

Áreas de evaluación en el peritaje judicial psicológico en derecho penal: aportaciones de interés

A. Aluja Fabregat*

Psiquis, 1996; 17(3):146-164

Resumen

Se hace referencia a la labor de evaluación del psicólogo forense en base a instrumentos psicométricos de uso clínico y a técnicas específicas para la medida de las habilidades cognitivas y personalidad. Al contrario de la gran cantidad de instrumentos de evaluación encontrados en la bibliografía anglosajona, en nuestro ámbito no existen apenas técnicas de evaluación psicológica válidas y fiables para ser aplicadas por el psicólogo forense, al margen de las habituales utilizadas en psicología clínica. Se ofrecen datos de varios cuestionarios para la evaluación de la personalidad desinhibida y antisocial obtenidos en muestras españolas de delincuentes y no delincuentes; los cuales pueden servir de referencia, en base a las teorías que los sustentan, para la valoración de delincuentes con fines de peritaje forense.

Palabras clave: EPQ. CHS. CHM. EBS. BDHI. SR. SC. ETAPA. Evaluación forense.

Abstract

Psychological assessment areas in the penal law: interesting contributions

Reference is made to the task of evaluation of forensic psychology based in clinical psychometric instruments and specific techniques for the measurement of cognitive abilities and personality. In contrast to the large number of evaluation instruments found in Anglo-Saxon bibliographies, there are hardly any valid and reliable techniques for psychological evaluation in our environment which can be applied to forensic psychology, apart from those habitually used in clinical psychology. Data from various questionnaires for the evaluation of disinhibited and antisocial personality in Spanish samples of delinquents and non delinquents is given. These can serve for reference, on basis of the theories which they give rise to, for the evaluation of delinquents for the purpose of forensic reports.

Key words: EPA. CAME. CASE. SSS. BDHI. SR. SP. ETAPA. Forensic evaluation.

Introducción

La valoración forense de una persona debe abarcar en muchas ocasiones aspectos que exceden del campo estrictamente médico, como son las capacidades cognitivas, la personalidad como fenómeno subyacente a la conducta y sus trastornos, las irregularidades en el proceso de socialización, los aprendizajes patológicos y alteraciones que afectan la sexualidad humana y la psicopatología de la conducta que afecta las capacidades jurídicas de los individuos. Estos aspectos deben de ser afrontados desde las ciencias del comportamiento como son la psicología clínica y experimental. Es por ello que la evolución natural de la Administración de Justicia en nuestro país, y aunque de forma tímida todavía, ha empezado a incorporar a psicólogos forenses en sus plantillas.

El psicólogo forense debe de ser básicamente un profesional experto en salud mental y con amplia experiencia clínica y debería de provenir de éste ámbito laboral. Su función no difiere básicamente de la del psicólogo clínico que trabaja en la valoración y tratamiento de la conducta. No obstante la función del psicólogo forense se centra más en la evaluación psíquica (que en el tratamiento), del justiciable con el fin de informar al juez sobre el estado de sus funciones cognoscitivas y/o volitivas en el día de autos. El resultado de la valoración del experto debe de apoyarse en procedimientos técnicos de demostrada fiabilidad y validez, aún asumiendo las probabilidades de error que ellos contemplan o la dificultad de valorar estados mentales fuera del contexto temporal a los que se supone que un individuo realizó las conductas antijurídicas que se le imputan.

El informe judicial psicológico debe incluir, entre otras cosas, una valoración anamnésica del examinado que ha de realizarse investigando los antecedentes históricos personales del individuo en cuestión, y una valoración clínica de su desarrollo psicosocial, de sus capacidades madurativas, personalidad y de la psicopatología. Ello se hará en base a criterios previamente establecidos de común aceptación por la comunidad profesional como es el DSM-IV o el ICD-10. Pero habitualmente será necesario explorar variables concretas mediante criterios psicométricos estandarizados. Es decir, habrá que cuantificar, por ejemplo la inteligencia (en su déficit o deterioro), sus rasgos de personalidad, su conducta sexual, etc., en analogía a muestras de referencia normalizadas estadísticamente. Ello nos permite informar si tal o cual persona es más o menos inteligente, introvertida, impulsiva o agresiva en

comparación con un determinado grupo normotípico o anormal.

Una vez hayamos clasificado un individuo por alguna de las variables antes citadas, podremos atribuirle las características psicológicas del grupo de referencia. Es decir, el individuo que obtenga un Coeficiente Intelectual (C.I) de 68, será un deficiente mental de grado moderado, puesto que la media del cálculo del C.I. es 100 y la desviación tipo es de 15. Esta puntuación nos informa sobre el pronóstico de aprendizaje de este sujeto y sobre el grado de autonomía o capacidad de autodeterminación. En el caso de una variable de personalidad, como una elevada puntuación (p.e. un percentil de 90) en una escala de neuroticismo, atribuiremos al sujeto características psicológicas como que se preocupa mucho por cosas nimias, que reacciona de forma exagerada a todo tipo de estimulación emocional y que después le cuesta volver a la normalidad, que tiende a tener altibajos en su humor o a somatizar la ansiedad en forma de molestias físicas, etc.

Los instrumentos de medida psicológicos están diseñados para medir áreas determinadas del psiquismo y habitualmente se llevan a cabo a través de material manipulable o gráfico (pruebas de rendimiento intelectual), máquinas de laboratorio, entrevistas estructuradas o semiestructuradas heteroadministradas e inventarios o cuestionarios autoadministrados. Estas técnicas deben de demostrar, como aludíamos, unas características psicométricas acerca de su validez y fiabilidad.

Validez y fiabilidad de una medida psicométrica

La validez de un test hace referencia a lo que éste mide y otros hechos observables independientemente, relativos al rasgo de conducta que se está considerando (Anastasi, 1968). En otras palabras, la validez indica el grado en que un test es capaz de lograr sus objetivos (Asociación Americana de Psicología, 1966). Sólo es posible distinguir el rasgo que mide determinado test mediante el examen de los criterios específicos y otras fuentes utilizadas para establecer su validez (Anastasi, 1950).

La Asociación Americana de Psicología (1966), distingue entre los muchos otros objetivos posibles de los test, tres característicos:

- Determinar como un individuo se comporta en un conjunto de situaciones que tratan de ser representativas por la situación concreta del test.
- Predecir la futura situación de un individuo o estimar la que actualmente ocupa en una variable de especial importancia, que es diferente del test.
- Deducir el grado en que un individuo posee

algún hipotético rasgo o cualidad que se supone reflejado en la situación del test.

Para determinar en qué medida un test es adecuado para cada uno de estos objetivos hay que obtener información a cerca de su validez. De las diferentes clases de validez las que más se corresponden a las finalidades mencionadas son las siguientes: validez de contenido, validez de estructura y validez de criterio.

La validez de contenido presupone un análisis detallado de los que el test "contiene", con el objetivo de determinar si se ajusta a lo que pretende medir. Este análisis es llevado a cabo por jueces expertos que establecen comparaciones entre sus conclusiones mediante análisis de concordancia a fin de que sus juicios sean fiables (Aluja, 1987). El área de contenido a considerar debe de ser previamente definida en el constructo del test.

La validez estructural (también llamada concurrente) se determina para saber qué cualidades mide el test. Para ello se combina procedimientos lógicos y empíricos. Un método sencillo para investigar lo que mide un test es correlacionarlo con otro test y esperar que la cualidad que se supone que mide correlacione con la misma cualidad de otro test, previamente validado. Los estudios de validez de estructura parten de la teoría que ha servido de base al test. Este proceso conlleva tres pasos: primero, establecer a partir de la teoría, una hipótesis respecto a las puntuaciones altas y bajas; en segundo lugar, recopilar datos para comprobar la hipótesis; y por último si la teoría no da razón suficiente a los hechos, se tendrá que revisar tanto la interpretación como la teoría.

En las escalas de evaluación de uso clínico es de importancia fundamental la validez predictiva o discriminante. Nos interesa conocer la capacidad con la que una escala discrimina un trastorno de los demás, por un lado; por otro, un instrumento de medida debe de ser predictivo de un trastorno o condición clínica de interés, y esta predicción para que sea útil, ha de ser estadísticamente óptima.

El valor de un método diagnóstico es relativo a un método de referencia. La cualidad de un test no es fija, sino que varía en función de la prevalencia de la enfermedad dentro de la población y de la composición del método de diagnóstico. Tanto en el grupo de individuos que presentan el trastorno, como en los que no, es importante saber cuáles son los resultados negativos y positivos que nos informa el test o escala de medida. Por tanto es conveniente redefinir los conceptos que nos permiten verificar un "método de referencia" (Aluja, 1987).

La *sensibilidad* de un método indica la proporción

total de enfermos que un test detecta (resultados positivos). La *especificidad* indica la proporción de sujetos sanos confirmados como tales por el resultado negativo del test. El *valor predictivo del resultado positivo* indica la proporción de resultados válidos entre los resultados positivos del test. El *valor global* de un test indica la proporción de resultados válidos en el conjunto de todas las pruebas realizadas. Para que un método sea perfecto debería tener una sensibilidad, una especificidad y unos valores predictivos lo más cercanos al cien por cien.

Instrumentos de evaluación de la inteligencia

La inteligencia ha sido motivo de estudio por los psicólogos desde siempre en referencia a los demás individuos, siempre en referencia a los demás individuos o a ellos mismos en el transcurso del tiempo.

Sobre los diferentes instrumentos o test de inteligencia disponibles en nuestro medio para uso de los psicólogos el lector encontrará gran cantidad de información en las empresas distribuidoras. También le será fácil obtener documentación en las librerías especializadas sobre el tema. Un psicólogo clínico debe de conocer en profundidad varios de estos instrumentos, y entre los que deben de estar las escalas de *Stanford-Binet*, *McCarthy*, *Wechsler*, *Alexander*, *Cattell* y *Raven* por citar algunas de las más asequibles y populares. Sobre el uso de las técnicas de medición de la inteligencia en psicología forense quisieramos hacer algunas consideraciones:

1) El psicólogo forense cuando informa de las capacidades cognitivas de un individuo (léase inteligencia), debe de aportar *siempre* una medición con técnicas estandarizadas, ofreciendo unos resultados estadísticos de *deficiencia mental* requiere obligatoriamente la utilización de criterios psicométricos según las normas de la Organización Mundial de la Salud o de la Asociación Americana de Psiquiatría.

2) Debido a que los test de inteligencia pueden estar influenciados por las habilidades verbales aprendidas y por influencias culturales es aconsejable utilizar pruebas de contenido verbal y no verbal, y en caso de resultados muy bajos repetir la exploración con pruebas diferentes que midan lo mismo.

3) Siempre que sea posible hay que obtener información sobre los años de escolarización, rendimiento académico y otras referencias de tipo laboral o social que informen de la capacidad intelectual independientemente del resultado del test.

4) Tener en cuenta que los tests de rendimiento

son fácilmente manipulables y es posible que un individuo puede aparentar un nivel menor del que realmente tiene en un test, pero que difícilmente podrá *simular* una mayor inteligencia. Es aconsejable que el psicólogo forense disponga de baremos obtenidos en su propio medio, ya que los resultados de un test de inteligencia se obtienen por comparación de unos rendimientos con personas de idéntica proveniencia sociocultural.

5) Tener en cuenta que la deficiencia mental puede ser meritoria de inimputabilidad penal por lo que el psicólogo forense deberá argumentar, en sus conclusiones, adecuadamente y técnicamente su dictamen.

La inteligencia evoluciona en los individuos hasta aproximadamente los 30 años, y a partir de aquí sufre un proceso natural de deterioro que va paralelo al deterioro fisiológico del organismo y del cerebro. No obstante este proceso progresivo de deterioro puede acelerarse en asociación a enfermedades orgánicas de etiología conocida o desconocida. Este deterioro global de la inteligencia no es uniforme en sus diferentes áreas de rendimiento. Es decir, a pesar que el rendimiento global en la escala de Wechsler desciende con la edad, se observa que las pruebas que implican mayor rapidez, velocidad, aprendizajes nuevos o razonamiento espacial disminuyen más rápidamente. Por tanto, es posible, según Wechsler, establecer un índice de deterioro patológico en función de la comparación entre los subtests que se mantienen o más resistentes al deterioro y los que no se mantienen, restando el deterioro normal fisiológico que se establece en función de la edad. Cuando el deterioro calculado es superior al 10% de la referencia considerada como deterioro normal se puede pensar en un posible deterioro patológico.

La valoración del deterioro intelectual se hace en base a pruebas de rendimiento neuropsicológico en las cuáles el psicólogo forense debe de ser un experto, y por supuesto tener amplia experiencia en la exploración de enfermos deteriorados.

Para la evaluación del deterioro neuropsicológico en opinión de dos de los mejores psicólogos clínicos especialistas en el tema de nuestro medio (Hernández y Salamero, 1991) es necesario:

1) Estimar el nivel intelectual anterior mediante la administración de tests poco sensibles al efecto del deterioro (por ejemplo pruebas de inteligencia verbal y memoria a largo plazo). 2) Estimar el nivel intelectual actual. 3) Interpretar la diferencia entre ambos niveles, y 4) Analizar cualitativamente el tipo o patrón.

Las técnicas o instrumentos empleados en la

evaluación del deterioro son básicamente *escalas de evaluación, tests psicométricos y baterías neuropsicológicas*. Las escalas de evaluación son tests cortos y de fácil uso que permiten realizar un screening diagnóstico a fin de averiguar de forma general la presencia de deterioro. Las más utilizadas son el *Mini-Mental State*, la *escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth*, la *escala de Hachinski*, la *Global Deterioration Scale (GDS)*, la *Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)* y la *Sandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG)*. Estas escalas no están comercializadas en nuestro país, pero han sido traducidas y se emplean habitualmente en las áreas de neuropsicología de algunos hospitales. De las escalas citadas la más popular es *Mini-Mental State* o también conocida como el *Miniexamen Cognoscitivo*. En nuestra opinión un psicólogo clínico o forense no debería basar sus conclusiones en este tipo de instrumentos, por ser demasiado inespecíficos.

Existen algunos tests psicométricos que permiten evaluar el déficit diferencial entre las distintas funciones cognitivas. Las funciones que se valoran como más susceptibles al deterioro son *la memoria, la percepción espacial y la formación de conceptos o razonamiento abstracto*. A parte de la fórmula de Wechsler de calcular el índice de deterioro que consiste en restar el resultado de los subtests del WAIS que "se mantienen" de los que "no se mantienen" y dividirlo por los que "se mantienen" (y multiplicar el resultado por cien), se puede obtener información sobre el posible deterioro comparando el resultado de un subtest de los que se mantienen con un test de razonamiento abstracto (más susceptible al deterioro). Por ejemplo comparar el resultado del subtest de Información o Vocabulario del WAIS con el resultado del *Raven*.

La *escala de memoria de Wechsler* valora varias áreas amnésicas y permite obtener (controlando el deterioro fisiológico por la edad), un coeficiente de memoria que se puede comparar con el C.I. obtenido en el WAIS. Si el coeficiente de memoria es menor se puede inferir que existe algún tipo de deterioro. Otro de los test clásicos que informan sobre el deterioro intelectual es el test de retención visual de Benton. Este test permite, en función de la cantidad y tipo de errores cometidos, obtener un índice de deterioro por comparación con los resultados esperados por la edad cronológica y su C.I. Entre los tests de habilidades perceptivo-manipulativas se utilizan de forma generalizada el de *Bender* y el de *Rey*.

Las baterías neuropsicológicas incluyen una amplia gama de tests destinadas a explorar un conjunto de funciones cognitivas de forma tanto cua-

litativa como cuantitativa, y son las que proporcionan la información más completa sobre el deterioro intelectual. Permiten: a) establecer el deterioro y las áreas neuropsicológicas afectadas, b) localizar la lesión o trastorno neuropsicológico, c) averiguar la severidad y magnitud de los déficits, d) estimar el grado de afectación del trastorno sobre la capacidad de adaptación al medio, e) hacer un pronóstico sobre la evolución del deterioro y f) valorar la posibilidad de aplicar programas de rehabilitación.

Las baterías más utilizadas en en nuestro medio son la batería neuropsicológica de *Halstead-Reitan*, la de *Luria-Nebraska*, la de *Salamero* (Batería Neuropsicológica Integrada), y el test Barcelona de *Peña*.

Instrumentos de valoración de la personalidad

La psicología de la personalidad es una de las disciplinas más prolíferas de la psicología, y que ha generado muchas teorías. Por nuestra formación nos decantamos hacia las modelos y teorías de la personalidad que utilizan el método hipotético deductivo, y en concreto los modelos *biológico-factoriales*. Como se sabe estas teorías surgieron a finales de los años cincuenta en el área de influencia anglosajona y sus autores más representativos fueron *Cattell*, *Guilford*, *Zimmerman*, *Eysenck*, *Zuckerman* y *Gray*.

Estos modelos presentan algunas ventajas, respecto a otros de orientación más psicologista o mentalista, como son: 1) que parten del método científico-experimental y por tanto posibilitan la comprobación y posterior reformulación de sus postulados en función de los resultados obtenidos; 2) trabajan a partir de datos objetivos y tienen en cuenta la circunstancia en la que fueron obtenidos (stress, cárcel, etc.); 3) buscan variables intermedias que puedan explicar la constancia y diferencia de la conducta en situaciones o estímulos similares o diferentes, y se esfuerzan en buscar factores biológicos que expliquen las diferencias individuales; 4) tienen una orientación práctica ya que buscan métodos de estudio útiles y rápidos como los cuestionarios para la obtención de información, y por último 5), estas teorías han prestado gran atención al proceso de socialización de los individuos y han creado modelos de estudio de la personalidad del delincuente.

Después de todos estos años las teorías biológico-factoriales han acumulado gran cantidad de información tanto a favor como en contra de sus constructos e hipótesis, pero en general pensamos que el balance es muy positivo y la evidencia expe-

rimental se inclina a favor de estos modelos, y a nuestro entender son los más útiles para valorar la personalidad del delincuente. Por nuestra experiencia pensamos que el psicólogo forense debería de conocerlos a fondo y también las técnicas de obtención de datos que utilizan y que más adelante referiremos.

A través de los años se han derivado una gran cantidad de subescalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Hathaway y McKinley, 1940), que pueden ser de utilidad para el psicólogo forense a la hora de buscar información sobre aspectos concretos que sean de interés pericial. En el Cuadro I hacemos referencia a algunas de las subescalas compiladas por Dalhstrom, Welsh y Dalshstrom (1972).

CUADRO I

Escalas derivadas del MMPI para la valoración de variables relacionadas con la conducta antisocial

<i>Abuso alcohol/droga:</i>	
Al: Alcoholism	Hampton
Am: Alcoholism	Holmes
Alcoholism	MacAndrew
Alcoholism (ALX) Hombres	Linden
Ah: Alcoholism Diferentiarion	Hoyt y Sedlacek
Composite alcoholism key	Rosenberg
Drug Abuse (DaS)	Panton y Brisson
Heroin adiction (He)	Cavior, Kurtzberg y Lipton
<i>Patología Sexual:</i>	
Aggraved Sex (Asx)	Panton
Impotence and frigidity	Finney
Pe: Pedophile	Toobert, Bartelme y Jones
Sv: Sexual deviation	Marsh, Hilliard y Liechti
Sexual Morbidity	Cutter
<i>Hostilidad:</i>	
Amount resentment/hostility	Finney
Bitterness	Finney
Composite hostility scale	Jenkins
Ho: Hostility	Cook y Medley
Hostility	MacDougald
Hostility beligerence	Watson, Vestre y Klett
Jh: Judged manifest hos.	Siegel
Hv: Overt hostility	Schultz
Manifest Hostility (HOS)	Wiggins
Resentment (R) (TSC-V)	Tyron, Stein y Chu
	.../...

.../...	
<i>Familia:</i>	
Family conflict	Jenkins
Family problems (FAM)	Wiggins
<i>Autoridad:</i>	
Authority conflict (AUT)	Wiggins
Respect for authority	MacDougald
Social deviant attitudes	Messik y Jackson
<i>Dominancia:</i>	
Brash, outgoing, lack of submissiveness (mujeres)	Horn
Cp: Competitor	Booth
Controlling and sadism	Finney
So: Dominance	Gough, McClosky y Meehl
Do-R: Dominance revised	Gough, McClosky y Meehl
Lp: Leadership	Gough
Psychopathic manipulation	Finney
Punishing others	Finney
Resisting being told what to do	Finney
Seeking being told what to do	Finney
<i>Delincuencia/cárcel:</i>	
Ap-r: Adjustment to prison (r)	Panton
De: Delinquency	Gough y Peterson
Dq: delinquency	Hathaway y Monachesi
Delinquency (hombres)	Kanun y Monachesi
Delinquency (mujeres)	Kanun y Monachesi
Delinquency	Abe
Es: Escapism	Beall y Panton
Parole violation (PaV)	Panton
Prison Maladjustment	Watton
Rc: Recidivism	Clark
Socialized delinquency (SD)	Tsubouchi y Jenkins

Fuente: Dalstron y Welsh, 1972

El problema del psicólogo forense ante esta avalancha de escalas es que no se dispone de estudios de validez, fiabilidad y baremos comparativos adaptados a la población española, y por tanto resultan poco útiles para ser utilizadas en un peritaje. En cambio es recomendable que se destine esfuerzos y medios a la investigación de instrumentos propios o adaptados que cubran todas las áreas posibles de la personalidad del delincuente.

Actualmente, en nuestro caso, utilizamos en el

estudio de la personalidad del delincuente entre otros los siguientes cuestionarios: El cuestionario de 16 factores de Cattell (16PF), el cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), el Inventario de Hostilidad de Buss-Durke (BDHI), la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (EBS), las escalas de Curiosidad hacia Hechos Morbosos y Sexuales de Zuckerman (CHS Y CHM), el Cuestionario Experimental de Psicopatía de Hare (QEP), las escalas de Susceptibilidad al Refuerzo Positivo y Castigo de Torrubia (SR-SC) y la Escala del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM-III de Aluja (ETAPA). De todas ellas disponemos de baremos adaptados a la población española en delincuentes y no delincuentes. En la Tabla I ofrecemos las medias y desviaciones de varias de estas escalas, y en la bibliografía recomendada el lector puede encontrar las referencias que le permitirán obtener la información publicada en lengua española.

Dentro del estudio de la personalidad del delincuente es habitual encontrar personas que presentan rasgos desinhibidos de la personalidad, que son buscadores de sensaciones o que tienen cierta morbosidad hacia elementos excitantes mostrados por los medios de comunicación y que pueden tener que ver con un modelo de estudio de la personalidad muy útil a la hora de estudiar a un delincuente. Seguidamente exponemos un trabajo experimental realizado con delincuentes encarcelados y no delincuentes en los que utilizamos algunas de las escalas antes mencionadas.

Evaluación de la impulsividad, agresividad, personalidad desinhibida y su relación con la delincuencia

La impulsividad y la desinhibición moderadas son rasgos de personalidad que se encuentran en personas normales, que no padecen trastornos psicopatológicos, e incluso un nivel moderado pueden ser adaptativos. Psicopatológicamente existen algunos síndromes que se caracterizan por la falta de control de los impulsos y por la desinhibición. Entre ellos serían prototípicos el déficit atencional con hiperactividad en la infancia, algunos trastornos específicos y puntuales recogidos en el DSM-III/R, como el juego patológico, la piromanía, la tricotilomanía, etc., y sobre todo algunos trastornos de la personalidad como el trastorno límite u otras nosologías provenientes de la investigación básica como la psicopatía (Cleckley, 1982) o el alcoholismo primario o tipo II (Von Knorring, Oreland y Von Knorring, 1987).

TABLA I

CTS/CTM, EPQ, BDHI y EBS en delincuentes y no delincuentes
(Medias, desviaciones, comparaciones "t" y Alfa)

	Delincuentes (n=90)			No delincuentes (n=99)			
	X	D.E.	Alfa	X	D.E.	Alfa	"t" Sig.
Edad	27.60	5.71	-	27.55	6.59	-	0.05
N	14.85	5.64	0.86	10.02	5.30	0.83	6.05**
E	12.30	3.92	0.75	12.14	4.39	0.80	0.26
P	3.70	3.99	0.84	3.01	3.79	0.85	1.21
S	10.12	3.97	0.73	13.05	3.63	0.66	-5.27***
AS	4.28	2.28	0.78	2.28	1.8	0.60	5.86***
IND	4.35	2.46	0.75	4.67	1.94	0.60	-0.99
NEG	2.77	1.50	0.58	2.51	1.34	0.47	1.26
RES	4.34	1.86	0.59	2.25	1.92	0.63	7.57***
SUS	4.43	2.37	0.68	1.97	1.60	0.46	8.25***
VERB	7.34	2.72	0.69	8.09	2.75	0.68	-1.87
CULP	5.70	2.18	0.63	3.29	2.11	0.67	7.70***
IRRI	5.42	2.90	0.75	5.07	2.30	0.54	0.92
BDHI	38.66	13.92	0.92	30.16	10.56	0.88	4.70***
BEM	5.80	2.65	0.68	4.95	2.48	0.61	2.24*
BEX	6.40	2.04	0.58	5.84	2.25	0.67	1.76
DES	5.18	2.59	0.77	5.04	2.17	0.67	0.42
SAB	4.60	2.22	0.57	3.81	2.08	0.55	2.49**
EBS	21.98	7.15	0.84	19.66	5.93	0.75	2.42**
CTM	8.40	3.67	0.63	7.48	3.14	0.68	1.83
CTS	4.96	2.67	0.74	6.34	2.22	0.66	-3.83***
PELX	3.34	1.41	-	2.59	1.77		3.93***
HOR	3.86	1.86	-	3.33	1.16		3.07**

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Todos estos trastornos, cuyo denominador común es la impulsividad y la desinhibición poseen características biológicas que sugieren la existencia de una diatesis común conformada por supuestas irregularidades en el sistema nervioso central (SNC). Gorenstein y Newman (1980), propusieron un modelo denominado *Psicobiología de la Desinhibición*, para el estudio de los síndromes desinhibitorios. Estos autores proponen que irregularidades en las áreas septales del encéfalo podrían explicar la desinhibición comportamental, dado que las lesiones septales en animales producen este tipo de comportamientos de forma consistente.

La teoría de Zuckerman sobre la *Búsqueda de Sensaciones*, ha aportado una importante evidencia experimental, a lo largo de los años, sobre la influencia del sistema monoaminérgico en la desinhibición (ver revisión de Aluja, 1991). La noradrenalina, la dopamina, la serotonina y la acetilcolina se

han asociado en animales a la agresión, y en humanos a la conducta desinhibida.

Volviendo a la teoría de Zuckerman, hemos recogido información empírica suficiente para afirmar que puede haber una relación consistente entre el rasgo de *Búsqueda de Sensaciones*, y el concreto, el subrasgo de *Desinhibición*, medido por la subescala DES de la escala EBS (Escala de Búsqueda de Sensaciones) y la actividad de los sistemas noradrenérgicos (Zuckerman, 1979, 1983, 1984 y 1991). Se ha observado que los altos buscadores de sensaciones poseen niveles de actividad de la monoaminooxidasa plaquetar (MAO), más bajos que los no buscadores de sensaciones (Broverman, Klaiber, Kobayashi y Vogel, 1968; Murphy, Delmacker, Buchsbaum, Martin, Ciaranello y Wyatt, 1977; Scholer, Zahn, Murphy y Buchsbaum, 1978; Arqué, Ubzeta y Torrubia, 1988; Von Knorring, Orelund y Winbland, 1983). También se ha visto que los estró-

genos y los andrógenos tienen un efecto inhibitorio sobre la MAO (Briggs y Briggs, 1972). En estudios realizados con sujetos normales sanos se ha comprobado que altos niveles de testosterona se asocian a puntuaciones elevadas en la subescala de Desinhibición del EBS (Daiztman y Zuckerman 1980; Aluja, 1989). El sistema límbico posee muchos receptores de hormonas sexuales y podría ser que los niveles bajos en esta enzima (MAO) degradador de la noradrenalina provocara, una acumulación de este neurotransmisor que incidiera en el comportamiento desinhibido.

La personalidad desinhibida se relaciona a priori con los rasgos que miden las escalas de Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P) del EPQ y el EBS. Estas escalas también se han relacionado con el interés hacia temas sexuales y morbosos medidos por las escalas de Curiosidad hacia Temas Sexuales (CTS) y Curiosidad hacia Temas de Horror (CTM) respectivamente, en muestras americanas y españolas (Zuckerman y Litle, 1986; Aluja 1989; Aluja y Torrubia, 1992 y 1993). Desde el punto de vista teórico la dimensión de Psicoticismo (P) refleja rasgos crueles y sádicos, falta de empatía e inconformidad con las normas sociales, lo cual debería de correlacionar con el gusto por el sexo impersonal y la agresión, que son característicos de los temas morbosos de los géneros descritos y medidos por CTS-CTM. La Extraversión (E), también se ha relacionado con la experiencia sexual variada y frecuente, junto con las puntuaciones elevadas en el EBS, que incluyen actitudes permisivas hacia el sexo. Existe una relación entre las escalas del EBS, P y N con los rasgos de hostilidad y agresión medidos por el BDHI (De Flores, 1987), por tanto pensamos que junto con el EPQ y el EBS se podría utilizar el BDHI para abarcar rasgos de tipo desinhibido.

En estudio experimental nos propusimos estudiar la relación de los rasgos relacionados con la personalidad desinhibida medidos por los cuestionarios de personalidad citados y la curiosidad hacia temas sexuales y morbosos medida por las escalas CTS-CTM en un grupo de delincuentes encarcelados y un grupo de no delincuentes. Nos propusimos averiguar la relación empírica de las medidas psicométricas inter e intragrupos así como los posibles factores que, a partir de nuestras medidas psicométricas, configuran el constructo de la Personalidad Desinhibida.

Este estudio estuvo integrado por un total de 189 varones distribuidos en un grupo de 90 delincuentes encarcelados en la cárcel modelo de Barcelona y un grupo de personal sanitario y estudiantes de

Medicina. El primer grupo se formó en función de información del archivo penitenciario de forma que hubiera una representación proporcional de sujetos que hubieran cometido delitos de violación (n=31;G-1), homicidio (n=30;G-2) y contra la propiedad (n=29;G-3). La media de edad fue de 27.60 años (D.E.:5.7). El grupo de no delincuentes lo integraron 99 varones de entre el personal sanitario del Hospital Clínico de Barcelona (G-4). Su media de edad era 27.55 años (D.E.:5.5). No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambas medias.

Para medir rasgos de personalidad desinhibida se emplearon tres inventarios autoinformados de reconocida validez y fiabilidad, tanto en muestras de lengua inglesa como española. Se utilizó el *Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ)*, (Eysenck y Eysenck, 1976), que consta de las escalas de Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y Sinceridad (S), en versión castellana adaptada por TEA Ediciones (1986); la *Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS)*, forma V. (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978), adaptación validada en población española por Pérez y Torrubia (1986). Este inventario consta de cuatro subescalas y de una escala total. La primera subescala se llama *Búsqueda de Emociones y Aventura (BEM)*, la segunda subescala se denomina *Búsqueda de Experiencia (BEX)*, la tercera *Desinhibición (DES)*, y la cuarta y última *Susceptibilidad al Aburrimiento (SAB)*; el tercer inventario administrado fue el *Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)*, de Buss y Durkee (1957), adaptación española de De Flores (1982). Este cuestionario consta de ocho subescalas y una escala total, sumatorio de las anteriores. La subescala de *Ataque (AS)* hace referencia a la violencia física entre las personas, *Agresión Indirecta (IND)* o murmuraciones maliciosas o bromas pesadas, *Irritabilidad (IRRI)* o predisposición a la cólera, *Negativismo (NEG)* o comportamientos de oposición, *Resentimiento (RES)* o envidia y odio, *Sospecha (SU)* o proyección de la hostilidad hacia los demás, *Agresión Verbal (VERB)* o discusiones o gritos y *Culpa (CULP)* o sentimientos de maldad remordimiento de conciencia y actuación de forma inadecuada.

La curiosidad hacia temas morbosos y sexuales se midió a través de las escalas de Zuckerman y Litle (1986) (adaptadas y validadas por Aluja, 1989, y Aluja y Torrubia, 1992 y 1993), sobre *Curiosidad hacia Temas Morbosos (CTM)* y *Curiosidad hacia Temas Sexuales (CTS)*, respectivamente. La escala CTM comprende ítems que expresan interés y gusto por la contemplación de violencia o muerte en

TABLA II

CTS/CTM, EPQ, BDHI y EBS en delincuentes y no delincuentes
(Medias, desviaciones, análisis de la varianza, ratio y signif.)
G-1: Violadores. G-2: Homicidas. G-3: Delin. propiedad. G-5: Estudiantes

	G-1	G-2	G-3	G-4		
	X (DS)	X (DS)	X (DS)	X (DS)	Ratio	Sig.
N	15.90 (5.63)	14.40 (5.49)	14.17 (5.83)	10.02 (5.30)	12.90	***
E	13.74 (3.44)	10.36 (4.05)	12.75 (4.55)	12.14 (4.39)	3.68	**
P	3.22 (2.76)	4.20 (4.72)	3.68 (4.29)	3.01 (3.79)	0.80	ns
S	10.54 (3.77)	9.23 (4.68)	11.68 (3.98)	13.53 (3.84)	11.05	***
AS	4.03 (2.92)	4.06 (2.81)	4.79 (2.51)	2.28 (1.80)	12.60	***
IND	4.80 (2.68)	3.90 (2.35)	4.34 (2.30)	4.67 (1.94)	1.19	ns
NEG	2.90 (1.46)	2.46 (1.50)	2.96 (1.54)	2.51 (1.34)	1.26	ns
RES	4.48 (1.67)	4.03 (2.15)	4.51 (1.76)	2.25 (1.92)	19.37	***
SUS	5.00 (2.52)	3.76 (2.52)	4.51 (1.88)	1.97 (1.60)	26.00	***
VERB	7.54 (2.56)	6.90 (3.08)	7.58 (2.52)	8.09 (2.75)	1.55	ns
CULP	6.29 (2.14)	5.33 (2.33)	5.44 (1.97)	3.29 (2.11)	21.20	***
IRRI	5.90 (2.97)	5.00 (3.05)	5.34 (2.68)	5.07 (2.30)	0.94	ns
BDHI	40.96 (13.9)	35.46 (15.0)	39.51 (12.3)	30.16 (10.5)	8.68	***
BEM	5.03 (2.97)	5.43 (2.41)	7.00 (2.15)	4.95 (2.48)	5.13	**
BEX	6.38 (2.01)	5.96 (1.84)	6.86 (2.24)	5.84 (2.25)	1.87	ns
DES	5.29 (2.53)	4.70 (2.65)	5.58 (2.61)	5.04 (2.17)	0.77	ns
SAB	5.06 (2.14)	3.86 (1.97)	4.86 (2.43)	3.81 (2.08)	3.93	**
EBS	21.77 (6.80)	19.96 (6.67)	24.31 (7.55)	19.66 (5.53)	4.26	**
CTM	7.96 (3.92)	8.86 (4.06)	8.37 (2.95)	7.48 (3.14)	1.48	ns
CTS	4.03 (2.41)	5.83 (3.15)	5.06 (2.10)	6.34 (2.22)	8.01	***
PELX	3.41 (1.45)	3.60 (1.42)	3.00 (1.33)	2.59 (1.17)	6.39	***
HOR	4.03 (1.09)	3.62 (1.34)	3.93 (1.09)	3.33 (1.16)	3.80	**

*p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

deportes, películas, televisión o sucesos de la vida real, o lectura de estos hechos. Los ítems de la escala de Curiosidad hacia Temas Sexuales (CTS), indican actitudes generales hacia la pornografía en películas, gráficos o literatura, e interés en presenciar actos sexuales de otras personas. Al final de los dos cuestionarios se adjuntan dos preguntas que hacen referencia a la frecuencia en que se asistió a películas consideradas pornográficas (PELX) o películas de horror (HOR) (véase Aluja y Torrubia, 1992b).

Los dos grupos experimentales estuvieron formados por voluntarios, no pagados, a los que se les pidió su colaboración para un estudio de personalidad que consistía en contestar a unos cuestionarios. Tanto el grupo de delincuentes como el de no delincuentes participaron desinteresadamente. La administración de los cuestionarios fue realizada de forma individual, no anónima, por un funcionario de

la prisión en el caso del grupo de internos penitenciarios y por los autores en el caso del personal sanitario.

En la Tabla I se muestran las medias, desviaciones, fiabilidad alfa y comparaciones de medias, mediante la "t" de Student, de las escalas y subescalas utilizadas en nuestro estudio. El grupo de presos obtiene medias más altas que el de los no presos en casi todas las escalas, y en la mayoría de ellas esta diferencia es estadísticamente significativa. En el EPQ las escalas que más discriminan son la N y la S.

La escala total del BDHI del grupo de internos alcanza una media mucho más elevada que la alcanzada por el grupo de no presos (p<0.001). Entre las subescalas del BDHI, el y de grupo de presos obtiene medias significativamente superiores respecto a los no presos en AS, RES, SUS, y CULP.

TABLA II (bis)

Diferencias shefee entre las medias de las variables psicométricas de los cuatro grupos de la muestra

N	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-3>G-4
E	G-1>G-2		
S	G-4>G-2	; G-4>G-1	
BEM	G-3>G-4	; G-3>G-1	
SAB	G-1>G-4		
EBS	G-3>G-4		
CULP	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-3>G-4
RES	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-3>G-4
SUS	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-3>G-4
AS	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-3>G-4
BDHI	G-1>G-4	; G-3>G-4	
CTS	G-1>G-2	; G-1>G-4	
PELX	G-1>G-4	; G-2>G-4	; G-2>G-4
HOR	G-1>G-4		

G-1: Violadores. G-2: Homicidas. G-3: Delincuentes contra la propiedad. G-4: Grupo estudiantes.

Los delincuentes obtienen también mayores puntajes en EBS, siendo BEM y SAB las estadísticamente significativas. La escala CTM fue más puntuada por los presos, pero sin llegar a la significación estadística. En cambio CTS en el grupo de no delincuentes obtuvo una media significativamente mayor ($p < 0.001$).

Se realizó un análisis de la varianza con los tres subgrupos de delincuentes y el de personal sanitario a fin de comparar las medias de cada subgrupo (ver Tabla II y II bis). Los violadores (G-1) obtuvieron medias mayores en N y E de forma estadísticamente significativa (consultar comparaciones significativas intergrupos en la Tabla II bis). Las subescalas de Búsqueda de Sensaciones fueron más puntuadas por el grupo de delincuentes contra la propiedad (G-3), y alcanzan significación estadística BEM, SAB y EBS. El subgrupo de violadores (G-1) aparece como el más agresivo de los cuatro, pero la diferencia de medias es únicamente significativa respecto a los estudiantes. Las personas con más interés por temas de horror fueron los homicidas (G-2) aunque esta diferencia no fue significativa al compararla con los demás grupos. En cambio los más motivados en cuanto a los temas sexuales fueron los sanitarios (G-4), siendo los violadores (G-1) quienes puntuaron más bajo de todos los grupos estudiados. Todos los subgrupos de delincuentes declaran haber visto más films pornográficos que los sanitarios, si bien entre ellos no hay diferencias. Los violadores fueron los que asistieron a más películas de horror de todos los subgrupos, aunque su

media sólo fue estadísticamente mayor que la de los sanitarios.

En la Tabla III puede verse la matriz de intercorrelaciones entre todas las medidas psicométricas y CTS-CTM. Por encima de la diagonal de esta tabla se encuentran los cálculos correspondientes a la muestra de delincuentes, mientras que en la parte inferior se hallan los correspondientes al grupo de no delincuentes. Por lo que respecta a las correlaciones de CTS con las variables de personalidad es de destacar la correlación significativa con N y con la casi totalidad de las subescalas del BDHI y EBS, siendo las más elevadas las referentes a RES, AS, BDHI y DES. Por lo que concierne a las correlaciones de CTM, además de obtener correlaciones significativas con P y S y de desaparecer la correlación con N, se obtiene un patrón de resultados similar al presentado por CTS.

La frecuencia de asistencia a películas X se halla positivamente correlacionada con CTS y también se hallan correlaciones significativas de esta variable con algunas de las escalas incluida el BDHI. Referente a la frecuencia de asistencia a películas de horror se encuentra una relación significativa con dos de las subescalas del BDHI (IND y VERB). La CTS se correlaciona positiva y significativamente con PELX y CTM. CTM se relaciona positivamente con PELH y PELX. Todas las escalas del BDHI se muestran altamente relacionadas entre ellas, y lo mismo sucede entre las escalas del EBS, E, N y P se muestran poco relacionadas entre sí y únicamente la correlación entre E y P llega a ser significativa. En general puede afirmarse que existe una elevada correlación entre las escalas del BDHI y EBS, siempre positiva. También son de destacar las correlaciones positivas entre la escala S del EPQ y la mayoría de las escalas.

En el grupo de personal sanitario y estudiantes los resultados difieren notablemente de los descritos en el grupo de delincuentes. Se conservan las correlaciones positivas significativas entre CTS y DES, EBS, CTM y PELX, aunque la intensidad es menor. Las correlaciones con el resto de las escalas desaparecen. En el caso de CTM se obtienen correlaciones positivas con E, AS, VERB, BEM, DES, EBS, PELX y PELH. Aparece también una correlación negativa con la edad. Las subescalas del BDHI mantienen entre sí las correlaciones positivas encontradas en el grupo anterior, y lo mismo sucede con las subescalas del EBS. Las escalas del EPQ se mantienen en general poco relacionadas entre ellas. La escala S se relaciona positivamente con la IND y con BEM, BEX, DES y EBS. De forma negativa S se relaciona con SUS.

TABLA III

		Delincuente																				
Edad	N	E	P	S	AS	IND	NEG	RES	IRRI	SUS	VERB	CULP	BDHI	BEM	BEX	DES	SAB	EBS	CIN	CTS	PELX	PELH
Edad	06	07	-09	-21	-20	-05	-16	-06	-03	-03	-10	-11	-12	-09	-12	-20	06	-12	-05	-05	-03	05
N	-09	00	00	32	30	62	36	70	73	52	48	61	72	11	28	33	33	35	19	33	29	-00
E	-22	-11	-33	19	06	31	15	14	05	05	-34	13	21	23	37	23	16	33	04	08	11	17
P	15	25	-34	23	39	09	07	15	22	31	-05	-19	18	-14	-02	19	10	04	36	09	06	-05
S	-22	04	13	17	52	60	40	-43	60	26	63	11	61	44	58	53	37	64	39	16	-03	05
AS	-0.9	22	21	00	05	48	60	60	53	49	58	05	74	24	44	57	35	53	61	52	27	16
IND	-18	40	12	10	23	37	36	55	71	44	72	40	80	29	47	45	31	50	35	33	31	23
NEG	00	39	01	18	07	40	34	50	50	44	54	25	67	10	35	36	47	41	38	36	09	00
RES	-12	61	01	07	03	23	32	53	73	70	55	41	84	24	40	54	45	54	43	54	25	00
IRRI	-21	54	01	11	13	39	54	56	55	59	59	43	86	22	41	46	44	60	41	34	18	04
SUS	10	37	-07	19	-21	10	11	30	37	26	33	36	72	11	29	47	34	40	48	42	22	-08
VERB	-11	24	18	10	15	42	48	56	29	38	20	26	78	36	56	56	47	64	46	45	27	21
CULP	-19	49	-01	03	-16	23	37	36	51	-43	35	10	51	14	16	14	20	21	01	13	18	-10
BDHI	-17	63	10	16	07	59	68	74	70	78	47	68	62	29	52	61	51	63	53	52	31	09
BEM	-34	-06	32	21	22	02	04	-01	03	05	-03	17	-02	04	52	38	20	71	31	13	04	18
BEX	-18	-01	22	-19	37	04	07	16	12	12	-17	06	-04	07	27	62	44	84	39	39	12	15
DES	-19	09	27	00	33	21	11	04	16	10	02	26	01	23	28	49	42	81	62	52	12	07
SAB	-03	07	08	-01	01	16	04	20	19	06	22	10	16	20	-04	18	41	66	37	26	15	12
EBS	-29	02	35	-16	36	16	10	26	13	13	00	23	03	20	57	73	77	55	56	43	14	17
CIN	-27	-04	27	-03	09	22	14	04	-01	01	12	20	00	14	30	13	32	19	36	34	20	38
CTS	-14	-05	14	-12	17	15	08	12	05	-03	01	01	-07	05	11	21	45	17	35	34	45	13
TELX	-06	08	00	02	16	28	08	16	09	07	09	15	03	18	01	14	29	11	20	20	45	28
TELH	-22	05	13	-09	18	13	19	13	09	17	10	14	07	20	22	15	09	22	38	13	28	

No delincente

Decimales omitidos. Grupos delincentes $r:p>0.05$ a partir de 21. Grupo no delincentes $r:p>0.05$ a partir de 20.

Seguidamente se realizó un análisis factorial por separado para cada grupo (delincentes y no delincentes). Se utilizó el método de componentes principales con rotación Varimax entre todas las subescalas, a fin de observar las agrupaciones factoriales que explicarían la interrelación entre las escalas, y en concreto la relación entre las escalas de curiosidad morbosa y sexual con las distintas variables de personalidad desinhibida. Para el grupo de presos seleccionando aquellos factores con valores propios superiores a 1, se obtuvieron cuatro factores sin rotar que explicaron un 67.6% de la varianza. El primer factor explicó el 40.9%, el segundo un 10.9%, el tercero un 9.9% y el cuarto un 5.9%. Efectuada la rotación Varimax los resultados obtenidos fueron los siguientes: un primer factor saturado por las escalas CTS, AS, DES, NEG, CTM, SUS y SAB que podría ser denominado de *Morboosidad-Desinhibición*. Un segundo factor saturado por las escalas N, CULP, IRRI, IND y RES, que denominamos de *Hostilidad-Resentimiento neurótico*, en que algunos de sus componentes también tienen saturaciones impor-

tantes en el primer factor. El tercer factor, saturado por las escalas S, BEM, BEX y VERB. Entendemos que el contenido de estas escalas configuraría un factor de *Inconformidad o poco convencionalismo social*. El cuarto y último factor lo componen las escalas P y E con signos distintos (Tabla IV).

Utilizando los mismos criterios que en el caso anterior, el análisis de componentes principales realizado a partir de los datos del grupo de no delincentes proporcionó cinco factores que explicaron un 62% del total de la varianza. El primer factor explicó un 24% de la varianza, el segundo un 15.5%, el tercero un 8.1% el cuarto un 7.8% y el quinto un 6.6%. Una vez realizada la rotación Varimax se obtuvo un primer factor saturado por las escalas RES, N CULP, IRRI y NEG que podría ser denominado, al igual que en el grupo de presos, de *Hostilidad-Resentimiento neurótico*. El segundo factor lo integran las escalas VERB, AS e IND, las cuales hacen referencia a diferentes tipos de manifestaciones de *agresividad*. El tercer factor, saturado por DES, SAB, CTS, y CTM; también parecido al

TABLA IV

Análisis factorial

Rotación Varimax: Grupo de presos.				
	F/1	F/2	F/3	F/4
CTS	.81841	.12188	-.02430	-.15833
AS	.70975	.15905	.34527	.27352
DES	.64322	.12050	.50009	.05869
NEG	.60197	.30789	.16617	.04498
CTM	.57789	.01202	.39922	.38638
SUS	.53680	.52689	.03309	.29254
SAB	.41659	.29455	.32233	-.01016
N	.20935	.87622	.09879	.03391
CULP	-.00067	.77377	-.01866	-.30568
IRRI	.30187	.72759	.37066	.25686
IND	.21372	.62453	.52399	-.03966
RES	.58397	.61780	.19859	.08699
S	.17283	.26106	.79134	.17624
BEM	.01836	.02627	.72769	-.10805
BEX	.40464	.08970	.69777	-.17913
VERB	.44849	.37430	.57472	-.19402
P	.20205	-.03432	.05332	.85495
E	.16112	.00024	.38283	-.66006

factor de *Morbosidad-Desinhibición* del grupo de delincuentes, aunque con la diferencia de que en este grupo las escalas de agresividad del BDI II quedan fuera. El cuarto factor estaba saturado por la escalas P (en negativo), E y BEM. El quinto, estuvo integrado por S, BEX y SUS, con cierto parecido al factor de *Inconformidad* obtenido en la muestra de presos.

En el análisis comparativo de las medias obtenidas para cada grupo se observa que los delincuentes son más buscadores de sensaciones y más agresivos que los no delincuentes, lo cual va en la dirección de lo esperado si nos atenemos a los estudios revisados (Pérez, 1984). Referente al EPQ observamos una puntuación mayor en N (Neuroticismo) en los delincuentes, lo cual es con toda probabilidad consecuencia del efecto del internamiento (Pérez, 1984). En cambio se esperaba una mayor puntuación del grupo de presos en la variable P (Psicoticismo). No obstante, hay que tener en cuenta que la versión del EPQ utilizada (94 ítems, TEA Ediciones 1986), es diferente de la original inglesa. Las medias en población española que se obtienen utilizando esta versión difieren de las medias obtenidas en la versión traducida utilizada por Pérez (1984).

Los delincuentes tienden a puntuar más aunque de forma no significativa, en la escala de Curiosidad hacia Temas Morbosos (CTM), pero en cambio puntúan menos en la escala de Curiosidad hacia Temas Sexuales (CTS). Contradictoriamente los delincuentes declaran haber visto, de forma estadísticamente significativa, más películas pornográficas (PELX) y de horror (PELH) que los no delincuentes. Esta aparente contradicción, dada por una baja puntuación en la escala CTS y alta en asistencia a películas pornográficas, respecto a los no delincuentes, para nosotros tiene una explicación. Téngase en cuenta que en el grupo de delincuentes una tercera parte son violadores. Este delito está muy mal considerado por los propios internos, hasta el punto que los presos por violación mantienen en secreto su condición por miedo a represalias. De hecho la media del subgrupo de violadores en CTS es la menor de todos los subgrupos. Ello nos sugiere que, tal vez, el grupo de presos no contestó con la suficiente sinceridad al cuestionario de curiosidad por los temas sexuales. Esta hipótesis vendría corroborada por la puntuación obtenida por este grupo en la escala S. Aun así, obsérvese que la correlación entre las películas pornográficas (PELX) vistas y CTS en el grupo de presos es positiva (Tabla V).

En el grupo de no delincuentes, existe una relación positiva entre CTM con Extraversión (E) EBS y las subescalas de Ataque (AS) y agresión verbal (VERB) del BDHI. El CTS únicamente correlaciona con EBS. La asistencia a películas pornográficas y de horror correlaciona con las escalas CTS y CTM respectivamente corroborando su validez en muestras españolas, ya demostrada anteriormente (Aluja y Torrubia 1992b). Estas relaciones, a excepción de la P de Eysenck, son prácticamente las mismas encontradas por Zuckerman y Litle (1986), y Aluja y Torrubia (1992b), en muestras de estudiantes.

En el grupo de delincuentes, las correlaciones entre las escalas de personalidad y CTM-CTS son altas en general, exceptuando N, E y CULP para CTM y E, P, S y BEM: para CTS. Por lo que podríamos afirmar que la personalidad desinhibida medida por las escalas EBS y BDHI se relaciona en el grupo de delincuentes con la curiosidad por temas sexuales y de horror. Esta relación es únicamente evidente para algunas de las subescalas de EBS en el grupo de no delincuentes.

Los análisis factoriales realizados con las variables psicométricas para cada uno de los grupos permiten identificar en ambos una relación potente entre las escalas de curiosidad hacia temas sexuales y de horror (CTS-CTM) y la subescala de Desin-

TABLA V
Análisis factorial

Rotación Varimax: Grupo de no presos.					
	F-1	F-2	F-3	F-4	F-5
RES	.82578	.08568	.13798	-.04490	.01007
N	.75470	.16932	-.03182	-.19968	.00692
CULP	.75307	.04334	-.00978	.09301	-.26290
IRRI	.71480	.40145	-.09453	.00660	.14498
NEG	.58594	.41992	.25627	-.14538	.08992
VERB	.22839	.76713	.08078	.01509	.08021
S	.23193	.63495	.15557	.12154	-.07981
IND	.43168	.60183	-.10490	.05342	.18005
DES	.11194	.15073	.74958	.08829	.38787
BS	.21643	-.07912	.70872	-.02113	-.11614
CTS	-.11208	.11651	.64334	.10026	.12133
CTN	-.19747	.44744	.49515	.28309	-.12944
P	.03920	.24470	-.00725	.81097	.11489
E	-.05027	.24934	.16080	.68988	.08248
BEM	-.09009	.23642	.04603	.56138	.23417
S	-.04452	.22009	.10817	-.07708	.80368
BEX	.18502	-.15279	.35627	.33838	.65179
SUS	.41153	.16650	.26691	-.19871	-.50751

hibición de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS). La diferencia entre ambos grupos está en que los rasgos de desinhibición y gustos morbosos se asocian a rasgos de agresividad en el grupo de delinquentes, mientras que esta relación no se observa en los no delinquentes. La combinación de la agresividad como rasgo de personalidad con la desinhibición y la curiosidad (hacia temas morbosos), podría apuntar hacia la mayor probabilidad de tendencias antisociales.

Zuckerman y Litle (1968), sugieren que los altos buscadores de sensaciones (impulsivos y desinhibidos) están interesados en estímulos o experiencias nuevas o excitantes, en general, lo cual explicaría el deseo de contemplar o leer acerca de sucesos sensacionalistas, ya sean de temas sexuales, morbosos o de cualquier otro tipo. Los estímulos nuevos y excitantes según estos autores aumentarían la actividad catecolaminérgica central. Las películas violentas y eróticas, como consecuencia, también provocarían un aumento de dicha actividad.

Freedman (1984), realizó una amplia revisión sobre el tema de la agresión y la violencia en la televisión y concluyó que los niños que ven programas violentos en TV tienden a ser más agresivos,

pero también ocurre que la gente selecciona los temas de acuerdo con su personalidad, ya que las personas provocativas gustan de temas provocativos y las personas agresivas de temas agresivos (Zuckerman y Litle, 1986). El interés por la violencia y el sexo parece ser mayor en los hombres que en las mujeres (Zuckerman, 1976). Los rasgos de personalidad desinhibida se dan en mayor proporción en los hombres y las puntuaciones en EBS, BDHI, y las subescalas :P y E del EPQ son también mayores en los hombres. Ello puede sugerir que la agresión sexual puede estar influida por un componente biológico (Maccoby y Jacklin, 1974).

La contemplación de películas eróticas y violentas puede actuar, en el espectador masculino, con rasgos de personalidad impulsiva y desinhibida, como activador de la actividad catecolaminérgica (Levi, 1967 y 1969). La regulación de la misma es llevada a cabo por enzimas como la monoaminooxidasa (MAO). Si efectivamente los andrógenos actúan como antagonistas de la MAO, y los delinquentes agresivos tienen un nivel mayor de testosterona plasmática (véase el apartado de introducción) es probable que estas personas encuentren en los estímulos de tipo sexual o de horror un modo de

CUADRO 2

Algunas escalas sobre delincuencia referidas en la literatura anglosajona.
(Fuente: Brodsky y O'Neal, 1983)

Escala	Autor	Items	Sub.	Fiabilidad
Delinquency checklist	(1)	24	4	.96
Delinquency questionnaire	(2)	20	2	.90
Self-reported deli. scales	(3)	21	3	.91
Self-reported deli. scales	(4)	36	-	.89
Delinquency scale (PN)	(5)	52	2	.61
Jesness Inventory	(6)	151	11	.73
Criminal profil scale	(7)	45	9	.93
Law encourer severity scale	(8)	38	5	—
Accessibilit scale	(9)	83		
Inmate personality survey	(10)	50	5	.80
Interpersonal personality in.	(11)	93	—	.73

(1) Kulik, Stein y Sarbin, 1968. (2) Erikson, 1972. (3) Arnold, 1965). (4) Gibson, 1971. (5) Peterson, Quay y Tiffany, 1961. (6) Jesness, 1962). (7) un y Robertson, 1976. (8) Witherspoon, Valera y Jenkins, 1973. (9) Jacks, 1964. (10) Carlson, 1972. (11) Ballard et al., 1966.

incrementar su nivel de catecolaminas; lo cual, entre otras variables, podría ayudar a explicar el comportamiento agresivo de algunas personas con rasgos de personalidad desinhibida.

Valoración de la conducta antisocial

Repasando la literatura anglosajona se encuentran un gran número de escalas de medida por cuestionario. Brodsky y Smitherman (1983), en su libro *Handbook of Scales for Research in Crime and for Delinquency* recopilan 118 inventarios y más de 300 listados, e informan de que otros autores a partir del año 1969 hasta el 1983 recogieron información de casi 2.000 instrumentos en este ámbito. En el Cuadro II, hemos citado algunos de los recogidos por Brodsky, y remitimos al lector interesado a la obra citada para ulteriores consultas.

La personalidad antisocial: un continuum cronológico

Desde el punto de vista psicopatológico la conducta antisocial como trastorno viene codificado en el Eje II o de los trastornos de la personalidad. No todos los autores están de acuerdo en considerar un trastorno de la personalidad a un compendio de conductas como las que registran los criterios del DSM-III, pero como el viejo constructo de *Psicopática* ha desaparecido de los manuales psiquiátricos de uso clínico (aunque no de la investigación básica), se tiende a equiparar los rasgos psicopáticos

de la personalidad con el Trastorno Antisocial de la Personalidad (T.A.P.). A continuación exponemos un trabajo en el que se valoran los criterios del T.A.P en una población de delincuentes y se intenta establecer una relación entre los criterios de antes de los 15 años con los de después de los 18 años como indica el DSM-III.

Los *trastornos de la personalidad* fueron definidos por el DSM-III (1980), como rasgos de personalidad inflexibles y desadaptativos que causan incapacidad social significativa, disfuncionalismo ocupacional o malestar subjetivo. Es decir, existiría un trastorno de personalidad cuando los rasgos normales (pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con uno mismo y con el ambiente) generan conflictos de relación intra o interpersonal. Los rasgos o predisposiciones de conducta subyacen al comportamiento, y es a través de la observación de éste, en diferentes situaciones, que se puede llegar a establecer las diversas configuraciones de rasgos y/o de trastornos de la personalidad.

Estos rasgos, o las manifestaciones comportamentales que los definen, parecen seguir un patrón estable a la largo de la vida, y parten (se pueden identificar) de la etapa anterior a la adolescencia. Los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos de personalidad en la versión tercera y tercera revisada del DSM-III (1980 y 1987) siguen un procedimiento nosológico (modelo categorial), a través de la ley del *todo o nada*. Es decir, un sujeto tendrá un trastorno de personalidad si cumple un determinado número de criterios, o incluso tales cri-

terios pueden no ser los mismos en dos individuos diagnosticados del mismo trastorno (criterios politéticos).

La edad de comienzo de los trastornos de la personalidad, según el DSM-III, es *por definición*, la infancia o la adolescencia, y caracterizan la mayor parte de la vida adulta. No obstante, de los once trastornos de personalidad, sólo existe uno, el Trastorno Antisocial, que precisa de delimitadores cronológicos para poder ser diagnosticado. Son doce los criterios cuyo inicio debe darse antes de los 15 años, de los cuales tres son suficientes para el diagnóstico. A partir de los dieciocho años hay nueve criterios, de los cuales hay que cumplir cuatro o más.

La relación entre las conductas de inicio antes de los 15 años y las de después de los 18 es necesaria para poder emitir el diagnóstico, ya que de lo contrario si sólo se cumplieran los criterios para después de los 18 años tendríamos que hablar de *Conducta Antisocial Adulta*. En el trabajo que presentamos nos hemos propuesto estudiar *a posteriori* la relación que existe entre unos criterios y otros en muestras de presos y no presos. Queremos saber cuales son los ítems o criterios de antes de los 15 años que predicen mejor la conducta antisocial en la adultez. Esto podría hacernos comprender mejor la naturaleza de las conductas de riesgo antisocial en la infancia y adolescencia, y ayudar a su prevención.

En este trabajo se dispuso de cuatro muestras de sujetos varones entre los que se encontraban presos internos en la cárcel Modelo de Barcelona, personal sanitario y estudiantes de último curso de Medicina. La primera muestra (M-1) estaba integrado por 99 presos cuya media de edad era de 27.66 años (D.E.:5.4). La segunda (M-2) la formaban 105 sujetos no delincuentes de 27.93 años como media de edad (4.9). La tercera (M-3), 89 presos (X:26.08; D.E.:4.55), y la cuarta (M-4), 41 controles (personal sanitario-estudiantes) de 24.05 años de edad de media (D.E.:5.42).

Se les administró un cuestionario autoinformado de 47 ítems (Escala del Trastorno Antisocial de la Personalidad de Aluja; ETAPA, Aluja 1986a, 1986b, 1991) construido a partir de los criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad (DSM-III, 1980). Estos criterios se aplican para valorar conductas antinormativas en sujetos mayores de 18 años. Existe un apartado que hace referencia a comportamientos anteriores a los 15 años y otro para conductas posteriores a los 18 años. La escala autoadministrada está diseñada para que el examinado responda SI ó NO a las aseveraciones contenidas en los ítems. Los estudios de validez y fiabilidad

informan de buenas propiedades psicométricas. De los 47 ítems de la escala, 17 hacen referencia a criterios de antes de los 15 años, por lo que estos ítems se seleccionaron para formar la subescala ETAPA-J, el resto (30 ítems) correspondían a criterios de después de los 18 años, y se englobaron en la subescala EPAPA-A.

Este trabajo se llevó a cabo a partir de dos estudios diferentes (distintas muestras) y alejados en el tiempo. El primero se realizó a partir de las muestras 1 y 2 y el segundo a partir de las muestras 3 y 4. El cuestionario fue respondido de manera anónima y desinteresada por todos los sujetos. En la muestra 3 se disponía de información previa sobre la presencia o ausencia del Trastorno Antisocial de Personalidad (T.A.P.) el cual había sido realizado de forma independiente y por acuerdo unánime entre dos clínicos (Aluja, 1986b).

Resultados del estudio 1

La Tabla VI muestra las medias y desviaciones estándar de la edad y de ETAPA, ETAP/A, y ETAPA/J. No se hallaron diferencias significativas entre delincuentes y no delincuentes en edad, pero sí en las otras tres variables. Los presos obtuvieron puntuaciones superiores en las tres escalas.

En la Tabla VII se puede ver el resultado del análisis de regresión múltiple de la variable ETAPA/A realizado a partir de los 17 ítems referentes a los criterios de antes de los 15 años del T.A.P. Puede observarse en la misma que cinco de dichos ítems mostraron un valor predictivo significativo de los criterios para después de los 18 años. El rango de puntuaciones posibles a partir de la ecuación resultante va de 2.49 en caso de no puntuar en ninguno de los 5 ítems hasta 18.33 en caso de puntuar en todos ellos. Estos ítems se relacionan a continuación:

24. *Empecé a tomar alcohol con regularidad antes de los 15 años (V).*

27. *Antes de cumplir los 15 años tuve algún problema con la policía (V).*

35. *Empecé a tener relaciones sexuales de adolescente, siendo éstas frecuentes y con personas circunstanciales (V).*

37. *No me vi implicado en robos (aunque de escasa importancia) antes de los 15 años (F).*

38. *Recuerdo que de pequeño me escapé de casa por la noche (V).*

A partir de la ecuación de regresión se calculó para cada individuo una puntuación teórica (ETAPAREG) en criterios para mayores de 18 años del T

TABLA VI

Media, desviaciones estándar y comparaciones de medias mediante la "t" de Student del primer estudio

	N	X	D.E.	"t"	p<
<i>Edad</i>					
M-1	85	27.63	5.77	0.40	N.S
M-2	101	27.27	6.44		
<i>Etapas</i>					
M-1	87	17.55	9.07	8.90	0.001
M-2	101	7.66	6.02		
<i>Etapas/A</i>					
M-1	87	12.19	6.52	8.32	0.001
M-2	101	5.55	4.33		
<i>Etapas/J</i>					
M-1	85	7.37	4.14	8.58	0.001
M-2	101	3.07	2.65		

M-1 = internos penitenciarios; M-2 = personal sanitario y estudiantes de Medicina.

las dos muestras. Como puede observarse los internos penitenciarios puntuaron de forma significativamente más elevada en la medida derivada a partir de la ecuación de regresión (ETAPAREG).

Subdividiendo a la muestra 1 en dos grupos en función de que sus puntuaciones en ETAPA estuvieran por encima o por debajo de 14, punto de corte para el diagnóstico de T.A.P. (Aluja, 1986b), puede observarse que los presos con mayores puntuaciones en ETAPA obtuvieron unas puntuaciones en ETAPAREG significativamente superiores a las de los otros presos y a las del grupo control. Siendo remarcable la gran similitud de puntuaciones entre los presos con puntuaciones bajas en ETAPA y el grupo control.

Resultados del estudio 2

Con el fin de poner a prueba el modelo derivado a partir de la ecuación de regresión se realizaron cálculos en otras muestras de presos (M-3) y estudiantes (M-4), a los cuales también se les había administrado la ETAPA. En este estudio se dispuso adicionalmente de información clínica referente al diagnóstico del T.A.P. para el grupo de presos (M-3). Se puede observar en la Tabla IX las comparaciones de medias de la puntuación ETAPAREG

TABLA VII

Análisis de Regresión Múltiple de la ETAPA-A a partir de los items de la ETAPA-J en la Muestra 1

Variable	B	SE B	Beta	T	P<
Item 38 (V)*	-4.793	1.026	-.394	-4.66	0.001
Item 24 (V)	-5.202	1.128	-.401	-4.61	0.001
Item 35 (V)	-3.150	.985	-.261	-3.19	0.002
Item 37 (F)	-2.697	1.048	-.222	-2.57	0.01
Item 27 (V)	-2.300	1.101	-.185	-2.07	0.04
(Constante)	38.777	3.569		10.86	0.001

Puntuación mínima: 2.49; máxima: 18.33
 * Dirección de la respuesta. V= verdadero, F= falso.

A.P. Dicha puntuación mostró unos coeficientes de correlación en el grupo de presos de 0.77 con ETAPA/A, de 0.70 con ETAPA/J, y de 0.83 con ETAPA. Los resultados correspondientes para la muestra 2 fueron de 0.49, 0.46 y 0.53 respectivamente. Todos los coeficientes de correlación fueron altamente significativos (p<0.001).

En la Tabla VIII se registran las medias, desviaciones estándar y comparaciones de medias entre

para los dos subgrupos de delinquentes (M-3 TAP y M-3 NO TAP) y los estudiantes (M-4). El grupo de presos con el diagnóstico de T.A.P. son los que obtienen una puntuación más alta, seguido de los presos No T.A.P., y por último los estudiantes. Las diferencias de medias son significativas para todos los grupos.

Las correlaciones de las puntuaciones de ETAPAREG en el grupo de presos (M-3) con ETAPA/A fue-

TABLA VIII

Medias, desviaciones estándar y comparaciones de medias mediante la "t" de Student del primer estudio de las puntuaciones derivadas a partir de la ecuación de regresión

	N	X	D.E.	"t"	p<
ETAPAREG					
Muestra 1	92	10.13	4.60	7.86	0.001
Muestra 2	101	5.83	2.87		

TABLA IX

Medias, desviaciones estándar de las puntuaciones derivadas a partir de la ecuación de regresión y comparaciones de medias mediante la prueba de Duncan de la Muestra 1 con puntuaciones mayores de 14 en ETAPA (M-1 TAP), de la Muestra 1 con puntuaciones menores de 14 (M-1 NO TAP) y de la Muestra 2 (M-2)

	N	X	D.E.	(1)	(2)	(3)
ETAPAREG						
M-1 TAP	56	12.82	3.62	(1)		
M-1 NO TAP	31	5.92	2.04	(2)	*	
M-2	101	5.83	2.87	(3)		*

ron de 0.77, y con ETAPA/J de 0.70. Referente al grupo de estudiantes (M-4), las correlaciones halladas fueron de 0.49 para ETAPA/A y de 0.46 para ETAPA/J, todas ellas significativas ($p < 0.001$).

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad se caracterizan por ser muy operativos y se basan en descripciones comportamentales de actos antisociales. Ello es debido, probablemente a que fueron derivados de estudios sociológicos (Robins, 1966), y algunos autores han observado que tales criterios no parten de rasgos psicológicos, aunque pueden solaparse (Hare, 1985; Aluja, 1986b). Tales conductas antisociales recogidas en los criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad pueden no confluir necesariamente con rasgos de personalidad psicopática, debido que este trastorno es tal vez en términos DSM-III), el que más puede estar influenciado por el aprendizaje social. De hecho las características sociodemográficas de los presos estudiados así lo demuestran (Aluja, 1896). Hare (1983) ya informó

TABLA X

Medias, desviaciones estándar de las puntuaciones derivadas a partir de la ecuación de regresión, y comparaciones de medias mediante la prueba de Duncan de la Muestra 3 con diagnóstico de T.A.P. (M-3 TAP), de la Muestra 3 sin dicho diagnóstico (MG-3 NO TAP) y de la Muestra 4 (M-4)

	N	X	D.E.	(1)	(2)	(3)
ETAPAREG						
M-3 TAP	51	11.90	5.37	(1)		
M-3 NO TAP	48	7.25	3.82	(2)	*	
M-4	41	5.24	1.66	(3)		**

que en sus estudios con presos penitenciarios el 80% cumplía criterios del Trastorno Antisocial de la personalidad, mientras que sólo un 20% cumplía criterios de psicopatía basados en el Checklist de Cleckley (1976).

No obstante la conducta antisocial habitualmente no es un fenómeno aislado y esporádico en la vida de una persona, sino que es un proceso complejo en el que intervienen factores de personalidad, sociales, el sexo, etc.. (Pérez, 1984). La gran mayoría de los delincuentes adultos han realizado conductas antisociales desde su primera infancia, y tuvieron graves déficits afectivos y educativos que impidieron una correcta socialización o lo que Eysenck llama la adquisición de la *Conciencia Moral* (Eysenck, 1970). Las conductas antinormativas empiezan dentro de la familia y parecen seguir un encadenamiento progresivo en gravedad hasta la detención policial por infracción del Código Penal. La identificación de conductas antinormativas de riesgo de delincuencia es muy importante para que puedan ser tenidas en cuenta en los programas educativos o de rehabilitación de de adolescentes predelinquentes. Es por ello que a pesar de las críticas de concepto, la delimitación de los criterios del DSM-III en *de comienzo antes de los 15 años y desde de los 18 años* es de gran utilidad para el diagnóstico, y a la vez permite el estudio de la relación en el tiempo entre ambos grupos de criterios.

En nuestro caso hemos realizado un estudio retrospectivo mediante un modelo matemático y las conclusiones extraídas son teóricas. Por ello, sería necesario realizar estudios prospectivos con jóvenes de riesgo y observar al cabo de los años qué variables fueron las que más influyeron en la adquisición de la conducta antisocial.

El modelo de regresión múltiple empleado en este estudio, si bien podría ser cuestionado debido a la utilización de variables dicotómicas, se ha mostrado muy eficaz y fiable. Funciona con muestras independientes y de características muy diferenciadas (presos y estudiantes) evaluados en períodos de tiempo muy distantes. La fórmula de regresión se obtuvo a partir de los 5 ítems (de comienzo antes de los 15 años) que mejor predecían los ítems referentes a los criterios aplicables a partir de los 18 años de la escala ETAPA, instrumento que se ha mostrado muy útil para el diagnóstico epidemiológico del T.A.P.

Tomar alcohol con regularidad (24, ítems de la ETAPA), escaparse de casa por la noche (38), tener relaciones sexuales frecuentes con personas circunstanciales (35), implicación en robos menores (37) y haber tenido problemas con la policía antes de los 15 años (27) son los ítems que mejor predicen la conducta antisocial para después de los 18 años. En estos ítems puede entreverse rasgos de impulsividad (fugas), desinhibición (precocidad sexual), búsqueda de sensaciones (alcohol), interés por el riesgo (pequeños robos) que se encuentran también en la edad adulta, y que parecen ser rasgos de personalidad inherentes a la conducta antisocial en la mayoría de los estudios (Pérez, 1981).

Correspondencia:
 Dr. A. Aluja Fabregat
 Area de Personalidad, Evaluación
 y Tratamientos Psicológicos
 Universitat de Lleida
 Complex de la Caparella, s/n
 25192 Lleida

Bibliografía

- ALUJA, A.: *Resultados preliminares de una escala experimental para la evaluación del Trastorno Antisocial de la Personalidad según los criterios diagnósticos del DSM-II*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 1986a; 13,6:272-280.
- ALUJA, A.: *Estudio empírico de los criterios para el diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM-III: una medida autoinformada*. Tesis para la obtención del Diploma de Psicología Clínica. Escola Professional de Psicologia Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. 1986b.
- ALUJA, A.; GALLART, S.: *Psicopatología y evaluación en la práctica clínica*. Cuadernos de Medicina Psicosomática. 1987; 3:31-43.
- ALUJA, A.: *Personalidad desinhibida y hormonas sexuales: Estudio en delincuentes y no delincuentes*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Univ. Autón. Barcelona. 1989.
- ALUJA, A.: *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU). 1991a.
- ALUJA, A.: *Evaluación clínica y Psicometría del Trastorno Antisocial de la Personalidad*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 1991b; 18,2:59-70.
- ALUJA, A.; TORRUBIA, R.: *Personalidad, Horror y Violencia en Los Mass Media*. C. Med. Psicosom., 1992; 22:63-65.
- ALUJA, A. Y TORRUBIA, R.: *Relación entre variables de personalidad e interés por temas morbosos y sexuales en los mas media: replica al estudio de Zuckerman y Litle en una muestra española*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 1993; 20,2:71-80.
- ASOCIACION AMERICANA DE PSICOLOGIA.: *Standards for Educational and Psychological Test and Manuals*. Inc. 1200 seventeenth Street. N.Y. Washington, D.C. 1966.
- ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA.: *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales*. Tercera edición. 1980. Tercera edición revisada, 1987. Edición en español de MASSON S.A.
- ANASTASI, A.: *The concept of validity in the interpretation of test scores*. Educational and Psychological Measurement, 1950; 10:67-68.
- ANASTASI, A.: *Test Psicológicos*. Aguilar, 3ª edición, 1973 (original, 1968).
- ARQUE, J.; UNZETA, M.; TORRUBIA, R.: *Neurotransmitter system and personality measurement: a study in psychocomatic patients and healthy subjects*. Neuropsychobiolog, 1988; 19:147-157.
- BRIGG, M.; BRIGGS, M.: *Relationship between monoamine oxidase activity and sex hormone concentration in human blood plasma*. J. Reprod. Fert. 1972; 29:447-450.
- BRODSKY, S. L.; SMITHERMAN, H. O.: *Handbook of*

- Scales for Research in Crime and Delinquency. Perspectives in Law & Psychology. 5. Plenum Press. N.Y. and London. 1983.*
- BROVERMAN, D.; KLAIBER, E.; KOBAYASHI, Y.; VOGEL, W.: Roles of activation in inhibition in sex differences in cognitive abilities. *Psychological Review. 1968; 75:23-50.*
- BUSS, A.; DURKEE, A.: An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. of Consult. and Clinical Psychology. 1957; 21:343.*
- CLECKLEY, H.: *The mask of Sanity (5ta. edición) St. Louis, Mo: Mosby. 1976.*
- DE FLORES, T.: *Paradigma d'agressió de Buss en relació a variables fisiològiques i psicològiques. Tesis doctoral. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 1982.*
- DAIZMAN, R.; ZUCKERMAN, M.: *Desinhibitory Sensation Seeking, Personality en Gonadal Hormones. Person. Individ. Diff., 1980; 1:103-110.*
- DAHLSTROM, W.; WELSH, G.; DAHLSTROM, L.: *An MMPI Handbook. Vol II. University of Minnesota Press. Minneapolis. 1972.*
- EYSENCK, H.: *Crime and Personality. Paladin (2da. ed.) London, 1970.*
- EYSENCK, J.: *The biological basis of personality. Charles C. Thomas Publisher. Springfield, Illinois, 1967.*
- EYSENCK, J.; EYSENCK, S.: *Psychoticism as personality Dimension. Hodder & Stoughton. Londres, 1976.*
- FREEDMAN, J.: *Effects of Television Violence on Aggressiveness Psych. Bull., 1984; 96:227-246.*
- GORESTEIN, E.; NEWMAN, P.: *Desinhibitory Psychopathology: A new perspective and model for research. Psychopathological Review. 1980; 3:301-315.*
- HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C.: *A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota). Journal of Psychology, 1940; 10:249-254.*
- HARE, R.: *Comparison of procedures for the Assessment of Psychopathy. J. of Cons. and Clin. Psychology. 1985; 53, nov. 1:7-16.*
- HARE, R.: *Diagnosis of Antisocial Personality in two Prison Variables de Personalidad y Delincuencia. Treballs del Departament. Núm. 4. Unitat de Psicologia Medica. Fac. de Medicina. U.A. de Barcelona. 1984.*
- HERNANDEZ, E.; SALAMERO, M.: *Evaluación neuropsicológica del deterioro intelectual. En Psicopatología Jurídica y Forense. L. Ortega-Monasterio. P.P.U., 1991; Pág. 109-122.*
- LEVI, L.: *Stressors, stress tolerance, emotions and performance in relation to catecholamine excretion. Dentro de Emotional Stress. Psychological Reactions; Medical, industrial and military implications. Elsevier. N.Y., 1969; pág. 192-200.*
- LEVI, L.: *Sympatho-adreno-medular activity, diuresis and emotional reactions during visual sexual stimulation in human females and males. Psychosom. Med., 1969; 32:251-268.*
- MCCOBY, E.; JACKLIN, C.: *The Psychology of Sex Differences. Stanford Univ. Press. Stanford. Calif. 1974.*
- MURPHY, D.; DELMAKER, R.; BUCHSBAUN, M.; MARTIIN, N.; CIARANELLO, R.; WYATT, R.: *Biogenetic amine related enzymes and personality variations in normals. Psychological Medecine., 1977; 7:149-157.*
- PEREZ, J.: *Medidas de personalidad y delincuencia. Revista Latinoamericana de Psicología, 1981; 13:361-374.*
- PEREZ, J.: *Variables de Personalidad y Delincuencia. Treballs del Departament. Núm. 4. Unitat de Psicologia Mèdica. Fac. de Medicina. U.A. de Barcelona, 1984.*
- PEREZ, J.; TORRUBIA, R.: *Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V). Reviista Latinoamericana de Psicología, 1986; 18:7-22.*
- ROBINS, L.: *Deviant Children Group Up. A sociological And Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore. Williams and Wilkins. 1966.*
- SCHOOLER, C.; ZAHN, T.; MURPHY, D.; BUCHSBAUN, M.: *Psychological correlates of monoamine oxidase in normals. J. of Nervous of Mental Disease. 1978; 166:177-186*
- TEA EDICIONES, S.A.: *Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Adaptación española. Madrid. 1986.*
- Von KNORRING, L.; ORELAND, L.; Von KNORRING, A.: *Personality traits and platelet MAO activity in alcohol and drug abusing teenage boys. Acta Psychiatr. Scand. 1987; 75:307-114.*
- VON KORRING, L.; ORELAND, L.; WINBLAND, B.: *Personality traits related to monoamoneoxidases activity in platelets. Psychtry Research. 1983; 12:11-26.*
- ZUCKERMAN, M.: *Research on pomography. En: Sex and the Life Cycle (Ed. por Oaks W.W Melchiod G.A and Ficher, I) Grune & Stratton. N.Y. 1976; Págs. 147-161.*
- ZUCKERMAN, M.: *Sensation Seeking; Beyond the Optimal Level of Arousal-Erlbaum. Hillsdale. N.Y. 1979.*
- ZUCKERMAN, M.: *Abiological theory of sensation seeking. En: Biological Basis of sensation Seeking Impulsivity and Anxiety. M. Zuckerman Ed. Erlbau. 1983.*
- ZUCKERMAN, M.: *Sensation Seeking: A comparative Approach to Human Trait. Behavio. Brain. Sci., 1984; 7:413-471.*
- ZUCKERMAN, M.: *Psychobiology of personality. Cambridge University Press. Cambridge. 1991.*
- ZUCKERMAN, M.; LITTLE, P.: *Personality and Curiosity about morbid an Sexual Events. Person. Individ. Diff. 1986; 7:49-56.*
- ZUCKERMAN, M.; KOLIN, E.; PRICE, E.; ZOBB, I.: *Development of a Sensation Seeking Scale. J. of Consult. Psychology., 1974; 28:477-482.*
- ZUCKERMAN, M.; BUCHSBAUM, M.; MURPHY, D.: *Sensation Seeking and Biological Correlates. Psychol. Bull. 1980; 88:187-214.*