doméstica

1. **Inventario de Pensamientos distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997):** consiste en un listado de 29 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del agresor relacionados con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, y aquellos que están relacionados con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver conflictos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas.
2. **Inventario de Hostilidad [BDHI] (Buss y Durkee, 1957):** pretende realizar un análisis descriptivo y cuantitativo del modo de expresión de la hostilidad preferido por un individuo. Está compuesto por 66 ítems dicotómicos que conforman 7 subescalas (Propensión al ataque o asalto, Hostilidad verbal, Hostilidad indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Sospecha) junto con una escala de Sinceridad.
3. **Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965):** versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998). Compuesta por 10 ítems tipo likert que evalúan el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento resulta útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima del sujeto. La forma con la que están planteados los ítems ayuda a controlar la aquiescencia.
4. **Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987):** consta de 6 ítems tipo likert, en los que se refleja el grado en que los problemas actuales del sujeto afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. A mayor puntuación, mayor inadaptación.

B) Agresión sexual y abuso de menores

1. **Inventario Multifásico de la sexualidad [MSI] (Nichols y Molinder, 1984):** instrumento que identifica las características psico-sexuales y evalúa el grado de negación de tales características, al igual que la evolución del agresor dentro del tratamiento. Consta de 300 ítems verdadero/falso y está compuesto por las escalas:
 - *Subtest de validez:* ítems paralelos MSI-MMPI, deseabilidad social-sexual, obsesiones sexuales, sinceridad, inmadurez y distorsiones cognitivas, justificaciones y actitudes hacia el tratamiento.
 - *Subtest de parafilias (desviación sexual):* escala de abuso de menores, de violación y de exhibicionismo.
 - *Subtest de parafilias (conducta sexual atípica):* escala de fetichismo, llamadas telefónicas obscenas, voyeurismo, esclavitud y disciplina, sadomasoquismo.
 - *Disfunción sexual:* escala de incompatibilidad sexual, eyaculación precoz, incapacidad física, impotencia.
 - Escala de conocimientos y creencias sobre la sexualidad.
 - Historia sexual.
2. **Índice de respuesta interpersonal [IRI] (Davis, 1980):** versión española de Garrido y Beneyto (1995). Consta de 28 ítems tipo likert, que miden cuatro componentes de la empatía: *toma de perspectiva* (capacidad para apreciar el punto de vista de los demás), *interés empático* (capacidad para mostrar preocupación por las personas que tienen experiencias negativas), *fantasía* (capacidad de imaginación y de identificación con personajes ficticios) y *aflicción personal* (capacidad para sentir como propias las emociones negativas de los demás).
3. **Tests de competencia situacional (Garrido y Beneyto, 1995):** en cada uno de ellos se recogen 12 ítems que describen situaciones pertenecientes a las siguientes categorías: frustración y enojo, tentación interpersonal, estados emocionales negativos y tentación intrapersonal. Trata de evaluar qué es lo que causa el impulso sexual agresivo al individuo, ya que en función de sus respuestas se determinará la presencia o ausencia de factores cognitivos, asertividad, respuestas específicas, respuestas complejas y uso de alcohol y/ o drogas.
4. **Escala de Evaluación Psicológica de Agresores Sexuales [EPAS]:** escala tipo likert que se empezó a aplicar en el año 2006 dentro de Instituciones Penitenciarias, como una de las principales pruebas que conforman el proto-

colo de evaluación de delitos sexuales, y que pretende ser un instrumento único e integrado, que sirva para evaluar las diversas variables psicológicas que el tratamiento de los agresores sexuales puede modificar. En la actualidad sigue estando en fase de validación y, por lo tanto, en proceso de estudio de su fiabilidad y validez, por Redondo, Martínez y Pérez (Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Universidad de Barcelona).

bilidad, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional.

- *Ítems adicionales:* conducta sexual promiscua, muchas relaciones matrimoniales cortas, versatilidad criminal.

Para hacer un diagnóstico correcto de psicopatía, debemos basar las conclusiones en una entrevista semi-estructurada, una revisión histórica y biográfica del evaluado, entrevistas con allegados y observación de su comportamiento.

C) Psicopatía

1. **The Hare Psychopathy Checklist - Revised [PCL-R] (Hare, 1991):** escala específica para el diagnóstico de psicopatía, se trata de una entrevista semi-estructurada que evalúa dos rasgos:

- *Factor 1 (pobreza emocional):* locuacidad/ encanto superficial, sensación grandiosa de autovalía, mentira patológica, estafador/ manipulador, ausencia de remordimientos y culpabilidad, afectos superficiales, insensibilidad/ falta de empatía, incapacidad de aceptar la responsabilidad de sus acciones.
- *Factor 2 (conducta antisocial):* necesidad de estimulación/ tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitario, control deficiente de su conducta, ausencia de metas realistas y a largo plazo, impulsividad, irresponsa-

Se ha probado su validez en población de delincuentes generales y sexuales, mujeres, adolescentes y drogodependientes. En nuestro país han sido Moltó, Poy y Torrubia (2000) los que se han encargado de validar el PCL-R en población penitenciaria española, y los resultados han constatado la homogeneidad del constructo de psicopatía en nuestra población penitenciaria. Además, también han encontrado que las escalas L y K del MMPI-2 correlacionan negativamente con el Factor 2, mientras que las escalas F, Pd y Ma correlacionan positivamente con las puntuaciones totales del PCL-R y con el Factor 2. Al comparar los resultados de la ETAPA, estos correlacionan positivamente con las puntuaciones del Factor 2 y las totales del PCL-R.

Hare y Neumann (2006) han propuesto una nueva revisión de la prueba, el *PCL-R 2ª Edición (año 2003)*, donde se plantea un nuevo modelo de evaluación de la psicopatía, el *Modelo de los Cuatro Factores*, en el que los dos factores

generales clásicos se desglosan en cuatro facetas que explican la etiología y la presencia de psicopatía:

- Factor 1: compuesto por las facetas 1 (Interpersonal) y 2 (Afectiva).
- Factor 2: compuesto por las facetas 3 (Estilo de vida) y 4 (Comportamiento antisocial).

Hay una serie de mejoras respecto a la anterior edición: consta de muchos más datos que ayudan a establecer tablas de comparación y descripción estadística para grupos escogidos, y para abordar las características de los ítems, su fiabilidad, validez, generalización y estructura factorial; además, para su validación se han incluido descriptores estadísticos procedentes de muestras con hombres y mujeres delincuentes, consumidores de sustancias, agresores sexuales, delincuentes afro-americanos, pacientes psiquiátricos y delincuentes de otros países. Este nuevo PCL-R tiene elevada fiabilidad de las puntuaciones de los diferentes ítems, y un buen nivel de consistencia interna.

2. **Psychopathy Checklist: Screening Versión [PCL: SV] (Hart, Cox y Hare, 1995):** versión reducida del PCL-R (Hare, 1991) y adaptada a muestras españolas por Cuquerella, Torrubia, Navarro, López y Genís (2001), también es una entrevista semi-estructurada que, junto con la información complementaria relativa a antecedentes biográficos del sujeto, evalúa 12 ítems para realizar el diagnóstico de psicopatía, con las

implicaciones directas respecto al futuro penitenciario y penal ulterior. Los ítems se agrupan en dos factores:

- *Factor 1* (egoísmo, insensibilidad y falta de remordimiento): Superficialidad, Pretenciosidad, Falsario/Mentiroso, Ausencia de remordimiento, Ausencia de empatía, No aceptación de responsabilidades.
- *Factor 2* (estilo de vida socialmente desviado): Impulsividad, Pobre autocontrol de conducta, Ausencia de objetivos, Irresponsabilidad, Conducta antisocial en la adolescencia, Conducta antisocial adulta.

Esta prueba la podemos utilizar como elemento de "screening", ya que el propio autor sugiere que, una vez detectado un sujeto con posible psicopatía (puntuación >18), debería afinarse el diagnóstico aplicando el PCL-R, que es mucho más exhaustivo y no da tantos falsos positivos como la versión reducida. No obstante, en los últimos años ha habido un aumento en la utilización del PCL-SV dentro del ámbito forense, por su correlato con variables penitenciarias, sociodemográficas y delictivas.

3. **MMPI-2:** a partir de esta prueba, encontramos correlaciones importantes entre las puntuaciones de determinadas escalas y posible presencia de psicopatía:
 - Según *Megargee*, el perfil típico del psicópata implicaría puntuaciones elevadas en las escalas de

- Pd y Ma, mostrando correlaciones positivas con el Factor 2 de Hare.
- Según *Millon*, los tendentes a conductas sádicas obtienen puntuaciones elevadas en Pd, Pa y Sc, y su comportamiento será especialmente violento cuando además puntúen elevado en Ma. Cuando las puntuaciones elevadas se dan en las escalas de D y Pd, el individuo tenderá a la ansiedad y arrepentimiento por sus comportamientos psicopáticos (perfil de psicopatía secundaria).
4. **Escala para el Trastorno Antisocial de la Personalidad [ETAPA] (Aluja)**: escala validada y diseñada en nuestro país, consta de 47 ítems con respuestas dicotómicas, que evalúa cuatro factores: conducta delictiva, impulsividad, inhibición de obligaciones y comportamientos disociales. Correlaciona positivamente en las investigaciones del autor con instrumentos más potentes, como la escala de Desviación psicopática del MMPI-2 y el PCL-R de Hare.
 5. **MCMI-III**: el Factor 2 del PCL-R de Hare correlaciona positivamente con la escala Antisocial (6A) de esta prueba.
 6. **EPQ-R**: subescala de Psicoticismo (P).
 7. **NEO PI-R**: el Factor 2 del PCL-R de Hare correlaciona positivamente con las escalas N5 (impulsividad) y E5 (búsqueda de sensaciones).
 8. **16 PF-5**: hay indicios de presencia de rasgos de personalidad psicopática cuando se da la siguiente puntuación en las escalas: G- (atención a las normas), F+ (dominancia), H+ (atrevimiento), O- (aprensión) y Q3- (perfeccionismo).

EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN

La *simulación* es la "producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. La simulación implica la existencia de recompensas externas, a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza consciente y deliberadamente, a diferencia de los trastornos somatomorfos" (APA, 1994). El DSM-IV-TR recoge, dentro de los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, los principales elementos de existencia de simulación (Z76.5):

1. Presentación de un contexto médico-legal.
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica y/o psicológica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen del tratamiento prescrito.

4. Concurrentemente, el sujeto puede presentar un trastorno antisocial de la personalidad.

La simulación de síntomas inexistentes o exageración de los mismos, especialmente de algún tipo de trastorno mental grave, está muy arraigada dentro del ámbito forense y, por ende, en el medio penitenciario. Normalmente la simulación viene motivada para conseguir beneficios en las medidas modificativas de responsabilidad criminal, obtener compensaciones económicas y conseguir beneficios personales a nivel tratamental y/ o regimental dentro de prisiones. Cabe decir que, en Instituciones Penitenciarias, suele haber más simulación que disimulación.

Para evaluar correctamente la simulación y establecer buenas hipótesis, es importante no tan solo realizar una completa evaluación psicológica, sino también hacer el diagnóstico diferencial entre simulación y ocultación (supresión de información consciente y voluntariamente, soslayando síntomas o conductas embarazosas y desadaptadas para evitar el rechazo, la pérdida de respeto y el castigo y que, generalmente, no implica la elaboración de mentiras); falsificación (intento consciente y deliberado de engañar al evaluador con mentiras más o menos planeadas); disimulación (negación de características de personalidad y conductas indeseables, tanto a uno mismo como a otras personas, porque afectan gravemente al autoconcepto); trastorno facticio, trastorno facticio no especificado o trastorno facticio por poderes; trastornos somatomorfos y trastorno disociativo.

A modo de guía, según Esbec y Gómez-Jarabo (1999), hay toda una serie de *elementos de sospecha de simulación de trastornos mentales*:

- Cuando existe un incentivo externo, ya sea para conseguir un premio tangible o para evitar un determinado castigo.
- Si el cuadro no encaja con la psicopatología habitual.
- Manifestación de sintomatología estafalaria: cuando los referidos síntomas o alteraciones de conducta resultan inconsistentes entre sí, o no corresponden a los datos epidemiológicos.
- Si hay sobreactuación clínica: cuando se presenta un cuadro clínico muy llamativo, con gran riqueza de síntomas o que estos sean muy sofisticados (se suelen simular cuadros muy inusuales como personalidad múltiple o psicosis con llamativas alucinaciones visuales).
- Meta-simulación: cuadro experimentado o conocido por el paciente.
- En personalidades antisociales: caracterizadas por la manipulación y la mentira.
- Resultados en tests y escalas: cuando hay alteración en las respuestas (existe elevación en casi todas las escalas de un test, o un rendimiento deficitario en distin-

- tas escalas intelectuales) y en las escalas de validez de las pruebas psicométricas.
- Si el testimonio o cuadro clínico es inestable, inconsistente o muy estructurado.
- Si existen dudas o contradicciones.
- Cuando los datos son narrados, no vivenciados.
- Correlatos emocionales o curso no habitual: es sospechoso un curso anómalo del trastorno (por ejemplo la aparición brusca del trastorno o a una edad muy tardía), cuando las emociones no siguen el desarrollo típico o son inapropiadas para el trastorno presentado.
- Aparición de alucinaciones auditivas con órdenes tácitas de “come-te un delito”.
- Exhibicionismo del cuadro clínico: el sujeto resulta demasiado abordable por parte del evaluador, recreando su sintomatología con facilidad o con delirios inusualmente verbalizados.
- El sujeto no busca soluciones ni ayuda alguna.
- Si acaban apareciendo signos evidentes de agotamiento: es difícil mantener durante largo tiempo la simulación de un trastorno.
- Ausencia de sintomatología actual y de signos residuales.
- Hay discrepancias acusadas entre el lenguaje verbal y el no-verbal.
- Ausencia de sintomatología sutil: solo se fingen los síntomas más conocidos.
- Ausencia de respuesta al tratamiento convencional.

Sin duda, el principal instrumento para saber si existe simulación es la **entrevista**, ya que a partir de ella podemos empezar a detectar indicios, que pueden ser confirmados o refutados mediante otras técnicas de evaluación concurrentes. No existe, dentro del medio penitenciario, ningún tipo de entrevista concreta que evalúe específicamente la simulación, pero sí que cuanto más elaborado sea el discurso, más dudas debemos tener respecto a lo que nos cuenta el interno. A modo de ejemplo citar a Steller (1989), que desarrolló una entrevista semi-estructurada para el análisis del discurso, es decir, para evaluar el realismo de una narración: el CBCA (Análisis del Contenido de la Declaración Basado en Criterios). Este tipo de entrevista se creó específicamente para los casos de víctimas de abusos sexuales y de maltrato, pero nos puede ayudar a hacernos una idea de qué elementos son los importantes a tener en cuenta, a la hora de evaluar clínicamente la presencia de simulación. En ella se evalúan 19 aspectos criteriosales que deben aparecer en cualquier narración: cuanto más aspectos aparezcan en la narración, mayor credibilidad y realismo tendrá el discurso del individuo entrevistado.

En el momento de realizar la entrevista, según Ekman y Friesen (1992) debemos fijarnos en toda una serie de **indicadores observables** para la detección de simulación, relacionados directamente con los correlatos emocionales que se manifiestan en las respuestas que dan los individuos durante la evaluación, como son: el tono y la intensidad de la voz varían significativamente ante la mentira; la velocidad del fraseo es lenta y evasiva; se producen pausas y errores en el discurso, y este se narra de manera indirecta, sin detalles o evitando entrar en ellos; lapsus en el discurso; respiración entrecortada y superficial; sudoración; expresiones faciales que no concuerdan con la afectividad que debería tener lo narrado; se evita el contacto ocular, aumenta la frecuencia de parpadeo y se observa dilatación pupilar; rubor y palidez facial.

Los cuestionarios, inventarios y escalas ocupan un lugar prioritario en la evaluación psicológica actual y, gracias a sus escalas de sinceridad, nos permiten detectar de una manera bastante fiable los casos de simulación y disimulación. Dentro de la evaluación forense, por los buenos resultados que arrojan y por la posibilidad de manejarlas dentro del contexto penitenciario, las **pruebas psicométricas** más utilizadas para tal efecto son las siguientes:

a) MMPI-2

Cuando nos encontramos con dificultades para discernir entre perfiles atípicos de aquellos que realmente presentan alteraciones psicopatológicas impor-

tales, utilizamos el *Índice de Gough*, que nos ayudará a evaluar tanto el fingimiento como la defensividad. Gough propuso utilizar la diferencia entre las puntuaciones directas F y K, de manera que si el resultado de F-K es P.D.>-9 (-15) indica que hay fingimiento, en el sentido de ir ofreciendo una buena imagen, mientras que si P.D.>+9 (+15), habría una tendencia a dar mala imagen de uno mismo como estrategia de defensividad del interno. Según Sánchez (2000), para una mejor interpretación de este índice, en casos necesarios nos podemos ayudar de las variables F, Fb, Fp, IR y /F-Fb/ con las que correlaciona de forma altamente positiva, mientras que lo hace de forma negativa con las variables L, K, S y Mp/ODecp.

En la nueva versión del MMPI se han añadido dos nuevas escalas de validez: la escala VRIN (respuestas aleatorias) y la TRIN (aquiescencia), que también podemos tener en cuenta para evaluar finalmente todo lo relacionado con la simulación. Las puntuaciones obtenidas a través de ellas nos proporcionan un índice de la tendencia del interno a responder los ítems de forma inconsistente, incoherente o contradictoria. Cuando VRIN se muestra bajo y hay puntuaciones elevadas en F, Fb y Fp, es cuando debemos pensar que, o realmente existe psicopatología o, por el contrario, se da una exageración de los síntomas o fingimiento de los mismos. Así como la escala VRIN nos puede ayudar a detectar la presencia de simulación, la TRIN no parece discriminar adecuadamente los internos que intentan falsificar, fingir o mostrar algún tipo de defensividad en la evaluación.

Así pues, en función de los resultados podemos encontrarnos con:

- *Simulación (fingimiento negativo)*: cuando $F-K > +9$ (+15). Exagerar, de manera deliberada, los síntomas de una enfermedad, trastorno mental o incapacidad. Los internos intentan presentarse de manera desfavorable, negativa y desajustada física y/o psicológicamente. Se da cuando la escala F es significativamente elevada.
- *Disimulación (fingimiento positivo)*: cuando $F-K > -9$ (-15). Los internos intentan mostrar una imagen positiva de sí mismos, que están bien ajustados física y/o psicológicamente o cuando intentan minimizar u ocultar, de manera deliberada, los síntomas de una enfermedad, trastorno mental o incapacidad. Se da cuando las escalas L y K son significativamente elevadas, junto con la existencia de un perfil de puntuaciones del conjunto de las escalas clínicas básicas anormalmente bajo.

No obstante, para detectar correctamente simulación o disimulación de síntomas, es imprescindible tener en cuenta el conjunto de puntuaciones de las principales escalas de la prueba, ya que nos ayudará a conformar el perfil de personalidad de los internos. Así, tenemos que descartar que haya habido confusión o problemas de lectura, tendencia a responder al azar o patología severa.

b) MCMI-III

Para evaluar la posible tendencia de los sujetos a simular, disimular o sobre-simular, se han desarrollado una serie de índices correctores:

- *Índice de Validez (V)*: identificación de las tendencias extremas de respuesta, las que suponen una notable confusión mental o un comportamiento negativista extremo. Cuando hay deseo de evitar mostrarse a sí mismos tal y como son.
- *Índice de Sinceridad (X)*: se centra en la sinceridad y franqueza. Si $TB < 35$, nos indica una posible falta de sinceridad a la hora de plantear sus problemas psicológicos.
- *Medida de Deseabilidad (Y)*: evalúa la tendencia a causar una buena impresión, aparecer mentalmente sano, negar ser poco atractivo o tener alguna problemática peculiar. Relacionada con el concepto de *disimulación*. Si $TB > 75$, indica la tendencia a presentarse de forma favorable, ocultando problemas.
- *Medida de Alteración (Z)*: tendencia a degradarse a sí mismos, a acentuar su angustia psicológica y a exhibir su vulnerabilidad emocional. Relacionado con el concepto de sobre-simulación. Cuando la puntuación de la escala es $TB > 75$, el sujeto tiende a mostrar una mala imagen de sí mismo, exagerando los problemas.

- *Índice Negatividad/ Hacerse el enfermo (DC)*: cuando existe la necesidad de llevar a cabo una modificación adicional sobre las puntuaciones TB, debido a la defensividad de los sujetos que presentan las puntuaciones más altas en las escalas básicas de personalidad compulsiva, narcisista o histriónica.

Así pues, en función de la combinación de los resultados obtenidos concluimos que:

Puntuaciones bajas en las escalas X y Z y altas en la escala Y: cuando los internos tienden a presentarse demasiado ajustados psicológicamente, o lo que es lo mismo, cuando tienden a dar *buena imagen*.

Baja puntuación en la escala Y, y altas en X y Z: cuando los sujetos presentan mal ajuste psicológico, o cuando intentan dar una *mala imagen* de sí mismos.

c) 16 PF-5

Podemos evaluarla a través de los resultados en las siguientes escalas:

- *Manipulación de la imagen (MI)*: cuando las puntuaciones son elevadas, se tiende a dar buena imagen de sí mismo, dando respuestas socialmente deseables (no obstante, en algunos casos, puede ser también un signo de adaptación inteligente a las demandas del entorno). Cuando

son bajas, es tendencia a proyectar una mala imagen de sí mismo, admitiendo rasgos o conductas socialmente no deseables.

- *Infrecuencia (IN)*: cuando las puntuaciones son elevadas es porque se tiende a evitar dar mala impresión.

- *Aquiescencia (AQ)*: al haber puntuaciones elevadas, es debido a que se quiere reflejar mala imagen o necesidad de aprobación del examinador.

d) SCL-90-R

Existen indicios de simulación o disimulación cuando PST, es decir, la escala total de síntomas positivos, que hace referencia a la amplitud sintomatológica, tiene una puntuación de:

- *Disimulación*: PST \leq 3 (hombres) o \leq 4 (mujeres)
- *Simulación*: PST \geq 50 (hombres) o \geq 60 (mujeres)

e) Pruebas neuropsicológicas

Según Muñoz, Gancedo, Cid y Ruano (1997), para evaluar posible simulación en sujetos que han llevado a cabo pruebas neuropsicológicas, hay que tener en cuenta:

- Si existen discrepancias entre el rendimiento cotidiano y el rendimiento en diversas pruebas, que

valoran posibles discapacidades relacionadas con la actividad diaria.

- Si se dan discrepancias en el resultado obtenido con diversas pruebas de formato diferente, pero que valoran patrones de funcionamiento similares.
- En pruebas de baja dificultad o en pruebas de elección forzada, la ejecución de los simuladores es generalmente inferior a la observada en pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado/severo o pacientes con Alzheimer.
- En pruebas de baja dificultad o en pruebas de elección forzada, los simuladores obtienen un rendimiento inferior al esperado por azar.
- Cuando hay incompatibilidad entre los resultados de las pruebas y el perfil de los síntomas propios de las lesiones neurológicas subyacentes.
- Inconsistencia entre las respuestas del interno: falla en tareas fáciles y contesta bien a preguntas que implican los mismos procesos cognitivos o que exploran las mismas habilidades.
- Cuando hay un pobre rendimiento en tareas motoras y sensoriales, y actuación normal en tareas que valoran capacidades cognitivas específicas como la memoria.

VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICODIAGNÓSTICAS

En la literatura científica de los últimos años, se han ido recopilando multitud de estudios que hacen referencia a alguna de las pruebas psicométricas mencionadas. Dichos estudios avalan la utilización de estas pruebas dentro del ámbito de la Psicología Forense, presentando ventajas comunes tales como: la objetividad, que debe ser fundamental tanto en la puntuación como en la interpretación; el estar construidas sobre una base empírica; las podemos utilizar como ayuda para predecir el comportamiento futuro de los internos y, así, su posible reincidencia. A continuación, se exponen razones científicas y empíricas de las pruebas más utilizadas para este tipo de evaluación forense, y que nos ayudan a justificar su acertado uso dentro de Instituciones Penitenciarias:

a) MMPI

A raíz de estudios llevados a cabo en EEUU durante los años noventa, se llegó a la conclusión que esta prueba era una de las más utilizadas en el ámbito forense, ya que aportaba buena fiabilidad cuando se trataba de evaluar determinadas características de la personalidad, especialmente en los casos de responsabilidad penal. Referente a la adaptación española y en la aplicación dentro del ámbito forense, esta prueba por sí sola detecta cuando existe simulación sin necesidad de implementar otro tipo de estrategia. Hay una serie de razones, mucho más concretas, que nos justifican

su adecuada utilización dentro del medio penitenciario:

- El MMPI-2 evalúa la sintomatología específica implicada en los diferentes trastornos mentales o emocionales, y su posible relación causal con el delito cometido. Ha sido el inventario que más volumen de publicación e investigación ha generado dentro de este campo.
- En estudios norteamericanos, ha habido dos líneas de investigación forense con el MMPI-2: la primera es la que intenta predecir el comportamiento criminal de las personas dentro del ámbito de la justicia. La segunda, la que intenta caracterizar y hacer tipologías de distintos tipos de criminales, en función de su comportamiento habitual.
- Se ha utilizado para estudiar la presencia de simulación o disimulación, estrategia comúnmente usada por los internos para la consecución de cualquier tipo de beneficios, dentro de todo su proceso tratamental-penitenciario. A modo de ejemplo, mencionar el estudio de Hawk y Cornell (1989): utilizando una muestra de sujetos psicóticos, criminales y normales, llegaron a la conclusión que la prueba discriminaba fielmente los sujetos que intentaban fingir de los que realmente presentaban sintomatología psicótica, por lo que el MMPI es útil para detectar el fingimiento intencionado cuando los internos cooperan con la prueba.
- Nos ayuda a evaluar objetivamente las características antisociales de los internos, a través de la escala de Pd, y la aportación de las escalas Hostilidad Controlada y Conductas antisociales.
- Según Jiménez y Sánchez (2003), al ser una técnica que evalúa las dimensiones o rasgos de personalidad, se están evaluando aspectos relativamente estables y duraderos de la vida del sujeto, lo que nos permite predecir futuros comportamientos y formas de responder a los diversos tratamientos o tipos de rehabilitación seguidos por los internos. Por lo tanto, es una prueba adecuada para valorar, en parte, la peligrosidad y el riesgo de reincidencia.

El MMPI-2 ha servido como base para estudiar, en ambientes penitenciarios, el comportamiento agresivo y su predicción de la violencia. Megargee y Carbo-nell (1994) llevaron a cabo una investigación longitudinal en el Federal Correctional Institution (Florida), distinguiendo entre delincuentes violentos que únicamente habían cometido un solo acto delictivo, de aquellos que tenía un comportamiento violento repetitivo. Los resultados mostraron que este último grupo (comportamiento violento repetitivo) presentaba puntuaciones significativamente más altas en las escalas K, Hs, D, Pd, Pt, Sc y Ma, que el grupo que solamente había cometido un hecho violento, incluso a pesar de que éste también presentaba puntuaciones elevadas (las puntuaciones fueron bastante

congruentes con las características de personalidad de los internos). Tales resultados nos indican que es factible utilizar esta prueba dentro del contexto en el que trabajamos diariamente.

Megargee "et al" (1979, 1994) desarrollaron, a través de los datos aportados por el MMPI, por variables demográficas y por el comportamiento en prisión, un sistema mediante el cual se hicieron tipologías y clasificaciones de internos en EEUU, identificando así diez tipos de criminales, agrupándolos en unos determinados perfiles. Aún y las críticas que ha recibido este sistema (entre ellas, la de la escasa estabilidad de estas tipologías en la personalidad de los internos a lo largo del tiempo), la verdad es que las escalas que más veces aparecen elevadas en todos estos grupos, son las de Pd, D y Ma, coincidiendo plenamente con otros estudios similares hechos al respecto.

También se han llevado a cabo investigaciones sobre la relación existente entre los resultados del MMPI-2 y las drogodependencias: se dan puntuaciones significativamente elevadas en las escalas Pd y D, lo que concuerda con estudios clínicos en los que se demuestra una correlación entre toxicomanía y trastornos depresivos y/o características sociopáticas de la personalidad.

En los últimos años, se han llevado a cabo diversos estudios con el MMPI-2, realizados a internos de Centros Penitenciarios españoles:

1. Según Esbec (2000), la escala Pd es la más discriminativa para la

delincuencia, e incluso nos sirve para diferenciar delincuentes violentos (asaltos, robos, abuso sexual, homicidio) de los no violentos, ayudando de esta manera a discriminar la peligrosidad criminal. No obstante, en un estudio realizado en el Centro Penitenciario de Tenerife, no se encontraron diferencias significativas entre los perfiles de penados por delitos contra las personas, por agresiones sexuales o por robos, lo que es indicativo que la población reclusa española tiende a homogeneizarse.

2. Jiménez (2002) constató una tendencia a presentar una elevación en las puntuaciones de las escalas L, Pa, Pd, O-H (hostilidad controlada) y Mac-R (consumo o abuso de sustancias), que son totalmente congruentes con los perfiles de las personalidades delincuenciales.
3. Kirchner (2003) a partir del MMPI-2 y del Coping Responses Inventory-Adult Form (CRI-A), estudió la relación entre las estrategias de afrontamiento de situaciones estresógenas y el nivel de psicopatología de los internos del Centro Penitenciario de jóvenes de Barcelona. De los resultados se desprende que:
 - Hay una relación significativa entre la escala Descarga emocional del CRI-A y el MMPI-2; por otra parte, la escala de Reevaluación Positiva correlaciona negativamente con las

escalas D, Pa e Si, lo que nos indica que internos con comportamientos depresivos, paranoides y de introversión social, efectúan con menor frecuencia reevaluaciones positivas de la situación. Así pues, las tres estrategias de afrontamiento con mayor poder explicativo de la sintomatología psicopatológica son: Aceptación-resignación, Reevaluación positiva y Descarga emocional. Por lo tanto, existe correlación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas durante la reclusión, y el nivel de psicopatología expresada.

- Parte de su estudio fue sobre los ejes factoriales, obteniendo tres diferentes: Factor I, relacionado con los trastornos psicóticos y compuesto por Ma, Sc, Pt, Pd y Pa (es en este grupo en el que se da un mayor índice de sintomatología expresada); Factor II, vinculado con el comportamiento inhibido-deprimido y compuesto por las escalas Si, D y Pt; y Factor III, relacionado con las conductas somatoformes (escalas Hy e Hs).
- La única escala del MMPI-2 que correlaciona significativamente con el tiempo de reclusión (con un nivel de probabilidad muy ajustado) es Pd. No obstante, esta variable sí que afecta más al grupo "inhibido" (D e Si) y "somatoforme" (Hs e Hy), lo que podría relacionarse

con la adaptación a las circunstancias y la somatización del estrés inicial que conlleva la privación de libertad.

- No hay diferencias significativas en relación con la situación penitenciaria (preventivos vs. penados), en ninguna de las escalas clínicas ni de validación del MMPI-2.

b) MCMI

Es uno de los mejores instrumentos de evaluación de la personalidad empleados en la actualidad para valoraciones forenses, aunque la última versión (MCMI-III) necesita un soporte científico y empírico más amplio dentro del contexto forense en el que nos movemos. Hay múltiples razones para utilizar el MCMI en el ámbito penitenciario:

- Como uno de los principales objetivos es el de evaluar y comprender los principales rasgos psicológicos de la personalidad de los sujetos, esto es lo que se consigue a partir del MCMI-II, aportándonos información de los Ejes I y II del DSM-III-R y del DSM-IV.
- Obtenemos "información sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales, y también sobre aquellas que se encuentran involucradas en distintos procesos judiciales" (Jiménez, 2003).
- En España se ha realizado una baremación con sujetos (hombres y mujeres) toxicómanos, por lo que,

teniendo en cuenta el gran volumen de drogodependientes que tenemos en los Centros, se puede considerar un instrumento de evaluación bastante óptimo para su utilización dentro de prisiones.

- Es una prueba apropiada para evaluar el estado mental en el momento del delito, el tratamiento y/o rehabilitación, la peligrosidad potencial, determinar una discapacidad o la madurez emocional en función de ciertas competencias.
- Se ha utilizado el MCMI para realizar investigaciones en casos de agresores sexuales, violencia doméstica, delincuencia juvenil y evaluación de la imputabilidad. Algunos estudios, entre ellos los de Bard & Knight (1987), lo han usado para identificar tipologías de agresores sexuales, y otros han hecho lo mismo pero con características de personalidad de maltratadores (Hamberger & Hastings, 1986, 1989; Lohr, Hamberger & Bonge, 1988).
- En investigaciones realizadas por Craig "et al" (1985), utilizaron el MCMI como herramienta diagnóstica para el trastorno por abuso de drogas o de alcohol, y encontraron que, no tan solo ambos se podían diagnosticar de una manera bastante fiable, sino que además existían diferencias significativas entre los dos grupos: mientras los alcohólicos mostraban puntuaciones más altas en las escalas de Dependencia, Evitación, Esquizotípica y

Límite, los adictos a los opiáceos puntuaron más alto en las escalas Narcisista, Histriónica y Antisocial. Por otra parte, McMahon "et al" (1986) encontraron que los alcohólicos con depresiones persistentes, presentaban una configuración evitativa de la personalidad.

En la versión original del MCMI-III se adaptó una nueva forma, el MCMI-III-C (forma Correccional), para los psicólogos que trabajamos en Instituciones Penitenciarias. Una pequeña parte de la baremación (15%) se llevó a cabo con internos, y con las peculiaridades propias de ese tipo de personalidades. Había internos que se encontraban cumpliendo su primer año de condena, otros que llevaban entre uno y dos años, y un tercer grupo que se encontraba en tratamiento psicoterapéutico o siguiendo un programa de rehabilitación. Esta versión aportó nuevas variables: Reacción a la autoridad, Potencial de violencia, Predisposición a la impulsividad, Agresor sexual/ victimización, Potencial suicidio y Susceptibilidad para el tratamiento/rehabilitación (Jiménez, 2003), variables que nos indican que sería una prueba muy acotada a la evaluación de la "personalidad delincuencial".

c) PCL-R / PCL-SV

Atendiendo a los datos obtenidos durante los últimos años en el contexto penitenciario, se pueden considerar como instrumentos de evaluación diagnóstica válidos y fiables psicométricamente, en cuanto a la gravedad de las infracciones cometidas por un sujeto, su

riesgo de reincidencia delictiva y sus limitaciones a la hora de seguir un tratamiento terapéutico.

1. *PCL-R*: en el estudio realizado por Chico Librán y Tous Ral (2003) a internos de una prisión catalana, se ha constatado una elevada fiabilidad y una buena consistencia interna, con valores similares a los obtenidos por Hare (1991). En dicho estudio, los resultados nos muestran que:

- Esta prueba correlaciona positivamente con la escala Pd del MMPI-2 y la escala P del EPQ-R, lo que nos confirma la validez convergente del PCL-R.
- A partir de las características psicométricas de la versión española, se le puede considerar un instrumento relativamente válido y fiable a la hora de determinar niveles de psicopatía en poblaciones criminales.
- Los resultados son indicativos de una adecuada validez predictiva.
- El Factor 1 es el más prototípico de la psicopatía: son los factores de personalidad los directamente responsables de las conductas agresivas, violentas y criminales.

2. *PCL-SV*: de los resultados del estudio realizado en población penitenciaria española por Cuquerella "et al" (2003), se desprende lo siguiente:

- Es necesario seguir realizando estudios con el PCL-SV, pero con

muestras mayores a las utilizadas hasta el momento, para que los resultados sean estadísticamente más significativos y, por tanto, extrapolables al conjunto penitenciario de nuestro país.

- Existen correlaciones positivas entre las variables utilizadas por los investigadores españoles, y los dos factores de la prueba, que apuntan hacia la idoneidad de su utilización.
- El estudio muestra que, combinando los Factores 1 y 2 del PCL respecto a la puntuación del PCL-SV, podemos aproximarnos a la descripción de distintos perfiles de internos españoles: delincuentes comunes; delincuentes con características psicopáticas; delincuentes con características sociopáticas (compatible con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad) y delincuentes con psicopatía clínicamente significativa.

La aplicación de estas dos pruebas en la evaluación diagnóstica y pronóstica dentro del ámbito no solo penitenciario sino también judicial, es ya un hecho en el mundo anglosajón desde hace varias décadas. Son, pues, unos instrumentos útiles en la evaluación pericial, jurídica y regimental de delincuentes con perfil psicopático en España.

d) NEO PI-R

La utilización del modelo de los cinco factores, que está en la base teórica y

empírica de esta prueba, ha sido muy difundida en las últimas décadas, con numerosos estudios que han confirmado su validez como inventario para evaluar la personalidad. Hay un estudio interesante desde el punto de vista forense (Widiger *et al*, 1994), en el que se muestra la relación existente entre las puntuaciones de las variables del NEO PI-R y los criterios diagnósticos de los principales trastornos de personalidad.

e) Cuestionario Big Five

Se han encontrado correlaciones de los diferentes factores del BFQ con las dimensiones del Eje II del DSM, principalmente con desordenes de personalidad de tipo paranoide, esquizoide, histriónico, narcisista, antisocial, borderline, evitador y dependiente.

Además, la dimensión Estabilidad emocional puede aportarnos información sobre el interno maltratador, ya que está configurada por las subescalas Control de las emociones y Control de los impulsos, dos áreas en las que los condenados por violencia doméstica suelen presentar marcados déficits de sus capacidades personales.

f) EPQ/ EPQ-R

1. *EPQ*: Gomà-i-Freixanet, Grande Pérez, Valero i Ventura y Puntí i Vidal (2001), realizaron una investigación sobre las diferencias en el grado de conducta antisocial entre tres grupos de sujetos (universitarios, estudiantes del último curso de instituto e internos pro-

cedentes de tres instituciones penitenciarias). Los resultados obtenidos confirman la relación positiva entre conducta delictiva autoinformada y Psicoticismo-Neuroticismo; aunque también existe correlación con la dimensión Extraversión, parece que esta se estima mejor a partir del rasgo Búsqueda de sensaciones, concretamente desde la Impulsividad. Esto confirma una vez más la relación entre conducta antisocial y la teoría de personalidad de Eysenck: las dimensiones P y N, y la de E a nivel de rasgos primarios, están relacionadas con el comportamiento antisocial en sujetos adultos reclusos. De los resultados del estudio, también se desprende que un elevado Neuroticismo va parejo a una mayor delincuencia autoinformada, lo que es indicativo de un mayor número de actos delictivos cometidos y, por lo tanto, de una probable mayor reincidencia en el futuro.

2. *EPQ-R*: Rebollo, Herrero y Colom (2002) llevaron a cabo una investigación con esta prueba en población penitenciaria española (internos, tanto hombres como mujeres, de diversos Centros Penitenciarios de Madrid). Sus resultados confirman una vez más la clásica teoría sobre la personalidad criminal de Eysenck: también en España, la muestra de presos obtuvo mayor puntuación en las tres escalas (P, E y N) que no la muestra de no-delincuentes. La escala cuya puntuación es más significativa es la de N, seguida de P y de E. En la muestra de delincuentes no existen diferencias significativas entre sexos, por lo que parece ser que, a la hora de la predicción del comportamiento criminal, no es tan determinante el sexo como los factores

de personalidad. Así pues, las personas con conductas antisociales obtienen puntuaciones más elevadas en E y N, al ser las personalidades neuróticas y extrovertidas menos vulnerables al proceso de socialización y, por lo tanto, con una mayor vulnerabilidad personal a presentar comportamientos antisociales. A lo que dimensión Psicoticismo se refiere, se muestra siempre como una característica determinante de las personas antisociales.

g) Raven

En una investigación realizada por Chico Librán (1997) sobre el rendimiento de un grupo de delincuentes españoles (internos del Centro Penitenciario de Tarragona) y otro de no-delincuentes, ambos con similar nivel educacional y cultural, obtuvo que las puntuaciones directas del grupo de delincuentes eran significativamente más bajas que el grupo control. De los resultados del estudio de las cargas factoriales que hizo de la prueba, se puede pensar que a niveles más altos de "g", los sujetos delincuentes rinden peor que los no-delincuentes en la serie de más dificultad.

h) Escala de búsqueda de sensaciones

Gomà-i-Freixanet, Grande Pérez, Valero i Ventura y Puntí i Vidal (2001), realizaron una investigación sobre las diferencias en el grado de conducta antisocial entre tres grupos de sujetos (estudiantes del último curso de instituto, universitarios e internos procedentes

de tres instituciones penitenciarias), utilizando conjuntamente la Escala de búsqueda de sensaciones y el EPQ. Los resultados obtenidos confirmaron que la dimensión Extraversión parece que se estima mejor a partir del rasgo Búsqueda de sensaciones, que no del EPQ. Los datos mostraron que las personas antisociales puntuaron más alto en la Escala de búsqueda de sensaciones, que no los otros dos grupos no-delincuenciales. Así pues, hallaron que la conducta delictiva autoinformada correlaciona positivamente con la Escala de búsqueda de sensaciones y con tres de sus subescalas: Búsqueda de experiencias, Desinhibición y Susceptibilidad al aburrimiento. Además, el rasgo Búsqueda de sensaciones es un buen correlato del comportamiento delictivo tanto en jóvenes como en adultos, en ambos géneros y en poblaciones normativas o no.

CONCLUSIONES

A lo largo de los últimos años, dentro del ámbito de Instituciones Penitenciarias nos encontramos en un momento de auge de la Psicología, especialmente a lo que tratamiento se refiere, pero que también se ve reflejado en el mayor número de investigaciones que se llevan a cabo dentro de las prisiones. Como hemos visto, son muchos los estudios españoles y de otros países que avalan la utilización de las pruebas psicodiagnósticas tradicionales dentro del medio penitenciario, y que nos ayudan a realizar evaluaciones exhaustivas que facilitan información sobre la personalidad, el comportamiento violento y la probabilidad de reincidencia de los internos. Si

bien en prisiones muchas veces tenemos el inconveniente de la ratio internos-profesionales a la hora de trabajar (demasiado elevadas para cada profesional), es importante que siempre que podamos utilizemos este tipo de pruebas como complemento de las entrevistas, sin duda base fundamental de cualquier tipo de evaluación forense. Por lo tanto, deben apoyarse más las investigaciones que se realizan en este medio, porque quizás, en un futuro, podamos crear instrumentos específicos para utilizar dentro de los centros penitenciarios, y aun teniendo muy en cuenta las muestras de comparación, ir acotando las pruebas a las características propias de

la "personalidad delincencial". No obstante, no podemos olvidar un problema insoslayable: el perfil delincencial ha cambiado mucho a lo largo de los últimos veinte años y, por ende, puede seguir cambiando en los próximos veinte. De todas maneras, aún y este obstáculo, tenemos que mirar al futuro y al amplio abanico de posibilidades que nos ofrecen este tipo de pruebas, no tan solo a la hora de obtener información objetiva sobre nuestros internos, sino también de establecer características comunes entre ellos, y predecir su comportamiento futuro y posibilidad de reincidencia, tarea básica y fundamental dentro de nuestro trabajo diario.

REFERENCIAS

- Bobes García, J.; García-Portilla, M.P.; Bascarán Fernández, M.T.; Sáiz Martínez, P.A. y Bousoño García, M. (2002). *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Caballo, Vicente [dir.] (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Chico Librán, E. (1997). La invarianza en la estructura factorial del Raven en grupos de delincuentes y no delincuentes. *Psicothema*, 9 (1), 47-55.
- Chico Librán, E. y Tous Ral, J.M. (2003) Estructura factorial y validez discriminante del listado de psicopatía de Hare revisado. *Psicothema*, 15 (4), 667-672.
- Cuquerella, Torrubia, Navarro, López y Genís (2002). *Evaluación médico-forense del trastorno psicopático de la personalidad con la PCL:SV: resultados en una muestra penitenciaria*. En www.forense.org/contenidos/psiquiatria/comun_resul_psicop.htm
- Cuquerella, Torrubia, Subirana, Mohino, Planchat, Orós, Navarro, López y Genís (2003). *Aplicación de la Psychopathy Checklist Screening Versión (PCL:SV) en una muestra forense*. En www.psiquiatria.com
- Esbec Rodríguez, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de los trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 4, 7-24.
- Esbec Rodríguez, E. y Gómez Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Gomà-i-Freixanet, M.; Grande Pérez, I.; Valero i Ventura, S. y Puntí i Vidal, J. (2001). Personalidad y conducta delictiva autoinformada en adultos jóvenes. *Psicothema*, 13 (2), 252-257.
- González Ordi, H. y Gancedo Rojí, M. (1999). Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En *Psicología de la rehabilitación*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Hare, R.D. y Neumann, C.S. (2006). The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development, Structural Properties and New Directions. En *Handbook of Psychopathy*. C. Patrick (Ed.). New York: Guilford.
- Jiménez Gómez, F. [coord.] (2001). *Evaluación psicológica forense (1). Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Jiménez Gómez, F. [coord.] (2001). *Evaluación psicológica forense (3). Ámbitos delictivos, laboral y elaboración de informes*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Jiménez Gómez, F. y Sánchez Crespo, G. (2003). *Evaluación psicológica forense (4). Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica*, 2 (3), 199-211.
- Rebollo, I.; Herrero, O. y Colom, R. (2002). Personality in imprisoned and non-imprisoned people: evidence from the EPQ-R. *Psicothema*, 14 (3), 540-543.
- Sierra, J.C.; Jiménez, E.M. y Buena-Casal, G. [coords.] (2006). *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Vázquez Mezquita, B. (2005). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.