

- GONZALEZ LORENZO, M. (1983): Práctica bilingüe y bilingüismo en la población escolar, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38 (5), 976-991.
- KINTSCH, W. (1979): Recognition memory in bilingual subjects, *Journal Of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 9, 405-409.
- LAMBERT, W.E. y TUCKER, G.R. (1972): *Bilingual education of children: The Saint Lambert Experiment*, Newbury House Publishers, Massachusetts.
- PEAL, E. y LAMBERT, W. E. (1962): The relation of bilingualism to intelligence, *Psychological Monographs*, 76, 1-23.
- SWAIN, M. (1978): French Immersion: Early, late or partial?, *The Canadian Modern Language Review*, 34, 577-585.
- SWAIN, M. (1975): Writing skills of grade 3 French immersion pupils, *Working Papers on Bilingualism*, 7, 1-38.
- TORRANCE, E.P., GOWAN, J. C., WU, J.M., y ALIOTTI, N.C. (1970): Creative functioning of monolingual and bilingual children in Singapore, *Journal of Educational Psychology*, 61, 72-75.
- TOUKOMAA, P. y SKUTNABB-KANGAS, T. (1977): *The intensive teaching of the Mother tongue to migrant children of preschool age and children in the lower level of comprehensive school*, Research Reports, 26 Tampere, Finlandia.
- TREMAINE, R.V. (1975): *Syntax and Piagetian operational thought*, Washington, D.C., Georgetown University Press.
- TSUSHIMA, W.T. y HOGAN, T.P. (1975): Verbal ability and school achievement of bilingual and monolingual children of different ages, *Journal of Educational Research*, 68, 349-353.
- VILA, I., BOADA, H. y SIGUAN, M. (1982): Adquisición y desarrollo del lenguaje en bilingües familiares: primeros datos de una investigación, *Infancia y Aprendizaje*, 19-20, 89-99.
- VOLTERRA, V. y TAESCHNER, T. (1978): The acquisition and development of language by bilingual children, *Journal of Child Language*, 5, 311-326.

EL PERITAJE PSICOLOGICO EN LOS TRIBUNALES: IMPUTABILIDAD Y DIAGNOSTICO

Leopoldo ORTEGA-MONASTERIO
Facultad de Medicina e Instituto de Criminología
Universidad de Barcelona
Antón ALUJA FABREGAT
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Barcelona
Montserrat CARDELLUS MAESTRE
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona
Conchita CARTIL FERRE
Departamento d'Educació i Psicologia
Tarragona

RESUMEN

Este trabajo es una recopilación de tres dimensiones del peritaje psicológico. La primera clarifica el concepto de peritaje y las funciones del perito ante los tribunales de justicia. La segunda, es sobre la valoración psicométrica de la personalidad, y la tercera trata de la victimología y dentro de la misma, consideraciones en torno al estrés posttraumático. Estas tres partes están interrelacionadas y su estudio es imprescindible para completar un buen peritaje.

SUMMARY

This work is a compilation about three dimensions of psychological skilfulness. The first dimension assorts the concept of skilfulness and the proficient's role above courts of justice. The second dimension is about psychometric assessment on personality, and the third treats victimology and, inside of it, regards about posttraumatic stress. These three parts are related each other and their study is indispensable to complete a good skilfulness.

CONSIDERACIONES GENERALES Y ESTRUCTURA DEL PERITAJE PSICOPATOLOGICO ANTE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA

La praxis jurídica requiere con frecuencia los dictámenes de médicos, psicólogos, economistas, grafólogos, arquitectos, técnicos en balística y todas aquellas disciplinas que en cualquier momento pueden asesorar a la justicia en sus resoluciones procesales y en la elaboración de las sentencias. Y así, el perito forense será aquel experto que asesore a la justicia en materias propias del ramo del saber al que pertenece al perito. En la actualidad, y dada la importancia que está adquiriendo la Psicología Clínica, algunos juzgados han incluido en sus plantillas a profesionales de la

psicología para obtener evaluaciones psicopatológicas cuantitativas de la personalidad. También hemos comprobado que en los informes solicitados a instancia privada se incluye con relativa frecuencia la participación de profesionales de la psicología. Así pues, la tecnificación y la cada vez más compleja especialización de las ciencias está dando una notable importancia a lo que podemos denominar psicología forense.

Vamos a exponer algunas consideraciones sobre la función pericial del clínico. En primer lugar, debe ser un experto en la materia sobre la que va a emitir opinión. Conviene que junto a los conocimientos teóricos tenga una experiencia observacional o práctica que le permita apreciar con la máxima eficacia el tema sobre el que se cuestiona. Así pues, según se trate de psicopatología clínica, dinámica familiar, psicopedagogía, criminología, etc., el perito deberá tener una experiencia profesional y en cualquiera de los casos no deberá tener reparo en consultar con otros colegas o profesionales que puedan asesorarle, o incluso requerir formalmente su presencia ante la causa, según la magnitud y las dificultades del caso.

Otra condición inexcusable del perito forense es su probidad y su imparcialidad ante el tribunal, aunque haya sido requerido por la autoridad judicial o el ministerio fiscal, o a instancia de una de las partes litigantes en lo civil o de las partes privadas que actúan en una causa penal. Ello no quita la posibilidad de que una vez concluido el informe las otras partes puedan formular preguntas, aclaraciones o ampliaciones, que siempre serán respondidas con imparcialidad y objetividad ante el tribunal y por ello pueden tener un efecto favorable o desfavorable a cualquiera de las partes. Por citar un ejemplo resumámos un diálogo de un supuesto juicio penal contra un paciente paranoico acusado de asesinato:

Pregunta de la defensa: ¿El paciente actuó bajo unas convicciones delirantes y por lo tanto patológicas, al creerse perseguido y amenazado?

Perito: Sí

Defensa: ¿Cree usted que es tributario de un tratamiento psiquiátrico?

Perito: Sí, aunque el resultado suele ser poco exitoso en estos casos.

Pregunta de la acusación: ¿El acusado era consciente de que cometía un acto contra la vida de otra persona, y había premeditado previamente la acción?

Perito: Sí

Acusación: O sea que el acto no fue imprevisto, sino que estaba previamente planificado.

Perito: Sí, según deduzco del testimonio del acusado y de los mismos hechos, y esta conducta así elaborada suele ser típica de los pacientes paranoicos.

Acusación: ¿Cree usted que el acusado es capaz de convivir con personas normales en un centro penitenciario ordinario?

Perito: En principio sí, dado que no necesita cuidados muy especializados, y por otro lado no tiene conciencia de enfermedad. No admite estar "loco" y toleraría mal un ambiente de hospital psiquiátrico.

Defensa: A pesar de todo lo anteriormente expuesto ¿Se ratifica usted en que se trata de un enfermo grave, y que realmente actuó movido por ideas delirantes persecutorias?

Perito: Sí.

Este ejemplo nos muestra que el perito debe disponer de una **competencia** y debe controlar la **contratransferencia** hacia el caso en cuestión. Así pues, el perito deberá evitar toda la influencia ideológica personal o **afectiva**.

Una vez expuestas estas consideraciones vamos a comentar los **aspectos** más relevantes del **peritaje psicopatológico** ante la **justicia penal, civil y laboral** y ante el **derecho de la familia**. En el **peritaje penal** se suele **requerir** al perito para que ayude a valorar el estado mental del acusado **durante** los hechos de autos, a efectos de determinar su **imputabilidad**. Este **concepto** es esencialmente **jurídico** y tiene una base **psicobiológica**. Gisbert Calabuig lo define como "el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la **acción** sea comprendida como causada **psíquicamente** y **éticamente por aquellas**". Según el mismo autor, hay tres criterios complementarios para **valorar** la **imputabilidad**:

1) Criterio **cuantitativo**: la existencia de **síntomas clínicos** o de un **trastorno que afecte** a las funciones **cognitivas** o **volitivas**.

2) Criterio **cuantitativo**: que este **trastorno** sea lo **suficientemente intenso** como para hacer al sujeto **parcial** o **totalmente responsable** de los hechos.

3) Criterio **cronológico**: **coincidencia** en el tiempo entre el **trastorno psicopatológico** y los hechos de autos. Es decir, que tales hechos sean cometidos "durante" la **enfermedad**. Como podemos imaginarnos, la **valoración retrospectiva** del inculpaado, así como el hecho de que los **tratamientos actuales** modifiquen muy **favorablemente** la **evolución** de las **enfermedades mentales**, hacen en ocasiones muy **difícil** la **valoración de este factor** tan importante. Respecto al **criterio de imputabilidad**, muchos **juristas** preguntan al **perito** sobre las **capacidades de conocer** y **de obrar** del inculpaado o sobre el **entendimiento y la voluntad**.

Dalgard propone a la vez un **criterio primario** (la existencia de un **trastorno mental**) y un **criterio secundario** (la **relación del trastorno** con los hechos de autos). En **ambos casos**, la **valoración del concepto de entendimiento** debe hacerse no sólo en lo **referente** a la **inteligencia** (que se afecta en **oligofrenias** y **cuadros demenciales**) sino **también** a los **trastornos del contenido del pensamiento** (fundamentalmente las **ideas delirantes**). Por citar referencias **clínicas concretas**, diremos que la **oligofrenia severa**, la **demenia profunda**, el **brote delirante agudo** y los **cuadros tóxicos graves** con **afectación de la conciencia**, serían **cuatro paradigmas típicos de imputabilidad**. En **ocasiones**, la **patología se encuentra atenuada** o **nunca** ha sido lo **suficientemente intensa** como para **considerar** al sujeto **imputable**, pero puede haber una **disminución parcial** o **incompleta de sus funciones** psíquicas, y en tales casos puede contemplarse el **concepto de imputabilidad parcial** o **semiimputabilidad**.

Las teorías del **aprendizaje** han querido dar un **carácter más científico** a la **dimensión clínica del concepto**, y han querido **definir** al sujeto **inimputable** como "no **influyente por las leyes del aprendizaje**". Este planteamiento tiene sus **objeciones teóricas**, pues nos puede llevar al **extremo de considerar** que **todo delincente actúa antinormativamente** porque en ese momento no es **receptivo a las leyes del aprendizaje**. En cualquiera de los casos, y a pesar de la **natural complejidad de un concepto tan filosófico-jurídico-moral**, en la **práctica los clínicos** solemos encontrar unos **criterios operativos** y **consensuados** para **informar al tribunal** con un **lenguaje accesible para el**

jurista y que le va a resultar útil para tomar una decisión. No debe olvidarse que el clínico périto siempre es un auxiliar de la justicia, que su informe no es vinculante para el tribunal, y que siempre será éste quien deba asumir la función de redactar una sentencia.

Por último, las mismas funciones psíquicas que determinan la imputabilidad son también, aunque en grado distinto según cada caso particular, las que determinan la capacidad civil y la capacidad laboral de un presunto enfermo, así como las capacidades para el consentimiento en el contrato familiar o para ejercer las funciones de "pater o mater familiae". También el Derecho de Familia debe peritarse en ocasiones sobre el estado mental de los hijos menores de edad. En este caso el informe debe ser algo dinámico y prospectivo, pues suele preguntarse al périto sobre las conveniencias de convivir con uno de ellos, sobre las características y la periodicidad del régimen de visitas, etc.. Y en este terreno, habitualmente intoxicado por una elevada conflictividad familiar, el périto debe valorar y en cierta medida predecir, teniendo en cuenta una dinámica relacional muy compleja.

VALORACION PSICOMETRICA DE LA PERSONALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA PERICIAL

Una de las funciones más importantes del psicólogo clínico es evaluar el estado psicopatológico de los pacientes. Los psicólogos han incorporado mucho antes que los psiquiatras un conjunto de recursos técnicos y estadísticos que hacen que los resultados de evaluación tengan un alto grado de fiabilidad. A ello han contribuido varios factores. El más importante es la utilización por parte de los psicólogos de sistemas y modelos de clasificación no categoriales. Propios de la psiquiatría son los sistemas de clasificación categoriales que se refieren a una evaluación cualitativa de los síntomas de un paciente. En cambio los modelos dimensionales comportan casi siempre instrumentos de medida de índole cuantitativa. La información cuantitativa se recoge a través de tests psicométricos que cumplan los requisitos técnicos de validez y fiabilidad.

Actualmente los tests psicométricos administrados por psicólogos expertos son de gran utilidad tanto en la evaluación y clasificación de las características psicológicas, como en la predicción del comportamiento. Es por esto que cuando un psicólogo actúa como técnico pericial (o debería basar), las conclusiones de su trabajo en los resultados de su instrumento de evaluación. De ser así, otro psicólogo experto que estudiase esta información debería coincidir con el dictamen del primero, puesto que la labor de un peritaje es una labor "técnica" por autonomía. Todo ello no quiere decir que se renuncie a la valoración cualitativa o impresión clínica que toda relación interpersonal (en este caso evaluador-evaluado) conlleva. Pero este segundo apartado no puede ver lo relevante sino lo complementario en un proceso de evaluación.

Los tests psicométricos son el mejor instrumento que se conoce para

medir la personalidad, pero tienen algunos inconvenientes. El principal es que toda información auto-valorada se puede distorsionar. En los cuestionarios se pide al examinado que conteste de forma dicotómica a preguntas o proposiciones referentes a creencias, actitudes y comportamientos. El evaluado es previamente informado del objeto de la evaluación, lo cual hace (en función de sus intereses) que pueda intentar presentar una imagen de sí mismo distorsionada. Es decir, puede que "simule" patología o que pueda dar una impresión "favorable". Este inconveniente, obvio por otra parte, se ha tenido en cuenta desde el principio y se ha intentado solucionar incluyendo en los cuestionarios items o escalas que reflejen la "actitud" del paciente al contestar las preguntas.

Uno de los cuestionarios más populares y de amplio uso en todo el mundo en el campo del peritaje psicológico es el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Este test dispone de tres escalas de validez para detectar la distorsión motivacional: una escala para la detección de mentiras (L), otra escala para saber la cantidad de respuestas infrecuentes (F), y una tercera que nos informa de la defensividad del examinado ante la conflictividad emocional.

El estudio empírico de estas escalas, ha demostrado que son capaces también de darnos información psicológica. No solamente estas escalas son sensibles a la patología emocional, sino que reflejan variables de naturaleza socio-cultural. Tales variables pueden incluso ofuscar los constructos para los cuales fueron propuestas. Por lo tanto, el psicólogo clínico experto ha de tener mucho cuidado en sus interpretaciones y no aplicar de forma estandar los baremos y códigos habituales de las muestras clínicas.

Se administraron las escalas de validez del MMPI a una muestra de reclusos de un Centro Penitenciario de Barcelona formada por 99 varones distribuidos en dos grupos: el grupo 1 estaba integrado por 51 internos diagnosticados previamente de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), según los criterios del DSM-III; el segundo grupo se componía de 48 internos que no cumplían suficientes criterios para el diagnóstico. Se utilizaron tres grupos de control: uno de 21 pacientes que presentaban síntomas de angustia derivados de una disfunción sexual no orgánica, otro de 20 pacientes psicóticos internados en una Sala Psiquiátrica y un último grupo de estudiantes de quinto curso de medicina. Para los grupos experimentales se incluyó una entrevista que recogía información sobre 17 variables socio-culturales.

Tras analizar los resultados mediante los estadísticos pertinentes apreciamos diferencias altamente significativas en las puntuaciones de la escala L de los dos grupos de reclusos. Los reclusos diagnosticados de TAP resultaron ser más "sinceros" que los del otro grupo que no cumplían suficientes criterios para el diagnóstico. Aunque estos últimos son más sinceros que los estudiantes. La escala L se ha interpretado posteriormente

como una escala de conformismo social, en el sentido de que a más puntuación, más conformismo social. Cuanto más psicópata es una persona, más bajo puntúa en la escala L. Sabido eso, lo patológico y sospechoso es que un delincuente psicópata puntúa alto en la escala L, es decir, que "mienta".

En las puntuaciones de la escala F nos encontramos que excede en el grupo de presos diagnosticados de TAP. El grupo de delincuentes que no alcanzan criterios suficientes de TAP tiene una media dentro de la normalidad, aunque algo superior al grupo de estudiantes. Estos resultados pueden explicarse considerando que los grupos sociales marginales (con una subcultura propia) tienden a responder de forma patológica en la escala F por sus experiencias peculiares derivada de su "modus vivendi".

La escala K se propuso como una escala detectora de la defensividad ante los propios síntomas y es una escala correctora de otras escalas psicopatológicas. Es decir, si un individuo es muy defensivo, se le sobrecargan algunas escalas del perfil del MMPI. En la práctica se observa que esta escala es una buena predictor del autoconcepto. En nuestro trabajo la puntuación más baja en esta escala la alcanzó el grupo de reclusos TAP, y la más elevada el grupo de estudiantes. Este hallazgo, nos lleva a replantearnos psicométricos importantes, ya que el valor de K como factor corrector queda en entredicho. Aquí también de forma paradójica vemos que los delincuentes más duros se defienden muy poco según los constructos originales de K, pero en realidad es que tienen un bajo autoconcepto, lo cual si es coherente.

En los grupos 1 y 2 o experimentales, las escalas L, F y K se mostraron predictivas de algunas variables socio-culturales. La clase social a la que pertenece un individuo es discriminada con poco margen de error por la escala L. Los individuos pertenecientes a la clase "media-alta" puntúan más que las demás categorías sociales. Estos presos tienen un grado de conformismo social más elevado que los demás. Estos se encuentran en mayor proporción en el grupo 2 (no TAP). Los "asalariados" (entendido como clase social y no como profesión) puntúan más en la escala F que los pertenecientes a la clase "mediana-alta". En la escala K también alcanzan puntuaciones más elevadas los internos de la clase "mediana-alta" que los "asalariados". También observamos que los reclusos con estudios universitarios puntúan el doble en K que los que sólo saben leer y escribir. Esto sucede igualmente en la variable profesión. Los presos que tienen profesiones socialmente más consideradas (asalariados, altos profesionales), alcanzan mayores puntuaciones en K. Los reclusos que han cometido delitos múltiples (propiedad y personas), puntúan hasta 5 veces más en la escala F que los que cometieron delitos de falsedad. La F discrimina perfectamente entre los individuos que manifiestan un comportamiento "normal" en la cárcel de los que son sancionados por su mala conducta. Este dato puede ser de utilidad en la clasificación de internos penitenciarios. La F también discrimina entre "primarios" y "reincidentes", siendo estos últimos los

que más puntúan.

Pensamos que los resultados de este trabajo confirman que un instrumento de medida, en este caso el MMPI (escalas de validez L, F, K) han de interpretarse de forma diferencial según la población a la que se aplique. Por tanto, consideramos que el périto psicólogo ha de poseer amplia experiencia clínica, pero que esta experiencia exclusiva en un medio hospitalario con enfermos mentales no es garantía suficiente en el peritaje de delincuentes. Por estas razones pensamos en la necesidad apremiante de que la figura del psicólogo se incorpore al equipo forense. De esta forma este profesional podría especializarse e investigar periódicamente sobre sus instrumentos profesionales, bien adaptando o validando los del mercado internacional o creando los propios. De esta manera se crearía un cuerpo de especialistas y técnicos que se basaran en las pautas de la psicología experimental que con toda seguridad repercutiría en una mejor calidad de la justicia.

VICTIMIOLOGIA: CONSIDERACIONES EN TORNO AL TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO

La victimiología es aquella parte de la psiquiatría que estudia los problemas de salud y los problemas psicológicos asociados a acontecimientos vitales de tipo traumático. Aquellas personas que han sufrido un acontecimiento situado por encima del rango usual de la experiencia humana son los que llamaremos víctimas y que van a ser el objeto de estudio de la victimiología. Actualmente se ha ampliado mucho el campo de estudio de estos trastornos, incluyendo las víctimas de catástrofes naturales (terremotos, inundaciones...) y otras catástrofes colectivas (guerras, genocidios, accidentes químicos y nucleares...) y aquellas catástrofes que afectan a grupos pequeños o a individuos (secuestro, atentados, robos, violaciones, accidentes laborales, de circulación...)! En pocos años esta rama de la psiquiatría se ha convertido en una subespecialidad con entidad propia. Los problemas psiquiátricos que sufren los sujetos víctimas de lo que anteriormente se ha expuesto son denominados "trastornos por estrés posttraumático" (Eitinger, 1986).

No existe una definición consensuada de estrés posttraumático. Podemos definir ESTRES como aquella alteración específica en la relación individuo y medio que determina el inicio de una serie de respuestas psicológicas y fisiológicas encaminadas a la adaptación (Lazarus, 1966 y Keane, 1985). TRAUMA sería un acontecimiento vital fuera del rango usual de la experiencia humana, y de intensidad suficiente como para generar estrés en la mayoría de individuos. Así pues, por ejemplo, el estrés traumático en los veteranos de la Guerra del Vietnam no es la batalla, sino hechos concretos acaecidos durante el combate.

Existen pocos instrumentos para la evaluación de este trastorno, en cuanto a escalas de evaluación, la única que hemos tenido conocimiento es

la "Impact Event Scale" (Burststein, 1985) que consta de 15 ítems. Sería interesante una entrevista estructurada pero es un tema poco investigado. Los criterios diagnósticos están tipificados en el DSM-III bajo el nombre "Trastornos por estrés posttraumático" (Tabla I)

Tabla 1.- Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático DSM-III.

A- Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.

B- La reexperimentación del traumatismo se pone de manifiesto al menos por alguno de los siguientes síntomas:

- 1) recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento.
- 2) sueños recurrentes del acontecimiento.
- 3) comportamiento repentino o sentimientos también repentinos como si el acontecimiento traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideativo.

C- Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1) disminución notable del interés en una o más actividades significativas.
- 2) sentimientos de separación o de extrañeza respecto a los demás.
- 3) constricción del afecto.

D- Al menos dos de los siguientes síntomas que no estaban presentes antes del traumatismo: 1) estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada.

2) alteraciones del sueño.

3) sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron, hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia.

4) afectación de la memoria o dificultades de concentración.

5) evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático.

6) intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

Encontramos unos factores de riesgo, unos relacionados con la duración e intensidad del trauma y otros relacionados con el individuo, entre estos están los antecedentes psiquiátricos. Otros factores son los de personalidad, todavía poco estudiados, y finalmente el "copping", la capacidad de afrontamiento de cada persona.

Aparte de los factores de riesgo, la presencia de un trastorno de estrés posttraumático (T.E.P.) produce unas secuelas que aparecen y afectan a aspectos relacionados con la personalidad y el grado de socialización del individuo, así, estos individuos empiezan a presentar tendencia al aislamiento, una incapacidad de establecer relaciones sociales, aparecen conductas desadaptadas y una incapacidad de tener sentimientos afectivos hacia sus seres queridos.

En cuanto al tratamiento, se han utilizado terapias de apoyo y aspectos psicodinámicos y terapias cognitivas, y también la realización de terapias

comportamentales de diversos aspectos. Entre otras técnicas utilizadas figuran: la hipnosis, la desensibilización sistemática, técnicas de impulsión y relajación... La realización de actividades sociales específicas tiene mucha importancia por el factor de aislamiento y conductas desadaptadas que puedan realizar.

Es evidente que la psiquiatría forense tiene mucho que decir en el campo de la victimología. Silverman (USA, 1985) dice que el trastorno por estrés posttraumático es admitido en Estados Unidos como atenuante, tanto como justificación de crímenes de gente que ha estado en la Guerra del Vietnam y como para obtener compensaciones. En este caso es muy importante el diagnóstico diferencial con la simulación, como ha ocurrido en España con la colza y pensar que la mayoría de los casos son reales.

Finalmente proponemos unas recomendaciones, como mejorar las medidas de evaluación, incluyendo entrevistas estructuradas, la utilización de vídeos, para presentar el caso en el momento agudo del juicio, puesto que son individuos que normalmente aparecen sin problemas, y que cuando les vea el tribunal, puede pensar que no tiene problemas. Hay que tener en cuenta que el juicio es otro factor estresante que puede ayudar a que nuevamente se desencadene toda la sintomatología.

CONCLUSION

Los peritos son, pues los que han de dirimir la contienda suscitada entre la acusación fiscal y la defensa... Pero ¿cómo lo han de hacer? Por medio de un criterio médico-psicológico que no permita en ningún caso confundir a un enfermo con un criminal y viceversa, como se ha hecho, por desgracia, en el primer sentido, por espacio de muchos siglos (Pedro Mata, 1868).

Hemos querido constatar en este trabajo con ejemplos prácticos la difícil tarea del peritaje del psicólogo que tiene que ir respaldado por una experiencia amplia y una imparcialidad. Lo más importante para el perito psicólogo es tener un criterio que sea válido y fiable para la justicia. Como se ha desarrollado en el trabajo, el perito psicólogo se enfrenta con problemas respecto a la aplicación de pruebas psicométricas debido a que cada población presenta diferentes características y los resultados pueden salir sesgados. En la aplicación del MMPI se ha tenido en cuenta estos factores y demostramos que es una de las pruebas más válidas para establecer un criterio diagnóstico. La victimología queda englobada dentro de la población a la que el perito psicólogo tiene que atender debido a la conexión que tiene con la parte jurídica, ya que de ésta depende el que las personas afectadas por trastornos por estrés posttraumático tengan una posterior rehabilitación y compensación (ya sea de tipo económico o sanitaria).

Aún está sin unas perspectivas claras, la especialización de la psicología forense, pero sí podemos afirmar que hay una creciente demanda, por parte de los tribunales de justicia y de la población, de peritajes psicológicos que

creemos que, en un plazo no muy largo, delimitará una rama de la psicología: la psicología jurídica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALUJA, A. (1986): Resultados preliminares de una escala experimental para la evaluación del trastorno antisocial de la personalidad según criterios diagnósticos DSM-III. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 13,6. 272-280
- ALUJA, A. (1987): Estudio empírico del trastorno antisocial de la personalidad según criterios del DSM-III: una medida autoinformada. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 14,2. 122-123
- BLASHFIELD, R.K. (1984): *The classification of Psychopatology*. A NeoKraepelian and Quantitative Approaches. New York, Plenum Press.
- EITINGER, L. (1986): *Victimology. Psychiatry and its related disciplines, the next 25 years*. Copenhagen. W.P.A. Regional Symposios.
- EYSENCK, H.J. RACHMAN, S. (1965): *The causes and cures of neurosis*. London. Roulledge and Kean Paul.
- GRINKER, R.R., SPIEGEL, J.P. (1945): *Men under stress*. Philadelphia. Blakiston.
- HATHAWAY, S.R. y MCKINLEY, J.C. (1940): *A Multiphasic Personality Schedule* (Minnesota). I. Constructions of the schedule. *J. of Psychology*, 10, 249-254.
- HATHAWAY, S.R. y MCKINLEY, J.C. (1943): *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York. Psychological Corporation
- HATHAWAY, S.R. y MCKINLEY, J.C. (1951): *The MMPI manual*. Revised. New York. The Psychological Corporation.
- KAISER, G. (1967): *Criminología*. Vol. 17. Barcelona. Espasa Calpe.
- MIRA y LOPEZ, E. (1944): *La psiquiatría en la guerra*. Buenos Aires. Ed. Médico Quirúrgica.
- NEUMAN, E. (1984): *Victimología*. Buenos Aires, Ed. Universidad.
- PAULHUS, D.L. (1981): Control of social desirability in personality inventories: Principal-factor deletion. *J. of Research in Personality*, 15, 383-388.
- PEPYS, S. (1944): *El diario de Samuel Pepys (1660-1669)*. Buenos Aires. Ed. Lautaro.
- TAYLOR, J.B., CARITHERS, McCOYNE (1976): MMPI performance, response set, and the "self-concept" Hypothesis. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 351-362.