

AUTOINFORMES Y ENTREVISTAS EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA FORENSE: LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS

Enrique Echeburúa¹

Pedro J. Amor²

Paz de Corral¹

- (1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco
- (2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNED

RESUMEN

En este artículo se hace un estudio de revisión sobre los nuevos desarrollos para el uso efectivo de la evaluación psicológica en la práctica clínica forense. Se describen las dificultades más habituales en la evaluación de los trastornos mentales en el contexto forense. Asimismo se analizan las variables relacionadas con el uso responsable de los tests en un ámbito sujeto a controversia. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para las investigaciones futuras en este ámbito.

Palabras clave: *EVALUACIÓN CLÍNICA. DIFICULTADES. CONTEXTO FORENSE.*

SUMMARY

The aim of this paper was to identify some developments that have a bearing on the effective use of psychological assessment in the clinical forensic practice. The most common difficulties in assessment of mental disorders in the forensic context are described. Considerations relating to the responsible use of tests is of paramount importance and highly subject to formal adversarial challenges. Finally, implications of this study for future research in this field are commented upon.

Key words: *CLINICAL ASSESSMENT. DIFFICULTIES. FORENSIC CONTEXT.*

INTRODUCCIÓN

No hay más que echar un vistazo a las publicaciones recientes para percatarse de que en las dos últimas décadas se ha producido un desarrollo espectacular de los instrumentos de medida en el ámbito de los trastornos mentales y de la psicología de la salud (*cfr.* Comeche, Díaz y Vallejo, 1995; Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003; Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y Vicente, 2002; Muñoz, 2003).

La evaluación de los trastornos mentales se ha realizado con diferentes sistemas de medida: entrevistas (más o menos estructuradas), autoinformes (cuestionarios, inventarios y escalas), pruebas de observación y registros psicofisiológicos. La variedad de los sistemas de medida sólo puede justificarse si aparece información de forma independiente sobre el estado inicial del paciente o sobre los resultados del tratamiento. Sin embargo, muchas medidas correlacionan altamente entre sí y no aportan informaciones significativas, excepto que contribuyen a aumentar la fiabilidad de la evaluación. De este modo, los autoinformes, desde una perspectiva de costes y beneficios, son preferibles a las pruebas de observación (costosas y difíciles de organizar) y a los registros psicofisiológicos, que presentan muchos problemas metodológicos.

Es decir, los autoinformes, junto con las entrevistas estructuradas, dan acceso a una información rápida, razonablemente fiable y que correlaciona satisfactoriamente con los otros tipos de medidas. Más en concreto, los cuestionarios o inventarios, sobre todo cuando están estructurados en escalas de tipo Likert, permiten explorar un abanico muy amplio de conductas (inaccesibles muchas de ellas a la observación directa) en un tiempo relativamente breve (Echeburúa, 1996a).

Por ello, el reto de la investigación en este ámbito es diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos, que cuenten con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptados o validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos.

Sin embargo, la psicología clínica forense cuenta con una dificultad adicional. Los peritos pueden disponer de instrumentos de medida adecuados, pero el sujeto puede no colaborar en la evaluación y falsear, más o menos conscientemente, las respuestas para obtener un beneficio o evitar un perjuicio. Ya no se trata, por tanto, del uso de herramientas inapropiadas, sino del control de las *respuestas inadecuadas* a los *instrumentos* (autoinformes y entrevistas) *adecuados*. De hecho, muchos autoinformes de síntomas psicopatológicos son muy vulnerables a la manipulación, que reviste, habitualmente, la forma de una simulación de los síntomas o de una exageración (sobresimulación) de síntomas leves (Calcedo, 2000).

Los trastornos mentales más propicios para el fingimiento (simulación) son el trastorno de estrés postraumático, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental. A su vez, la ocultación de síntomas para conseguir algún beneficio (disimulación) -en todo caso, menos frecuente que la simulación- es más habitual en la depresión, en la paranoia y en el alcoholismo (Delgado, Esbec y Rodríguez, 1994).

En este sentido el objetivo de este artículo es plantear las fuentes de error más comunes en los cuestionarios y en las entrevistas, analizar los mecanismos de control existentes, plantear las insuficiencias detectadas y señalar vías de solución integradoras en el ámbito de la psicología clínica forense.

DISTORSIONES O FUENTES DE ERROR EN LOS AUTOINFORMES

Los cuestionarios consisten en listas de preguntas sobre formas de conducta, referencias personales, sentimientos, actitudes, opiniones, etcétera, a las que el sujeto debe responder refiriéndose a sí mismo (Sánchez Blanqué y Gisbert, 1994).

En cuanto al contenido de los ítems, la objetividad de la información depende de la claridad con la que estén formuladas las preguntas. Cuanto más alejada en el tiempo esté o más ambigua sea la información que se pide al sujeto, mayor será la probabilidad de que se produzca una distorsión importante debida al olvido o a la inconcreción, respectivamente. Asimismo habrá menos distorsiones significativas si se formula una pregunta clara sobre *hechos* (si algo ha ocurrido o no), sobre todo referidos a los últimos días o semanas, que si se solicita una información más elaborada (por ejemplo, si algo ha ocurrido *con frecuencia* o, aún más, si una determinada conducta resulta *adaptada o molesta*). En este último caso un formato de respuesta de elección múltiple resulta más adecuado que un formato de respuesta de tipo dicotómico.

El error más frecuente, desde el punto de vista de la formulación de los ítems, es la *tendencia de respuesta*. En concreto, en los cuestionarios con respuestas dicotómicas, es frecuente la *acquiescencia* (tendencia a responder afirmativamente o "verdadero", con independencia del contenido de la pregunta). Por esta razón, los ítems de un cuestionario de este tipo deben estar equilibrados en cuanto a respuestas afirmativas y negativas. En cuanto a los cuestionarios con respuestas de tipo escalar, es habitual la *tendencia de respuesta central o extrema*, con independencia del contenido.

Por lo que se refiere a los sujetos, las fuentes de error más frecuentes en los autoinformes (cuestionarios, escalas e inventarios) son las siguientes (Fernández-Ballesteros, 1992; Garaigordóbil, 1998; Jensen, 1996; Matesanz, 1997; Pérez Pareja, 1997):

a) *Ignorancia*. Ésta puede darse, bien por una falta de capacidad de introspección, o bien por un bajo nivel cultural. En este caso hay una falta de comprensión del contenido de las preguntas. Por ejemplo, los instrumentos de medida no son de aplicación a niños muy pequeños, que aún no han desarrollado las habilidades de

autoobservación y de autoevaluación adecuadas para expresar las experiencias, los sentimientos y las emociones, así como para cuantificar su intensidad (Echeburúa, 1993).

b) *Falta de motivación*. La falta de motivación puede ser *estructural* (cuando el sujeto no tiene interés en colaborar) o *coyuntural* (cuando median factores como la fatiga, la enfermedad física, el aprendizaje por repetición de la misma prueba o de pruebas semejantes, etcétera). Cuando el sujeto carece de una motivación adecuada, tiende a responder con rapidez más que con precisión y a contestar al azar cuando no se tiene clara la respuesta.

c) *Simulación o disimulación voluntaria*. Se trata del deseo deliberado por parte del sujeto de falsear sus respuestas, bien para dar una imagen positiva de sí mismo (por ejemplo, en causas de separación matrimonial o en el ámbito de la selección de personal), cuando se exploran conductas que entran en conflicto con los valores sociales, o bien para acentuar una imagen muy negativa (por ejemplo, en el ámbito de la responsabilidad penal para conseguir la exculpación). Por ello, los cuestionarios psicométricos suelen incluir una escala llamada de *mentiras* o de *sinceridad* (como la L del *MMPI*, la S del *EPI* o la escala de distorsión motivacional del *16 PF*), que, a partir de cierto rango, invalidan la prueba (Esbec, 2000).

d) *Deseabilidad social* (habitualmente involuntaria). Es el afán de los sujetos de dar una imagen de sí mismos socialmente aceptable, sobre todo cuando se evalúan aspectos tales como el consumo de alcohol o de drogas o el ajuste de pareja, que se traduce en dar una mayor información de conductas positivas y en ocultar, en cambio, comportamientos negativos. Se trata, en cierto modo, de un mecanismo de negación. Desde otra perspectiva, este sesgo puede funcionar como un indicador de la adaptación social del sujeto evaluado (Pérez Pareja, 1997).

En los trastornos de personalidad egosintónicos, como el antisocial, el histriónico o el *límite*, hay una mezcla de los apartados b, c y d. Por ello, en general, el valor de los autoinformes es más limitado en el ámbito de los trastornos de personalidad (Echeburúa, 1994).

e) *Distorsiones de memoria*. Pueden darse en algunos cuadros clínicos, como en el caso, por ejemplo, de la amnesia disociativa en el trastorno de estrés postraumático.

Otras fuentes de distorsión -no menos importantes- tienen que ver con la desconfianza respecto al psicólogo clínico; y otras, por último, están relacionadas con las propiedades psicométricas defectuosas de los instrumentos de evaluación.

En cualquier caso, los cuestionarios no han mostrado, en general, ser capaces de detectar la simulación y sobresimulación de los síntomas. Por ello, el valor pericial de las escalas es relativo. Cuando la existencia del trastorno se ha demostrado por otras vías (la entrevista, la observación de la conducta, los antecedentes del paciente, etcétera), tienen interés para cuantificar la intensidad de éste. Pero cuando se utilizan como una herramienta para demostrar la existencia del trastorno, su utilidad es escasa (Calcedo, 2000).

FUENTES DE ERROR EN LAS ENTREVISTAS CLÍNICAS

Las entrevistas pueden ser de más utilidad que los autoinformes en el caso de pacientes con dificultades de concentración o con problemas para entender el lenguaje escrito. Asimismo se pueden valorar síntomas de difícil valoración con escalas autoaplicadas: síntomas psicomotores (retardo o agitación psicomotora), "*insight*" (conciencia de enfermedad), ideas delirantes, etcétera (Vázquez, 1995). En otros casos, por ejemplo en el ámbito de los trastornos de personalidad, las entrevistas ofrecen un rendimiento muy superior a los autoinformes.

Sin embargo, las entrevistas están también sujetas a fuentes de distorsión. En concreto, y a diferencia de los autoinformes, carecen habitualmente de baremos estandarizados. Por otra parte, los entrevistadores pueden ser el origen de diferentes errores: anotar síntomas inexistentes, no percatarse de indicios no verbales clínicamente significativos, inferir la gravedad de un síntoma a partir de lo que se evalúa en otro, inducir respuestas en la persona entrevistada, etcétera (Alonso-Quecuty, 1998). Estos errores son

más acentuados cuando los entrevistadores cuentan con poca formación o experiencia clínica, no tienen un equilibrio emocional adecuado o son muy rígidos en los modelos teóricos adoptados.

Por lo que se refiere a las entrevistas estructuradas, como el *SCID* (Williams, Gibbon, First y Spitzer, 1992), el *ADIS-IV* (Brown, DiNardo y Barlow, 1994) o el *IPDE* (Loranger, 1996), tienden a ser farragosas. Los entrevistadores pueden estar demasiado atentos al guión de la entrevista, lo que puede conllevar una pérdida de la *frescura* y de la espontaneidad necesarias en la relación terapeuta-paciente.

Desde la perspectiva del paciente, un criterio de sospecha en la sinceridad de las respuestas de una entrevista es cuando el sujeto tiende a dar respuestas extremas a todas las preguntas relacionadas con los síntomas, de modo que se obtiene un perfil clínico poco congruente, o cuando la latencia de las respuestas es muy alta, como si el sujeto tuviese que pensar mucho las preguntas, y las conductas desconcertantes (mirada huidiza, tono de voz cambiante, atascos verbales, pausas prolongadas, etcétera). De esta forma, la observación de la coherencia del discurso del paciente y de la concordancia entre la comunicación verbal y no verbal desempeña un papel muy importante (Ávila y Rodríguez-Sutil, 1998).

CONTROL DE LOS SESGOS DE ERROR EN LOS CUESTIONARIOS

Se ha tratado de reducir el peso de las fuentes de error en los autoinformes fundamentalmente de dos formas: antes de la prueba, *evitando* las distorsiones (con el control de la aquiescencia en la formulación de las preguntas, con las instrucciones precisas de la prueba al sujeto y con la apelación a su colaboración sincera en su propio beneficio); y después de la prueba, *detectándolas* mediante la introducción de escalas específicas de sinceridad.

Un ejemplo de control de la aquiescencia es la *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965). De los diez ítems que la conforman cinco están enunciados en forma positiva y cinco en forma negativa. De este modo, se controla el sesgo de responder afirmativamente con independencia del contenido de la pregunta.

A su vez, la finalidad de las escalas de sinceridad es informar al psicólogo sobre la imagen distorsionada de sí mismo que puede dar el sujeto, sea de modo intencionado o no intencionado (Fernández-Ballesteros, 1992; Matesanz, 1997).

Tabla 1.- Escala de sinceridad del EPI (Eysenck y Eysenck, 1990)

- 2.- ¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten?
- 8.- ¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas?
- 14.- ¿Se siente usted fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio?
- 20.- ¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos?
- 26.- Después de haber hecho algo importante, ¿piensa usted a menudo que podría haberlo realizado mejor?
- 30.- ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce?
- 36.- ¿Murmura usted alguna vez?
- 42.- Alguna vez, después de oír el despertador, ¿ha preferido que darse un rato más en la cama?
- 48.- ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho?
- 54.- ¿Ha comido usted alguna vez algo más de lo que debiera?

Así, muchos cuestionarios de personalidad han incorporado escalas de sinceridad, como el *EPQ*, el *EPI*, el *CEP*, o de distorsión motivacional, como el *16 PF* (Cattell, 1988). Éstas suelen estar constituidas por una serie de cuestiones relativas a pequeñas faltas morales o sociales frecuentes en casi todo el mundo, pero cuya confesión pública o en un cuestionario puede resultar molesta e inducir a mentir. Los ítems de estas escalas deberían ser *cambiantes*

(para impedir que los sujetos conozcan de antemano estas preguntas), *poco evidentes* (para evitar que los sujetos los detecten fácilmente) y referidos a situaciones *improbables* (por ejemplo, adelgazar en una semana 10 kg) o *poco frecuentes* (por ejemplo, no sentirse molesto si alguien se cuele cuando se está en la fila de la caja del supermercado). En la *tabla 1* figuran, a modo de ejemplo, los ítems de la *Escala de Sinceridad* del *EPI* (Eysenck y Eysenck, 1990).

Una solución de futuro podría ser modificar el formato de algunos cuestionarios. Así, por ejemplo, en el *Inventario de Depresión BDI* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en donde los síntomas están ordenados según la gravedad o intensidad, es muy fácil simularlos si se responde en el nivel de máxima intensidad la mayoría de las veces. Sin embargo, unos ítems son obvios para el paciente, pero otros no. Por ello, se puede cambiar el orden de gravedad en ítems en que sea más difícil diferenciarla o en que la respuesta pueda llevar al paciente a un extremo absurdo o poco frecuente. Ejemplo del primer caso es cambiar el orden de presentación de las alternativas del siguiente ítem: "a) No tengo ganas de llorar, b) lloro constantemente, c) ya no soy capaz ni de llorar, d) lloro muchísimo". Así, los que traten de simular tenderán a responder *lloro muchísimo* y no elegirán como alternativa de gravedad *ya no soy capaz ni de llorar*, que, en realidad, es algo más grave. Ejemplo del segundo caso sería cambiar un ítem referido a las manifestaciones somáticas del malestar, como, por ejemplo, aumentar el número de kilogramos perdidos en un breve espacio de tiempo. Se pueden dar como alternativas las siguientes: "En la última semana: a) no he perdido peso; b) he perdido entre 2 y 4 kilos; c) he perdido entre 4 y 7 kilos; d) he perdido entre 7 y 11 kilos". Es poco probable adelgazar entre 7 y 11 kilos en la última semana, máxime si una persona refiere síntomas de depresión desde hace un mes. En definitiva, se trata de utilizar la lógica para *cazar* al simulador que está focalizado en simular y no en la argucia de la pregunta. Esta lógica podría contribuir a controlar la simulación en instrumentos de evaluación.

A continuación figura un análisis algo más detallado de las escalas de sinceridad en el *MMPI* y en el *MCMI*, por tener estos instrumentos un carácter más clínico que los cuestionarios de personalidad y por utilizarse ampliamente en el ámbito forense.

MMPI-II

En el *MMPI* (Hathaway y Mckinley, 1999) son sensibles a la mentira las escalas de validez (L, F y K) (Ávila y Jiménez, 1992). Los ítems K son difíciles de localizar, por lo que constituyen la escala más válida. La simulación es más probable cuando hay una puntuación típica por encima de 100 en la escala F y por debajo de 50 en las escalas L y K, con un perfil en forma de uve invertida. A su vez, todo el perfil clínico suele elevarse por encima de 70, pero especialmente las escalas 6 y 8, y adquirir una forma de dientes de sierra. Las escalas 5 y 0 son las que, habitualmente, obtienen unas puntuaciones más bajas (*figura 1*) (Esbec, 1994).

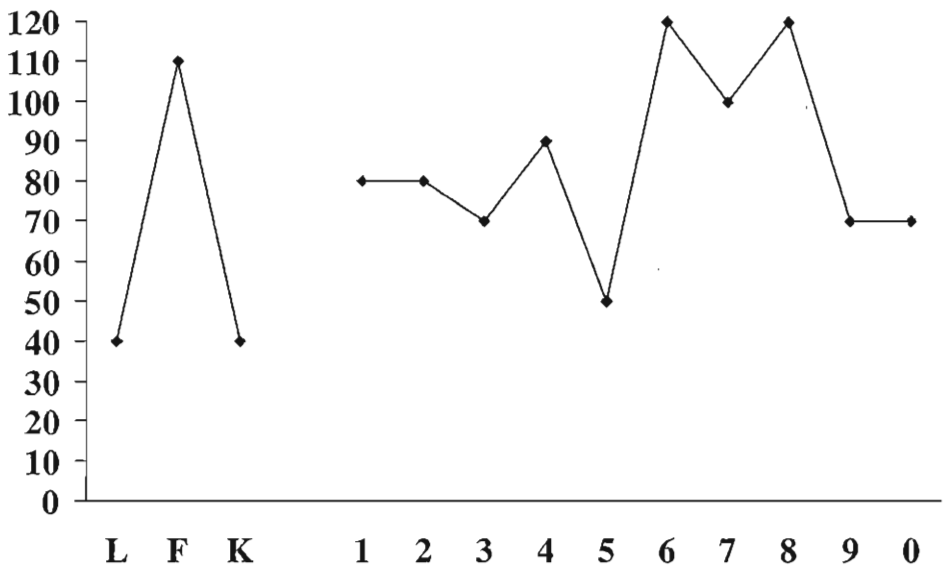


Figura 1.- Perfil de un sujeto que simula su sintomatología en el MMPI-II (Esbec, 1994)

Por otra parte, en los casos de disimulación las escalas de validez suelen adquirir una disposición en forma de uve: la F está por debajo de una puntuación típica de 50 y la L y la K, sobre todo la primera, presentan valores altos. A su vez, el perfil de las escalas clínicas se mantiene por debajo de una puntuación típica de 50 y adquiere una forma plana y baja (figura 2) (Esbec, 1994).

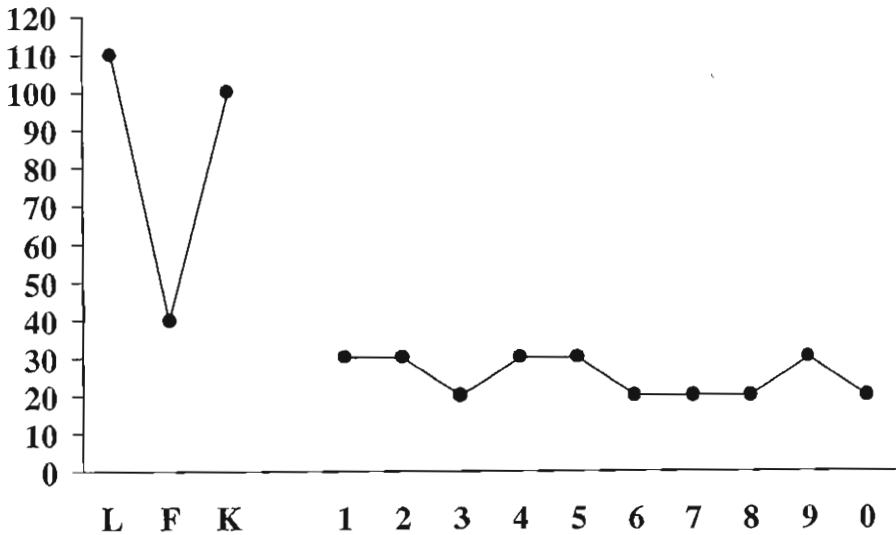


Figura 2.- Perfil de un sujeto que disimula su sintomatología en el MMPI-II (Esbec, 1994)

El denominado índice de Gough es el mejor indicador para detectar distorsiones en el MMPI. Consiste en calcular la diferencia en las puntuaciones directas de F y K ($F - K$). Un resultado mayor de +9 puede denotar simulación o exageración de patología; a su vez, un resultado -9 o menos puede indicar disimulación, negación de problemas o, cuando menos, un intento excesivo de dar una buena imagen.

MCMII

En el *MCMII* (Millon, 1998) se han desarrollado cuatro escalas relacionadas, de una forma u otra, con la veracidad de las respuestas. En primer lugar, hay una *Escala de Validez (V)*, que no suele estar presente en otros cuestionarios, destinada a controlar si las respuestas se han dado al azar, sin una reflexión adecuada sobre su contenido. Una escala de este tipo tiene interés sobre todo cuando, como en el caso del *MCMII*, los cuestionarios son largos. Los ítems de esta escala pueden verse en la *tabla 2*.

Tabla 2.- Escala de Validez del MCMII (Millon, 1998)

62.- El año pasado aparecí en las portadas de varias revistas.
90.- No he visto ningún coche en los últimos diez años.
152.- En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
169.- Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

En segundo lugar, hay una *Escala de Sinceridad (X)*, que intenta controlar el grado de franqueza respecto a los problemas y sentimientos psicológicos expresados en los ítems. Una tasa base inferior a 35 en esta escala puede denotar una indecisión general o una negativa a mostrarse sincero.

En tercer lugar, la *Escala de Deseabilidad (Y)* controla la tendencia del sujeto a mostrar una imagen positiva de sí mismo. Una tasa base superior a 75 en esta escala puede reflejar que el sujeto trata de ocultar sus dificultades emocionales.

Por último, la *Escala de Alteración (Z)* puede detectar la tendencia opuesta a la deseabilidad social. En concreto, una tasa base superior a 75 en esta escala puede reflejar una sobrevaloración subjetiva (sobresimulación) de trastornos emocionales o de dificultades personales.

REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

Ha habido intentos de validar la información de los cuestionarios con los registros psicofisiológicos. Los estudios sobre las alteraciones fisiológicas implicadas en la mentira se centran en la hipótesis de que la ansiedad que acompaña al engaño provoca la existencia de unos mayores índices de activación autonómica. De este modo, pueden aparecer una serie de cambios en la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria, la actividad cardiovascular, la conductancia eléctrica de la piel, etcétera (Riquelme y Martínez Selva, 1999).

El procedimiento más utilizado desde esta perspectiva ha sido el polígrafo. Sin embargo, los detectores de mentiras no miden la verdad o mentira del sujeto, sino procesos emocionales (por ejemplo, ansiedad) o procesos cognitivos (por ejemplo, orientación atencional) no relacionados con el engaño. Por ello, las personas, cuando dicen la verdad, pueden emocionarse. A su vez, los mentirosos entrenados pueden no reflejar emoción cuando intentan engañar, como ocurre, por ejemplo, en el caso de los jugadores hábiles de póker.

Por otra parte, la simple posibilidad de ser encontrado culpable siendo inocente puede provocar más ansiedad que la de ser hallado culpable siéndolo realmente. Este fenómeno es lo que se ha denominado el *error de Otelo*, en recuerdo del personaje creado por Shakespeare, que llegó a matar a su mujer fruto de los celos al interpretar Otelo el miedo de ella (precisamente a ser culpada siendo

inocente) como la prueba evidente de que era culpable de serle infiel (Ekman, 1992; Vila, 1996).

Es más, tener información sobre un delito a través de los medios de comunicación puede anular la validez del polígrafo para detectar la mentira. En concreto, en una investigación experimental relacionada con la detección del engaño a través del polígrafo se encontró que tanto las personas que habían realizado simuladamente un delito por ordenador (condición de culpables) como aquellas que únicamente lo habían leído (condición de inocentes con información) presentaron la misma tasa cardiaca y actividad electrodermal (Corral, Otero, Barrenetxea y Landeta, 1998).

Asimismo la mayoría de los supuestos signos externos de engaño, como las miradas furtivas, el enrojecimiento de la cara, la demora en la contestación, las dudas en las respuestas o el nerviosismo general (gesticulación excesiva, movimientos de las manos o piernas, etcétera), rara vez acompañan a las mentiras premeditadas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En definitiva, las diferencias individuales en la habilidad para engañar sin ser detectado constituyen una fuente de errores sistemáticos en la detección del engaño mediante pruebas psicofisiológicas (Vila, 1996).

NUEVAS PERSPECTIVAS: UNA EVALUACIÓN FORENSE INTEGRADORA

La simulación es relativamente frecuente en la evaluación clínica forense porque frecuentemente hay beneficios que se pueden obtener o perjuicios que se pueden evitar. Las causas más frecuentes de simulación son alegar irresponsabilidad penal por un delito cometido, rehuir obligaciones, conseguir indemnizaciones (por ejemplo, a causa del daño psicológico sufrido tras un accidente de coche) y obtener invalideces (Cabrera y Fuertes, 1997; Gunn y Taylor, 2000; Soria, 1998).

Hay una sospecha de simulación cuando existe un problema médico-legal, cuando hay una discrepancia entre los síntomas alegados y la observación de la conducta, cuando los síntomas son atípicos (mal definidos, erráticos e inconsistentes) y no se corresponden con

los cuadros clínicos habituales y cuando hay una dramatización de las quejas y una sobreactuación clínica. Es más, la presentación de los síntomas suele ser más *narrada* que *vivenciada*. Ciertos trastornos de personalidad, como el antisocial o el histriónico, facilitan la existencia de la simulación. Asimismo la incapacidad alegada por el sujeto para el trabajo o el desempeño de los quehaceres habituales, pero el mantenimiento de la capacidad de diversión (deportes, salidas nocturnas, etcétera), sobre todo cuando hay un historial previo de bajas laborales repetidas, da pie a la sospecha de simulación (Delgado *et al.*, 1994).

Por otra parte, la disimulación tiene como objetivo ocultar síntomas para conseguir algún objetivo: encontrar un trabajo, conseguir un alta hospitalaria (en el caso de la depresión o de la paranoia, por ejemplo), ocultar una adicción para evitar un rechazo social (en el caso de una mujer alcohólica o ludópata, por ejemplo), obtener una sentencia favorable en un proceso de divorcio, etcétera (García Andrade, 1993).

Aun con sus limitaciones, las escalas de sinceridad suponen una garantía de seguridad (relativa) en el ámbito forense. Así, por ejemplo, una escala como el *SCL-90-R* ofrece un mayor interés que el *MMPI* a nivel clínico, porque es más corta, remite a síntomas actualmente presentes y se muestra sensible al cambio terapéutico. Sin embargo, es más fácilmente manipulable porque no hay ningún control de sinceridad. Por ello, el *MMPI*, aun siendo más farragoso y más impreciso, es mucho más utilizado a nivel forense porque cuenta con las escalas de validez (L, F y K).

No obstante, una experiencia clínica amplia del psicólogo, sobre todo cuando se lleva a cabo una entrevista no limitada exclusivamente a los síntomas concretos del paciente (que incluya el historial previo, el estilo de vida, etcétera), contribuye a atenuar las posibles distorsiones procedentes de la simulación o del autoengaño del paciente.

Las fuentes de distorsión disminuyen también cuando la evaluación se lleva a cabo en el marco de una alianza terapéutica positiva entre el psicólogo clínico y el paciente, con conocimiento del objetivo de la evaluación por parte de este último, con instrucciones claras, con instrumentos de medida adecuados y no demasiado largos y con

preguntas redactadas o formuladas de forma clara, unívoca y apropiada al nivel cultural del sujeto. Asimismo, en el caso de los autoinformes, la distorsión de las preguntas es menor cuando el sujeto cumplimenta los cuestionarios en presencia del psicólogo clínico (Esbec, 2000; Matesanz, 1997).

En este contexto de una relación adecuada entre el psicólogo y el paciente no hace falta apelar explícitamente a la necesidad de cooperación del sujeto y de la veracidad de las respuestas. Por ello, prevenir al sujeto sobre la existencia de detectores de mentiras en el cuestionario no es especialmente útil. En todo caso, puede ser de más interés motivarle en el sentido de que cualquier intento de falsear la respuestas va, en realidad, en perjuicio suyo.

No obstante, siempre que sea posible, una evaluación adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintas *modalidades* (tanto cuestionarios y entrevistas como la observación directa de la conducta, si es factible hacerlo, por ejemplo en la cárcel o en el hospital) y de diferentes *fuentes* (por ejemplo, el paciente y su pareja o un niño y sus padres y maestros). Sólo así se consigue una *validación transversal* de los autoinformes (Echeburúa, 1996b).

CONCLUSIONES

Los sujetos tienden a responder con sinceridad en los cuestionarios porque cuentan con un imperativo ético de no mentir, porque quieren conocerse mejor a sí mismos y mostrarse colaboradores e incluso porque no quieren ser descubiertos como *mentirosos*. No obstante, hay excepciones a este principio que conviene controlar.

Las fuentes de error de los cuestionarios dependen, en buena medida, de sus propiedades psicométricas, de la naturaleza y estructura de los ítems, de la actitud de los sujetos ante la prueba y de determinadas circunstancias en la aplicación de los cuestionarios (Matesanz, 1997).

Más en concreto, los autoinformes no son aptos para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. Los autoinformes, en comparación con las entrevistas clínicas, tienden a ocultar o a exagerar los síntomas del paciente. Hay, por un lado, una interferencia de los

factores situacionales en la medida de las variables de personalidad, de modo que algunos cuestionarios de personalidad son más de *estado* que de *rasgo*; y, por otro, puede haber una tendencia a la ocultación o exageración de los síntomas, cuando es uno mismo el que los describe (Echeburúa, 1994; Widiger y Frances, 1987).

La introducción de las escalas de sinceridad no resuelve el problema planteado por los sesgos de error, especialmente cuando el sujeto está motivado para falsear las respuestas, como ocurre en el caso de la selección de personal o en el ámbito forense. Tampoco es una solución prescindir de ítems de contenido transparente de gran validez, pero fácilmente falseables, por otros ítems más sutiles y no tan fácilmente falseables, pero de escasa validez (Matesanz, 1997).

Las técnicas proyectivas son más difíciles de falsear porque son pruebas enmascaradas (Anastasi, 1988; Ávila y Rodríguez-Sutil, 1998), pero, por desgracia, son instrumentos muy dispersos y heterogéneos y que no cuentan con controles rigurosos de fiabilidad y de validez.

Por último, y al margen de que hay una abundante investigación al respecto, no hay en la actualidad marcadores biológicos suficientemente sensibles y específicos como para contrastar con el autoinforme del sujeto (Calcedo, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Quecuty, M.L.** (1998). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid. Pirámide.
- Anastasi, A.** (1988). *Psychological Testing*. Nueva York. MacMillan (6ª edición).
- Ávila, A. y Jiménez, F.** (1992). Evaluación clínica de la personalidad: El MMPI y sus derivados. En A. Ávila, F. Jiménez, P. Ortiz y C. Rodríguez (1992). *Evaluación en Psicología Clínica I*. Salamanca. Amarú.
- Ávila, A. y Rodríguez-Sutil, C.** (1998). Evaluación psicológica forense. En M. Clemente (Ed.). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid. Pirámide.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, T.H.** (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX. Psychological Corporation.
- Cabrera, J. y Fuertes, J.C.** (1997). *Psiquiatría y derecho. Manual de psiquiatría forense*. Madrid. Cauce Editorial.
- Calcedo, A.** (2000). Evaluación forense. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona. Masson.
- Cattell, R. B.** (1988). *16 PF, Cuestionario factorial de personalidad (adolescentes y adultos)*. Madrid. TEA.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A.** (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Corral, S., Otero, J., Barrenetxea, A. y Landeta, O.** (1998). Información y test de conocimiento culpable en la detección del engaño. *Psicológica*, 19, 187-199.
- Delgado, S., Esbec, E. y Rodríguez, F.** (1994). Simulación en psiquiatría forense: aspectos generales y detección. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid. Cólex, vol. 1º.
- Echeburúa, E.** (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E.** (1994). Trastornos de personalidad: concepto, clasificación y evaluación. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E.** (1996a). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E.** (1996b). Evaluación psicológica del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C.** (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Ekman, P.** (1992). *Cómo detectar mentiras*. Barcelona. Paidós.
- Esbec, E.** (1994). La exploración de la personalidad en psiquiatría forense. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid. Cólex, vol. 1º.
- Esbec, E.** (2000). El psicólogo forense y la prueba pericial psicológica. En E. Esbec y G. Gómez Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.

- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G.** (1990). *EPI. Cuestionario de personalidad*. Madrid. TEA.
- Fernández-Ballesteros, R.** (1992). Los autoinformes. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid. Pirámide, vol. 1º.
- García Andrade, J.A.** (1993). *Psiquiatría criminal y forense*. Madrid. Ramón Areces.
- Garaigordóbil, M.** (1998). *Evaluación psicológica*. Salamanca. Amarú.
- Gunn, J. y Taylor, P.** (2000). *Forensic psychiatry*. London. Edward-Arnold.
- Gutiérrez, T., Raich, R.M., Sánchez, D. y Deus, J.** (Eds.) (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid. Alianza.
- Hathaway, S.R. y Mckinley, J.C.** (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2*. Adaptación española. Madrid. TEA.
- Jensen, B.J.** (1996). Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Siglo XXI.
- Loranger, J.** (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad*. Madrid. Organización Mundial de la Salud. Méditor.
- Matesanz, A.** (1997). *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid. Pirámide.
- Millon, T.** (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Madrid. TEA.
- Muñoz, M.** (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid. Síntesis.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y Vicente, A.** (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid. Pirámide.
- Pérez Pareja, F.J.** (1997). Autoinformes. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación psicológica*. Madrid. Siglo XXI.
- Riquelme, M.C. y Martínez Selva, J.M.** (1999). Detección fisiológica del engaño. La Ley. *Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, 4885, 1-8.
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton. Princeton University Press.
- Sánchez Blanqué, A. y Gisbert, J.A.** (1994). Los métodos paraclínicos y la exploración complementaria en psiquiatría forense. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid. Cólex, vol. 1º.
- Soria, M.A.** (1998). *Psicología y práctica jurídica*. Barcelona. Ariel.
- Vázquez, C.** (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. CEPE.

- Vila, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid. Pirámide.
- Widiger, T.A. y Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 7, 49-75.
- Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B. y Spitzer, R.L. (1992). Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.