



Indicadores clínicos de personalidad en víctimas de tortura, a la vista del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota- 2: un estudio descriptivo- correlacional.

Claudia Alejandra Celis Díaz

Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo-Conductual

<https://orcid.org/0009-0001-9501-2199>

Emmanuel de Jesús Espinosa Rodríguez

Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo-Conductual

<https://orcid.org/0009-0004-0282-9274>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Celis Díaz, C. A., & Espinosa Rodríguez, E. de J. (2024). Indicadores clínicos de personalidad en víctimas de tortura, a la vista del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota- 2: un estudio descriptivo- correlacional. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 1(1). <https://revistaricappsicologia.uatx-uamcc.lat/index.php/ricap/article/view/18>

Resumen: La tortura es una manifestación que, por su representación histórica, ha tenido desdiferenciados acercamientos, todos estos sujetos a la libre intención antes que a la ley o a la razón. El objetivo de la presente investigación fue caracterizar la presencia de correlaciones de indicadores clínicos de la personalidad en personas de sexo masculino víctimas de tortura, las cuales se encuentran privadas de su libertad en los centros penitenciarios del primer (Colima), segundo (Tecomán) y tercer Partido Judicial (Manzanillo), del Poder Judicial del Estado de Colima, Colima. Se trabajó con una muestra de 55 evaluados de sexo masculino, durante un periodo de 2 años, aplicándoles el instrumento del MMPI-2 y el Protocolo de Estambul. Los resultados muestran que los rasgos de personalidad se correlacionan de forma positiva con la personalidad. Se concluye que la direccionalidad de estas correlaciones se encuentra asociada con el tipo de rasgo de personalidad que se esté valorando.

Palabras clave: Personalidad, Psicopatología, Víctimas, Tortura y Personas víctimas de tortura.

Clinical personality indicators in torture victims considering the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: a descriptive-correlational study.

Abstract: Torture is a manifestation that, because of its historical representation, has had dissimilar approaches, all of them subject to free intention rather than to law or reason. The objective of this research was to characterize the presence of correlations of clinical indicators of personality in male victims of torture, who are deprived of their liberty in the penitentiary centers of the first (Colima), second (Tecomán) and third Judicial District (Manzanillo), of the Judicial Branch of the State of Colima, Colima. A sample of 55 male inmates was evaluated over a period of 2 years, applying the MMPI-2R instrument and the Istanbul Protocol. The results show that personality traits correlate positively with personality. It is concluded that the directionality of these correlations is associated with the type of personality trait being assessed.

Keywords: Personality, Psychopathology, Victims, Torture and People who are victims of torture.

Reconocimiento: Agradecemos el maravilloso apoyo y orientación que nos brindó el Dr. José Ruben León Pérez en esta investigación piloto (la primera en su tipo en el estado de Colima), que sin duda alguna, nada de esto hubiese sido posible sin su valioso conocimiento y experticia profesional, indiscutiblemente usted ha sido uno de mis grandes mentores. Claudia Alejandra Celis Díaz.

Fecha de recepción V1: 18/06/2024 Fecha de recepción V2: 24/06/2024 Fecha de aceptación: 27/06/2024



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Introducción

La tortura, como la violencia psicológica a lo largo de la historia, se ha constituido de distintas formas, por lo que su impacto es demasiado perjudicial, no solo para sus víctimas directas, que pueden ser mujeres, hombres, ancianos o niños, sino asimismo para el entorno familiar y la sociedad en general (**Larrosa, 2010, como se citó en Maritan, 2020**). Desde una perspectiva psicológica, se ha evidenciado cómo “las humillaciones, los tratos crueles y degradantes, la privación y/o la sobre estimulación sensorial son formas de tortura en las que las víctimas, como es obvio, producen una serie de efectos, secuelas y complicaciones en las personas que la sufrieron” (**Marquez, 1999, p.100**).

En las épocas antiguas, se tiene el conocimiento que Roma, Egipto, Babilonia, España (sobre los indígenas americanos) o los aztecas (sobre otros pueblos mesoamericanos), emplearon la tortura para adquirir poder y jerarquía, en un principio para conseguir tierra y riqueza (**Rojas, 2024**). En la psicología, esta ha sido estudiada desde enfoques teóricos como el modelo de vulnerabilidad psicosocial pre traumática, la teoría de la privación sensorial, el modelo de evaluación psicológica forense de la tortura, la teoría del trauma, el enfoque de experiencias traumáticas, entre otras. De modo parecido, en el derecho, ha sido definida en la Ley General para investigar y sancionar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CITS), en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la ONU y en el denominado Protocolo de Estambul.

Según el Registro Nacional del Delito de Tortura (RENADET) (**Fiscalía General de la República [FGR], 2024**) en México, se han abierto 6,740 expedientes por el delito de tortura. En promedio 211 expedientes por entidad federativa. Los delitos por los que se abrieron estos expedientes ocurrieron principalmente en Veracruz 11.1% (751), Oaxaca 10.7% (722), México 8.2% (556), Jalisco 8.0% (540) y Nayarit 7.8% (524). Adicionalmente, el RENADET declara que desde el 1 de abril de 2018 al 31 de diciembre de 2023 se han registrado 6,910 víctimas en expedientes por tortura o tratos crueles e inhumanos. En promedio 1,152 víctimas anuales y 1.0 víctimas por cada expediente abierto.

De acuerdo con **Márquez (1999)**, la tortura puede provocar efectos traumáticos permanentes; posteriormente, la Fundación de Derechos Humanos de Turquía afirma que la intención inmediata de la tortura no es solo incapacitar psicológicamente a la víctima como la explica Márquez, sino es desintegrar su personalidad. Igualmente se ha manifestado la función que mantienen los distintos métodos- tanto físicos como psicológicos y farmacológicos- en la anulación de la personalidad de la víctima y/o la depreciación de su capacidad física o mental. La Convención Interamericana afirma que aunque, la aplicación de distintos métodos de tortura sobre un persona, no le ocasionen dolor físico o angustia, su finalidad es, sin duda alguna, inhabilitar la personalidad.

El estudio de la personalidad en personas víctimas de tortura y en prisión, se enuncia en el año 2016, gracias a **Celia (2016)**, quién examina los efectos tardíos de la tortura y la prisión en los ex prisioneros políticos, hallados por un grupo psicoterapeutas, en el cual concluyó que los efectos más destacados en estas víctimas de tortura y prisión se observan en los conflictos vinculares dentro de la familia y, en la emergencia de lo traumático, en este estudio también la autora ha podido tasar con más precisión otros efectos tardíos de la tortura, en orden de prevalencia son: la desconfianza, la coraza resistente, los sentimientos de autoinculpación, los estados confusionales, la pasividad y el aislamiento, y las huellas en el cuerpo.

De igual forma otro estudio ha probado la relación que existe entre la personalidad y la tortura en personas recluidas en una institución penitenciaria, donde se ha demostrado que la presencia significativa de síntomas de depresión y, el trastorno por estrés postraumático resultan ser cuadros psicopatológicos de la tortura. (**Bezanilla & Miranda, 2016**).

Otro estudio ha demostrado (**Cabeza- Monroy & Pérea- Fernández, 2021**) que las respuestas psicológicas comunes, los cuadros psicopatológicos o trastornos psiquiátricos propiamente dichos, el impacto sobre el proyecto de vida, la presencia o no de discapacidad psicosocial; y, por otro lado, las consecuencias psicosociales divididas en consecuencias sobre los microgrupos y sobre los macrogrupos, son cuadros reactivos inmediatos a la tortura, e igualmente, tanto la sintomatología postraumática, como las razones del silencio, las vivencias y el recuerdo del horror, el buscar la lógica y el entender y, el antes y después de la tortura, se encuentran relacionadas con la desintegración de la personalidad, así como la destrucción de la ideología y la postura política de la víctima (**Universidad del País Vasco [UPV], 2023**).

En este sentido, aunque los estudios en Latinoamérica sobre la personalidad con otras variables e indicadores clínicos se orientan a la población penitenciaria con instrumentos y metodologías disímiles (**Salinas & Salamanca, 2020; Molina- Coloma et al., 2017, Arroyo & Ortega, 2019; Arias & De la Torre, 2015**). No obstante, aún no se conoce con certeza la descripción y la relación existente entre los indicadores clínicos de la personalidad, en el marco del estudio de la tortura, y en especial, en población en proceso penal, la cual tuvo su manifestación en 2016 con los estudios de Celia, Bezanilla y Miranda, por ende, no se ha tenido repercusión en estudios más recientes que permitan reformular sus hallazgos.

A tenor de lo anterior, este estudio se desarrolló para probar la teoría sobre la presencia de la correlación que existe entre indicadores clínicos de personalidad- Depresión; Hipocondría; Desviación psicopática; Masculinidad- Feminidad; Paranoia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomanía; Introversión social-, en el marco de víctimas de tortura, en población en proceso legal, recluida el Reclusorio Preventivo de Tecomán y los Centros de Reinserción Social de Colima y Manzanillo.

1. Método y material

1.1 Diseño

El presente trabajo utiliza el enfoque descriptivo-correlacional, este tipo de estudios tiene como finalidad no solo conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (**Hernández, et al., 2014**), sino además, se centró en medir con precisión cada una de las variables.

Se selecciono una muestra por conveniencia simple (**Hernández et al., 2014**) de 55 personas privadas de su Libertad (PPL) de sexo masculino, en edades de entre 20 a 63 años, durante un periodo de 2 años, de los centros penitenciarios como: el Reclusorio Preventivo de Tecomán y los Centros de Reinserción Social de Colima y Manzanillo, que dichos centros se encuentran en el estado de Colima,

Es importante resaltar que los masculinos evaluados, se sometieron a dicho estudio de manera voluntaria y firmando un consentimiento informado, por tanto, tenían el conocimiento sobre lo que consistía y los alcances de someterse a dicha evaluación psicológica, así como la transmisión de los resultados e información a la autoridad que lo solicite.

1.2 Instrumentos

Como instrumento para la recolección de los datos que se evaluaron se utilizó el inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2R (MMPI2-Revisado). Prueba de cobertura extensa, diseñada para evaluar un amplio rango de tipos de personalidad, así como de trastornos psicológicos. Proporciona puntajes y perfiles objetivos derivado de normas nacionales representativa en México. En este inventario de constructos de personalidad se compone de 567 ítems de opción dicotómica en las que la persona debe elegir entre el verdadero o falso según si se identifica con la afirmación o no.

Esta prueba nos da la oportunidad de evaluar las características básicas de la personalidad mediante una serie de escalas, categorizadas como básicas o adicionales. Las escalas básicas constan de 370 ítems que se dividen en escalas de validez y escalas clínicas. Mientras que las adicionales permiten ampliar la información de las escalas básicas discriminando el contenido y naturaleza de los síntomas.

1.3 Análisis de datos

Referente al procesamiento de los datos, se utilizó el SPSS y las hojas de cálculo de Excel, que fueron muy útiles para poder realizar la captura de los datos, que posteriormente fueron necesarias para aplicar estadísticos descriptivos para cada escala: media, mediana, moda, desviación típica, varianza, rango mínimo-máximo y percentiles y, crear tablas de correlación y los diagramas de dispersión.

2. Resultados

2.1 Variable dependiente: hipocondriasis (Hs)

De acuerdo con los datos obtenidos de la aplicación del MMPI-2 se realizó un análisis mediante el Alfa de Cronbach, para comprobar la fiabilidad de la aplicación de los instrumentos en nuestra muestra, encontrando una alta fiabilidad, pues se obtuvo un coeficiente del 0.9747.

Se realizó el análisis estadístico solo de las escalas clínicas del instrumento MMPI-2 obteniendo los siguientes resultados:

En la escala de Hipocondriasis (Hs), se obtuvo una media de 63, una mediana de 60 y una moda de 53, con una puntuación mínima de 40 y máxima de 97, teniendo como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un Grado Moderado de Hipocondriasis, con posibles presencias de un trastorno de salud específico, probabilidad de inmadurez, irritabilidad, tendencia a la queja y al lamento, al igual que una preocupación por la salud corporal propia (peso, funcionamiento físico, etc.).

Respecto al análisis realizado de esta escala con las demás se muestra la siguiente tabla de correlación teniendo los siguientes puntajes.

Tabla 1

Coeficientes de correlación entre la escala clínica de hipocondriasis con las escalas clínicas de personalidad del MMPI- 2.

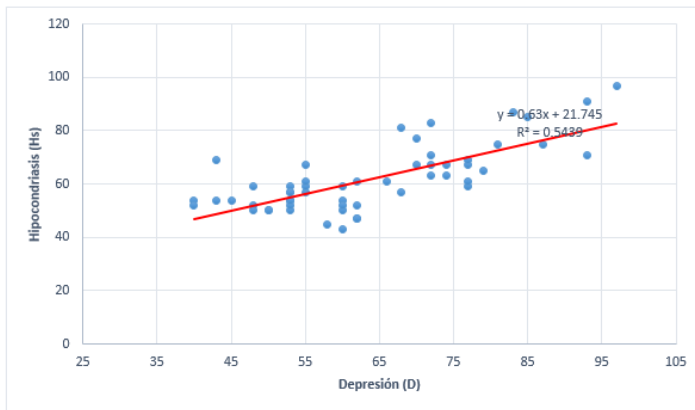
Escala	Hs
	Coeficientes de Correlación
D	0.73
Hi	0.87
Dp	0.32
Mf	0.23
Pa	0.16
Pt	0.53
Es	0.36
Ma	-0.29
Is	0.20

Nota: D= Depresión; Hi=Hipocondría; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomania; Is= Introversión social.

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva fuerte con las escalas de Depresión (0.73) y de Histeria conversiva (0.87), al igual que una correlación moderada con la Psicastenia (0.53), de las cuales se pueden observar en los siguientes gráficos 1, 2 y 3, las representaciones más significantes de la relación entre escalas.

Gráfica 1

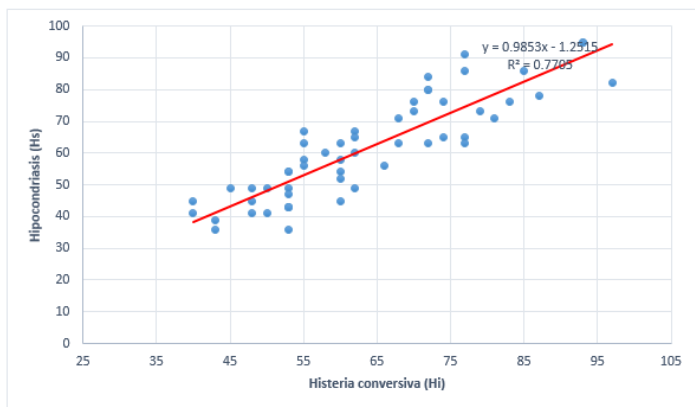
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hs y la D.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Hipocondriasis (Hs) y los indicadores clínicos de Depresión (D) (n= 55)

Gráfica 2

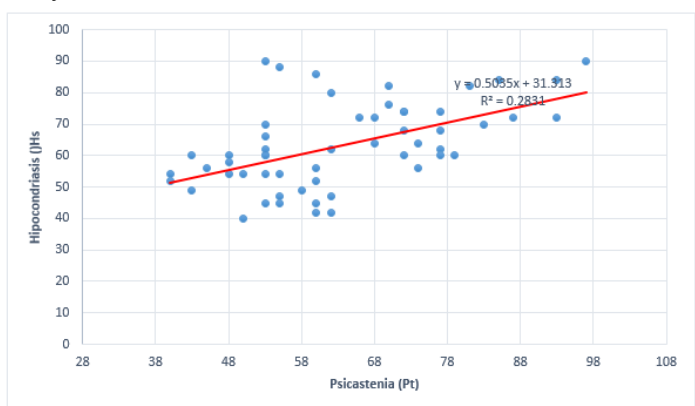
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hs y los Hi.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Hipocondriasis (Hs) y los indicadores clínicos de Histeria conversiva (Hi) (n= 55)

Gráfica 3

Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hs y la Pt.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Hipocondriasis (Hs) y los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) (n= 55)

2.2 Variable dependiente: Depresión (D)

En la escala de Depresión (D), se obtuvo una media de 61, una mediana de 56 y una moda de 54, con una puntuación mínima de 43 y máxima de 97, teniendo como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado de depresión, con probabilidad de presentar inhibición, irritabilidad, timidez, sentimientos de insatisfacción, preocupación, algo de pesimismo, infelicidad, aunque pueden tener una actitud de responsabilidad y modestia. El análisis realizado en esta escala con las demás escalas clínicas se muestra en la siguiente tabla 2, los coeficientes de correlación, teniendo los siguientes puntajes

Tabla 2

Coeficientes de correlación entre la escala clínica de depresión con las escalas clínicas de personalidad del

Escalas	D
	Coeficientes de Correlación
Hs	0.73
Hi	0.67
Dp	0.37
Mf	0.15
Pa	0.36
Pt	0.64
Es	0.52
Ma	-0.21
Is	0.44

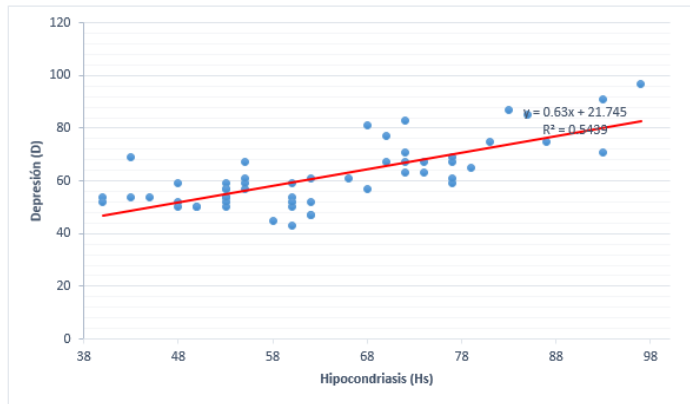
MMPI-2.

Nota: Hs=Hipocondriasis; Hi= Histeria conversiva; Dp= Desviación psicopática ; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomania; Is= Introversión social.

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva fuerte con la escala de Hipocondriasis (0.73) esta se observa en la gráfica 4, una correlación positiva moderada con la escala Histeria conversiva (0.67) (gráfica 5), al igual que una correlación positiva moderada con la Psicastenia (0.64) (gráfica 6), de las cuales se pueden observar en los siguientes gráficos las representaciones más significantes de la relación entre escalas.

Gráfica 4

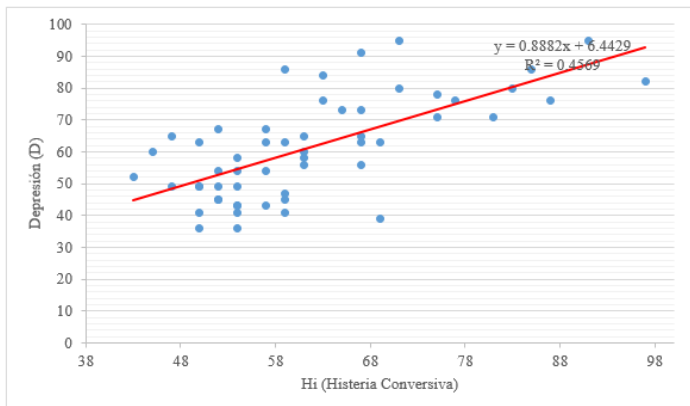
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hs y la D.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Depresión (D) y los indicadores clínicos de Hipocondriasis (Hs) (n= 55)

Gráfica 5

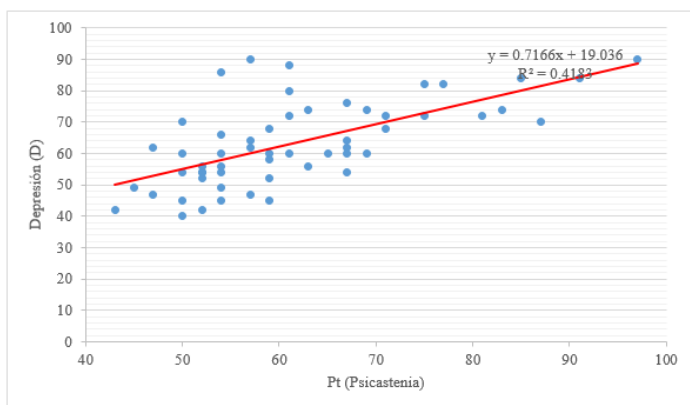
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de D y la Hi.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Depresión (D) y los indicadores clínicos de Histeria conversiva (Hi) (n= 55)

Gráfica 6

Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de D y la Pt.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Depresión (D) y los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) (n= 55)

En estos gráficos se ven reflejados los puntajes obtenidos de la correlación de las escalas de depresión más significativas y que tiene impacto una escala sobre la otra.

2.3 Variable dependiente: Histeria Conversiva(Hi)

En la escala de Histeria Conversiva (Hi), se obtuvo una media de 61, una mediana de 60 y una moda de 41, con una puntuación mínima de 36 y máxima de 95, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado de Histeria Conversiva, lo cual resulta en actitudes demostrativas y extrovertidas centradas en sí mismo, aunque en ocasiones presenten inmadurez, conformismo, al igual que moralismo y actitudes manipuladoras. Respecto al análisis realizado en esta escala con las demás, se muestra la en la siguiente tabla (3), los coeficientes de correlación obteniendo los siguientes puntajes

Tabla 3

Coefficientes de correlación entre la escala clínica de Histeria conversiva con las escalas clínicas de personalidad del MMPI- 2.

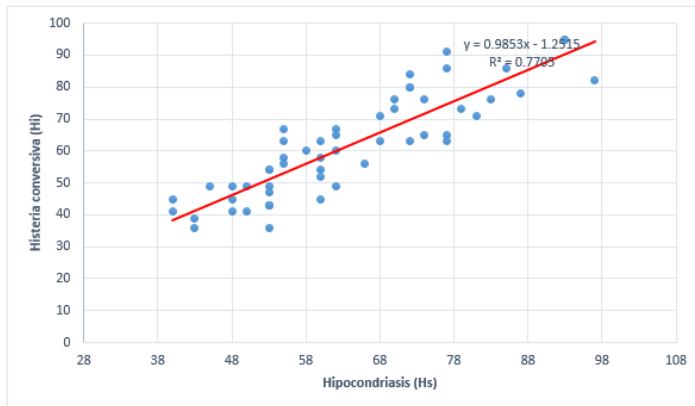
Escalas	Hi
	Coefficientes de Correlación
Hs	0.87
D	0.67
Dp	0.45
Mf	0.29
Pa	0.19
Pt	0.43
Es	0.31
Ma	-0.37
Is	0.10

Nota: Hs=Hipocondriasis; D= Depresión; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva fuerte con la escala de Hipocondriasis (0.87) esta se observa en el grafico 7, una correlación positiva moderada con la escala Depresión (0.67) el cual se puede observar en el grafico 8, al igual que una correlación negativa moderada con la escala clínica de Hipomanía (-0.37) (gráfico 9), de las cuales se pueden observar en los siguientes gráficos las representaciones más significantes de la relación entre escalas.

Gráfica 7

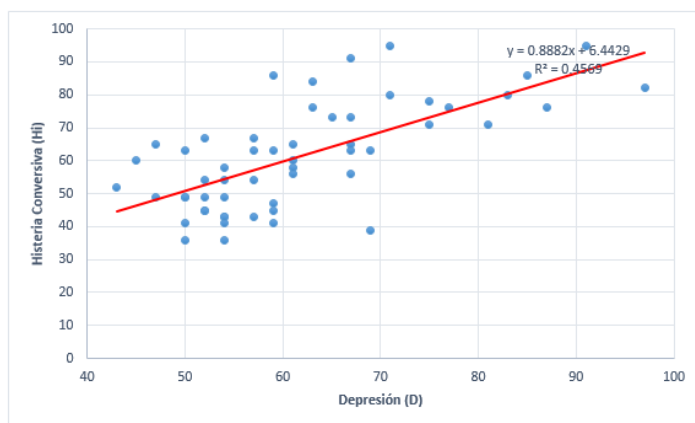
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hi y la Hs.



Nota: Correlación entre los indicadores clínicos de Histeria conversiva (Hi) y los indicadores clínicos de Hipocondriasis (Hs) (n= 55)

Gráfica 8

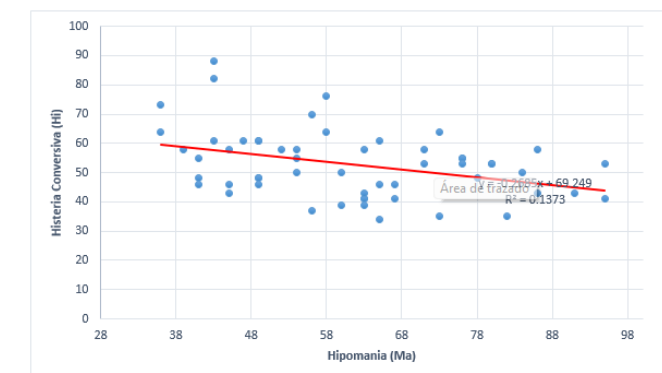
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hi y la D.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Histeria conversiva (Hi) y los indicadores clínicos de Depresión (D) (n= 55)

Gráfica 9

Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Hi y la Ma.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Historia conversiva (Hi) y los indicadores clínicos de Hipomanía (Ma) (n= 55)

2.4 Variable dependiente: Desviación psicopática (Dp)

En la escala de Desviación Psicopática (Dp), se obtuvo una media de 60, una mediana de 61 y una moda de 43, con una puntuación mínima de 36 y máxima de 95, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado de Desviación Psicopática, lo cual se puede manifestar mediante conductas intrépidas, impulsivas, al igual que en resentimiento, inestabilidad, impaciencia, con actitudes hedonistas, con una gran posibilidad de que sean creativos, imaginativos, sociables y aventureros. En cuanto al análisis realizado en esta escala con las demás se muestra la siguiente tabla 4, los coeficientes de correlación, teniendo los siguientes puntajes:

Tabla 4

Coeficientes de correlación entre la escala clínica de Desviación psicopática con las escalas clínicas de personalidad del MMPI- 2.

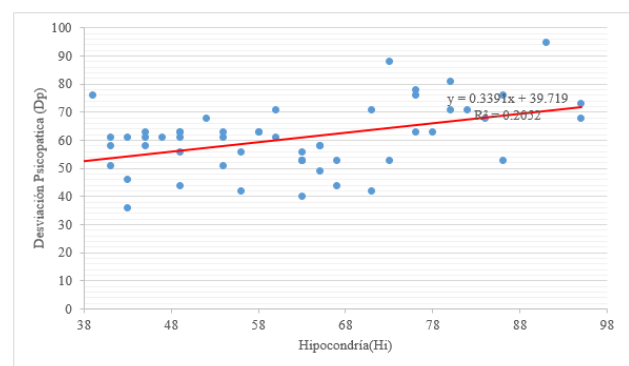
Escalas	Dp
	Coefficientes de Correlación
Hs	0.32
D	0.37
Hi	0.45
Mf	0.24
Pa	0.43
Pt	0.26
Es	0.32
Ma	-0.13
Is	-0.05

Nota: Hs= Hipocondriasis; D= Depresión; Hi=Histeria Conversiva; D= Depresión; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social.

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva moderada con la escala Histeria Conversiva (0.45) (gráfica 10), de igual manera con la escala clínica de Paranoia (0.43) (gráfica 11), las cuales se representan gráficamente a continuación.

Gráfica 10

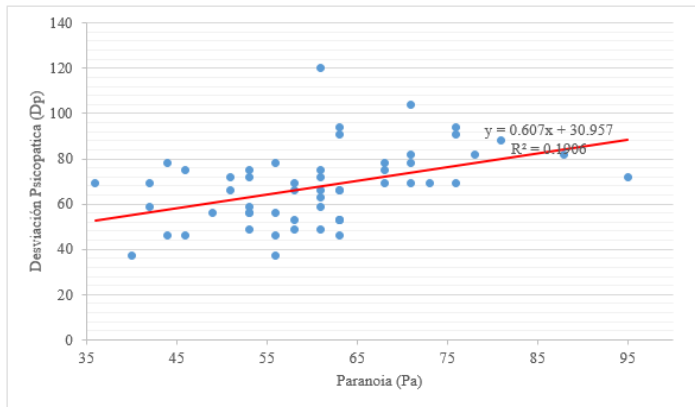
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Dp y la Hi.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Desviación psicopática (Dp) y los indicadores clínicos de Histeria conversiva (Hi) (n= 55)

Gráfica 11

Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Dp y la Pa.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Desviación psicopática (Dp) y los indicadores clínicos de Paranoia (Pa) (n= 55)

2.5 Variable dependiente: Masculinidad Feminidad Mf

En la escala de Masculinidad – feminidad (Mf), se obtuvo una media de 51, una mediana de 53 y una moda de 53, con una puntuación mínima de 30 y máxima de 68, tomando en cuenta que esta escala va más en función de asunción de los roles masculino y femenino tradicionales, al igual que a las actitudes de los individuos hacia las relaciones interpersonales y para una planificación de tratamiento, teniendo en cuenta esto y las puntuaciones, podemos describir que el promedio de la muestra en esta escala se encuentra en un nivel modal en hombres el cuales se manifiestan actitudes realistas, de iniciativa, un sentido práctico, y convencionalismo y en mujeres se manifiesta un nivel Moderado manifestado por una actitud aventurera, por la espontaneidad, la asertividad y por la actividad.

Respecto al análisis realizado en esta escala con las demás se muestra la siguiente tabla 5 de correlación teniendo los siguientes puntajes:

Tabla 5

Coefficientes de correlación entre la escala clínica de Masculinidad – Feminidad con las escalas clínicas de personalidad del MMPI- 2.

Escalas	Mf
Coeficiente de Correlación	
Hs	0.23
D	0.15
Hi	0.29
Dp	0.24
Pa	0.37
Pt	0.15
Es	0.23
Ma	0.01
Is	0.07

Nota: Hs= Hipocondriasis; D= Depresión; Hi= Histeria Conversiva; Dp= Desviación psicopática; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social.

2.6 Variable dependiente: Paranoia (Pa)

En la escala de Paranoia (Pa), se obtuvo una media de 68, una mediana de 69 y una moda de 69, con una puntuación mínima de 37 y máxima de 120, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Alto, el cual manifiestan mediante la ira el resentimiento, la rigidez, la obstinación, el desplazamiento de la culpa a otros, en una actitud crítica de hostilidad y suspicacia, con una gran tendencia a mal interpretar las situaciones sociales.

En el análisis realizado en esta escala con las demás se muestra la siguiente tabla 6, los coeficientes de correlación teniendo los siguientes puntajes

Tabla 6

Coefficientes de correlación entre la escala de Paranoia con las escalas clínicas de personalidad del MMPI- 2.

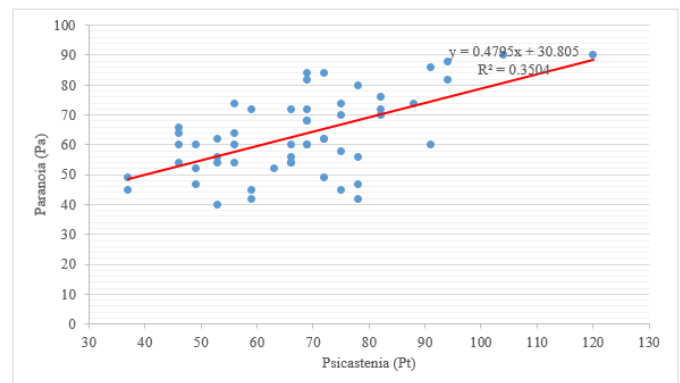
Escalas	Pa
Coeficiente de Correlación	
Hs	0.16
D	0.36
Hi	0.19
Dp	0.13
Mf	0.43
Pt	0.59
Es	0.73
Ma	0.25
Is	0.45

Nota: Hs= Hipocondriasis; D= Depresión; Hi=Histeria Conversiva; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva fuerte con la escala Psicastenia (0.59) (gráfica 12), de igual manera con la escala de esquizofrenia (0.73) (gráfica 13), las cuales se representan gráficamente a continuación.

Gráfica 12

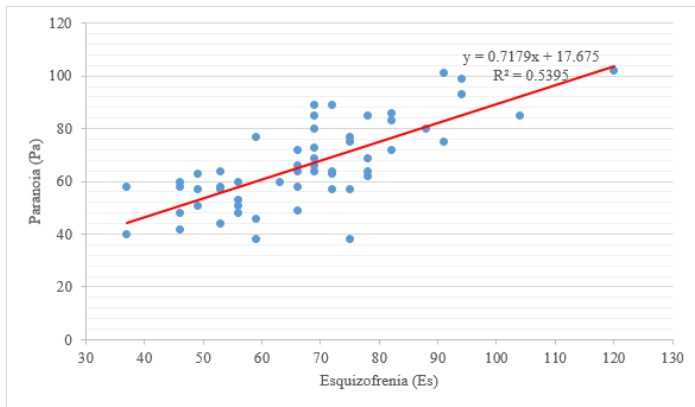
Dispersión y correlación entre los indicadores de la Pa y la Pt.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Paranoia (Pa) y los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) (n= 55)

Gráfica 13

Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Pa y la Es.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Paranoia (Pa) y los indicadores clínicos de Esquizofrenia (Es) (n= 55)

2.7 Variable dependiente: Psicastenia (Pt)

En la escala de Psicastenia (Pt), teniendo en cuenta que en esta escala se mide la ansiedad y de la adaptación genera se obtuvo una media de 63, una mediana de 60 y una moda de 60, con una puntuación mínima de 40 y máxima de 90, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado, que se manifiesta en una actitud autocrítica, en una capacidad introspectiva, con tendencias a intelectualizar, a la organización, al orden, al perfeccionismo, a la contracción al trabajo, de igual manera a la conciencia y responsabilidad del propio accionar.

De acuerdo con el análisis realizado se puede establecer la correlación de esta escala con las demás escalas clínicas, las cuales se presentan en la tabla 7.

Tabla 7

Coeficientes de correlación entre la escala clínica de Psicastenia con las escalas clínicas de personalidad del MMPI-2.

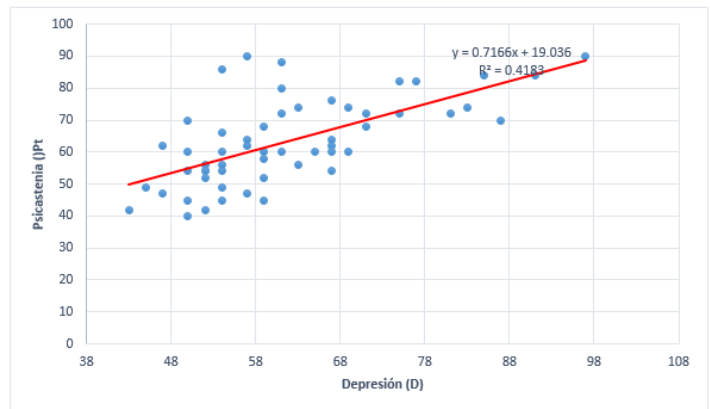
Escalas	Pt Coeficiente de Correlación
Hs	0.53
D	0.64
Hi	0.43
Dp	0.26
Mf	0.15
Pa	0.59
Es	0.84
Ma	0.25
Is	0.55

Nota: Hs= Hipocondrias; D= Depresión; Hi=Histeria Conversiva; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva moderada con la escala de Depresión (0.64), establecida en el gráfico 14, de igual manera con la escala de esquizofrenia (0.84) (gráfico 15), las cual se representan gráficamente a continuación.

Gráfica 14

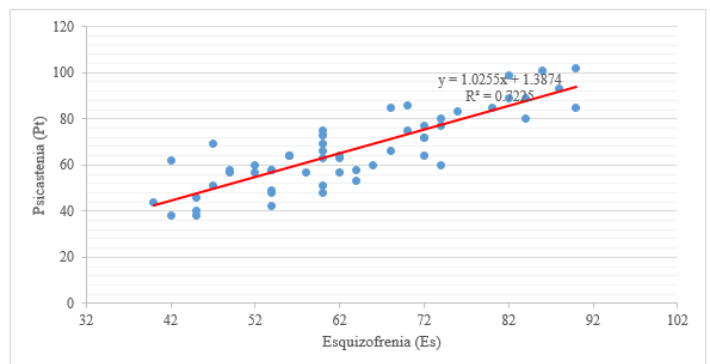
Dispersión y correlación entre los indicadores clínicos de Pt y la D.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) y los indicadores clínicos de Depresión(D) (n= 55)

Gráfica 15

Dispersión y correlación entre indicadores clínicos de Pt y la Es.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) y los indicadores clínicos de Esquizofrenia (Es) (n= 55)

2.8 Variable dependiente: esquizofrenia (Es)

En la escala de Esquizofrenia (Es), teniendo en cuenta que en esta escala no todos los que salen con puntuaciones altas son esquizofrénicos, en esta escala se obtuvo una media de 66, una mediana de 64 y una moda de 64, con una puntuación mínima de 38 y máxima de 102, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Alto, cuyas características son, las creencias inusuales, los actos bizarros, la alienación, el poco convencionalismo y problemas en la auto

identificación, autoconfianza, las dificultades para concentrarse y razonamiento.

De acuerdo con el análisis realizado se puede establecer la correlación de esta escala con las demás escalas clínicas, las cuales se presentan en la tabla 8.

Tabla 8

Coefficientes de correlación entre la escala clínica de Esquizofrenia con las escalas clínicas de personalidad del MMPI-2.

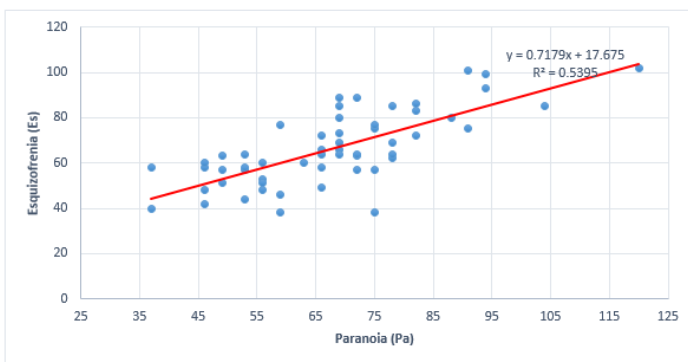
Escalas	Es
	Coefficientes de Correlación
Hs	0.36
D	0.52
Hi	0.31
Dp	0.32
Mf	0.23
Pa	0.73
Pt	0.84
Ma	0.26
Is	0.54

Nota: Hs= Hipocondrias; D= Depresión; Hi=Histeria Conversiva; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social

Como se puede observar esta escala tiene una correlación positiva moderada con la escala de Paranoia (0.73) establecida en el gráfico 16, de igual manera con la escala de Psicastenia (0.84) la cual se estableció en el gráfico 17.

Gráfica 16

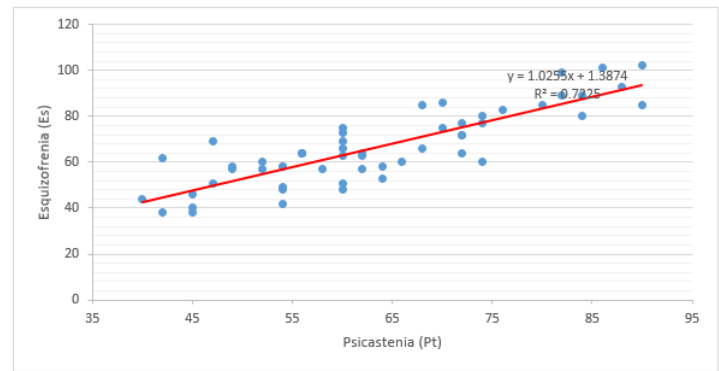
Dispersión y correlación entre indicadores clínicos de Es y la Pa.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación de los indicadores clínicos de Esquizofrenia (Es) y los indicadores clínicos de Paranoia (Pa) (n= 55)

Gráfica 17

Dispersión y correlación entre indicadores clínicos de Es y la Pt.



Nota: Diagrama de dispersión y correlación entre indicadores clínicos de Esquizofrenia (Es) y los indicadores clínicos de Psicastenia (Pt) (n= 55)

2.9 Variable dependiente: Hipomanía (Ma).

En la escala de Hipomanía (Ma), en esta escala se obtuvo una media de 53, una mediana de 53 y una moda de 58, con una puntuación mínima de 34 y máxima de 88, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Bajo, considerando en esta escala no se presentan conductas maniacas.

De acuerdo con el análisis realizado se puede establecer la correlación de esta escala con las demás escalas clínicas, las cuales se presentan en la tabla 9.

Tabla 9

Coefficientes de correlación entre la escala clínica de Hipomanía con las escalas clínicas de personalidad del MMPI-2.

Escalas	Ma
	Coefficiente de Correlación
Hs	-0.29
D	-0.21
Hi	-0.37
Dp	-0.14
Mf	0.01
Pa	0.25
Pt	0.26
Es	0.46
Is	0.08

Nota: D= Depresión; Hi=Hipocondría; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomanía; Is= Introversión social

2.10 Variable dependiente: Introversión social (Is)

En la escala de Introversión Social (Is), en esta escala se obtuvo una media de 53, una mediana de 53 y una moda de 58, con una puntuación mínima de 34 y máxima de 88, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado, por lo cual las personas tienden a ser cautelosos, serios, reservados, tiene poca habilidad social y un sobre control de los impulsos

De acuerdo con el análisis realizado se puede establecer la correlación de esta escala con las demás escalas clínicas, las cuales se presentan en la tabla 10.

Tabla 10

Coeficientes de correlación entre la escala de clínica de Hipomanía con las escalas clínicas de personalidad del MMPI-2.

Escalas	Is Coeficiente de Correlación
Hs	0.20
D	0.44
Hi	0.10
Dp	-0.05
Mf	0.07
Pa	0.45
Pt	0.55
Es	0.54
Ma	0.08

Nota: D= Depresión; Hi=Hipocondría; Dp= Desviación psicopática; Mf= Masculinidad- Feminidad; Pa= Paranoia; Pt= Psicastenia; Es= Esquizofrenia; Ma= Hipomania; Is= Introversión social

Como se puede observar esta escala no tiene correlaciones significantes con las otras escalas clínicas de la personalidad del MMPI-2'

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue caracterizar la presencia de correlaciones de indicadores clínicos de la personalidad en personas recluidas, de sexo masculino víctimas de tortura.

Indicadores y coeficientes de correlaciones clínicas de personalidad, a la vista del MMPI-2

Resulta interesante analizar los resultados obtenidos de las escalas clínicas y sus correlaciones, (que el total de la muestra está compuesta por 55 sujetos); la primera de las escalas es la de Hipocondriasis (Hs), se obtuvo una media de 63, teniendo como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un Grado Moderado de Hipocondriasis (56-65); esto da indicios de la presencia de un trastorno de salud específico, la probabilidad de inmadurez, irritabilidad, tendencia a la queja y al lamento, así como a la preocupación por la salud corporal propia (peso, funcionamiento físico, etc.) (Mikulic et al., 2009).

A su vez es importante mencionar que la escala de Hipocondriasis (Hs), tiene una correlación positiva fuerte con las escalas de Depresión (0.73) y de Histeria conversiva (0.87); si bien nos basamos a que la manera correcta de interpretar las escalas del MMPI-2, no es analizando escala por escala, sino interpretando en base al código generado por las escalas clínicas significativas (se obtiene el código de interpretación), que primero se enumera las escalas del 1 al 0, y posteriormente se ordena de mayor a menor las puntuaciones de las escalas clínicas más significativas, por ejemplo:

Hipocondriasis 1 y Depresión 2 (código 1-2/ 2-1), que, de acuerdo con Fernández, Herrero, Marconi, (2009); los pacientes con este tipo de código informan problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales. Informan debilidad, fatiga, mareos y problemas digestivos; prefieren las explicaciones médicas a sus síntomas y se resisten a las interpretaciones psicológicas, se muestran ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables, con características de ensimismamiento e infelicidad, generalmente muestran una pérdida de iniciativa, pueden presentar un estado de ánimo deprimido, son cohibidos, introvertidos y tímidos en situaciones sociales; retraídas y solitarias.

También experimentan dudas sobre su capacidad y muestran duda e indecisión incluso sobre cuestiones menores, tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes, pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan, guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo, y carecen de insight acerca de sí mismos y se resisten a aceptar la responsabilidad de su propia conducta (Mikulic et al., 2009).

En cuanto a la correlación de la Hipocondriasis (1) con la Histeria (3) el código generado para estas escalas clínicas significativas sería 1-3/3-1, el cual se interpreta que las puntuaciones altas describen por lo general a pacientes con un diagnóstico de trastorno neurótico (histérico, hipocondríaco); puede estar presente el Síndrome Conversivo clásico; presencia de sintomatología limitante sin base orgánica, pero que prefieren la explicación médica de sus problemas. En general, están ausentes la ansiedad y depresión graves, este tipo de personas funciona con un nivel reducido de eficiencia y desarrollan síntomas físicos bajo estrés, debido a la incapacidad de manejar los estresores, los síntomas pueden desaparecer en el momento en que disminuye el estrés.

Por otro lado, los pacientes con este patrón de perfil tienden a ser demasiado optimistas y superficiales en situaciones sociales; inmaduras, egocéntricas y egoístas; se sienten inseguros y tienen fuerte necesidad de atención y afecto, con frecuencia buscan la compensación de otras personas, son dependientes y reclaman afecto. Suelen ser socialmente extrovertidos, pero sus relaciones interpersonales se caracterizan por no ser profundas y de poco compromiso afectivo; son agradables en apariencia, pero carecen de habilidades para tratar con el sexo opuesto.

Según Butcher (1999) muchos pacientes con este tipo de código parecen tener un impulso sexual bajo, pero tienden a la "coquetería". Tienen a "controlar" y son pasivo-agresivos, exhibiendo arranques de enojo ocasionales. Son bastante convencionales, así como conformistas en sus actitudes y creencias.

En cuanto a la escala de análisis de Depresión (D), se obtuvo una media de 61, teniendo como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado de depresión (56-65) manifestando probabilidad de

presentar inhibición, irritabilidad, timidez, sentimientos de insatisfacción, preocupación, algo de pesimismo, infelicidad, aunque pueden tener una actitud de responsabilidad y modestia. La escala de Depresión tiene una correlación positiva fuerte con la escala de Hipocondriasis (0.73) esta se observa en el grafico 1, una correlación positiva moderada con la escala Histeria conversiva (0.67); es necesario mencionar que los códigos de interpretación para la escala de Depresión y su correlación con la Hipocondriasis e Histeria, serían los mismos que se mencionaron anteriormente en el párrafo de la escala de Hipocondriasis.

Referente al análisis de la escala de Histeria Conversiva (Hi), se obtuvo una media de 61, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado de Histeria Conversiva (56-65), lo cual resulta en actitudes demostrativas y extrovertidas centradas en sí mismo, aunque en ocasiones presenten inmadurez, conformismo, al igual que moralismo y actitudes manipuladoras; en el análisis realizado en esta escala con las demás se muestra una correlación positiva fuerte con la escala de Hipocondriasis (0.87) esta se observa en el grafico 2, una correlación positiva moderada con la escala Depresión (0.67) el cual se puede observar en el grafico 3, al igual que una correlación negativa moderada con la Hipomanía (-0.37).

Las correlaciones de Histeria Conversiva (Hi) con Hipocondriasis y Depresión, los códigos de interpretación para estas escalas significativas en su correlación, resultarían los mismos que se mencionan en el primer párrafo del análisis de la escala de Hipocondriasis (Hs).

En el análisis de la escala de Desviación Psicopática (PD), se obtuvo una media de 60, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel moderado de Desviación Psicopática (56-65), lo cual se puede manifestar mediante conductas intrépidas, impulsivas, al igual que en resentimiento, inestabilidad, impaciencia, con actitudes hedonistas, con una gran posibilidad de que sean creativos, imaginativos, sociables y aventureros. Esta escala tiene una correlación positiva moderada con la escala Histeria Conversiva (0.43), de igual manera con la escala de Paranoia (0.43); por lo que los códigos de interpretación para estas escalas significativas serán los siguientes:

Desviación Psicopática 4 e Histeria Conversiva 3 (código 4-3 / 3/4), las Personas con este tipo de código, se caracterizan por mantener impulsos hostiles y agresivos, pero sin expresarlos de manera apropiada, se caracterizan por el extremo control con períodos de acting out violento y agresivo sin considerar que su comportamiento sea problemático. Muestran sentimientos de hostilidad hacia la familia, son sensibles al rechazo y demandan atención y aprobación de los otros. Son rebeldes, aunque externamente parezcan conformistas (Mikulic y otros, 2009). En estas personas suele ser común la inadaptación sexual y la promiscuidad; los pensamientos e intentos de suicidio pueden seguir a los episodios de acting out, se los suele diagnosticar como personalidad pasiva – agresiva y emocionalmente inestables (Butcher et. al., 2019).

Desviación Psicopática 4 y Paranoia 6 (código generado es 4-6 / 6/4), Estos pacientes se caracterizan por ser inmaduros, narcisistas, indulgentes consigo mismos y pasivo-dependientes. Butcher (1999) expresa que hacen demandas excesivas hacia otras personas en búsqueda de atención, simpatía y compasión. Estas personas no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto; son desconfiados con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, poseen hostilidad y enojo reprimidos, frecuentemente son irritables, discutiadores, malhumorados, y resentidos con la autoridad.

Probablemente nieguen tener problemas psicológicos graves, en vez de ello racionalizan y proyectan la culpa hacia los otros sin aceptar su propia responsabilidad en su conducta. También son poco realistas y grandiosos en sus auto estimaciones, suelen ser poco receptivos a la psicoterapia y en general se les diagnostica personalidad pasivo-agresiva o esquizofrenia de tipo paranoide. (Butcher et. al., 2019)

En relación con la escala de Masculinidad – feminidad (Mf), se obtuvo una media- promedio de 51, tomando en cuenta que esta escala va más en función de asunción de los roles masculino y femenino tradicionales, al igual que a las actitudes de los individuos hacia las relaciones interpersonales y para una planificación de tratamiento, teniendo en cuenta esto y las puntuaciones, podemos describir que el promedio de la muestra en esta escala se encuentra en un nivel modal en hombres (H:41-55), los cuales se manifiestan actitudes realistas, de iniciativa, un sentido práctico, y convencionalismo y en mujeres se manifiesta un nivel Moderado (M:51-59) manifestado por una actitud aventurera, por la espontaneidad, la asertividad y por la actividad.

Al realizar un análisis de dicha escala, no se encontró un grado de correlación significativo con el resto de las escalas.

De igual forma en el análisis de la escala de Paranoia (Pa), se obtuvo una media de 68, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Alto (66-75), el cual manifiestan mediante la ira, el resentimiento, la rigidez, la obstinación, el desplazamiento de la culpa a otros, en una actitud crítica de hostilidad y suspicacia, con una gran tendencia a mal interpretar las situaciones sociales. Dicha escala tiene una correlación positiva fuerte con la escala Psicastenia (0.59), de igual manera con la escala de Esquizofrenia (0.73) las cuales se interpretan a continuación:

Paranoia 6 y Psicastenia 7 (que de acuerdo con Butcher, este código carece de interpretación) (Mikulic et al., 2009).

Paranoia 6 y Esquizofrenia 8 (código 6-8 / 8/6), las características de este tipo de perfil coinciden con un diagnóstico de trastorno mental grave y esquizofrenia de tipo paranoide. Según Butcher (1999) los pacientes con este perfil manifiestan conducta psicótica evidente, su pensamiento es autista, fragmentado, delirante y circunstancial, con contenido bizarro, tienen dificultad en concen-

trarse, atender y memorizar, poseen una capacidad de juicio deficiente, delirios de persecución o grandeza y sentimientos irreales. Por lo común, muestran una preocupación por pensamientos abstractos inusuales y embotamiento afectivo.

Estos individuos pueden tener un discurso rápido e incoherente, tienden a carecer de mecanismos de defensa eficaces y en ocasiones muestran una ansiedad extrema, probablemente reaccionen ante el estrés y la presión retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación, con dificultades para diferenciar claramente entre la fantasía y la realidad, presentan sentimientos de inferioridad, inseguridad, falta de confianza y pobre autoestima, con frecuencia las personas con este patrón se sienten culpables por sus fallas.

En general, no se relacionan con otras personas y son desconfiados, por lo que evitan los vínculos emocionales profundos, resienten las demandas interpersonales que se les hacen y se muestran malhumorados, irritables, así como poco amistosos y negativos, por tanto, tienden a presentar un patrón a largo plazo de inadaptación y en general tienen un estilo de vida esquizoide.

En cuanto al análisis de la escala de Psicastenia (Pt), teniendo en cuenta que en esta escala se mide la ansiedad y de la desadaptación general se obtuvo una media de 63, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado (56-65), que se manifiesta en una actitud autocrítica, en una capacidad introspectiva, con tendencias a intelectualizar, a la organización, al orden, al perfeccionismo, a la contracción al trabajo, de igual manera a la conciencia y responsabilidad del propio accionar. La escala Psicastenia tiene una correlación positiva moderada con la escala de Depresión (0.64) y de igual manera con la escala de Esquizofrenia (0.84) las cuales para su interpretación se presentan de la siguiente forma:

Psicastenia 7 y Depresión 2 (código 2-7 / 7/2), Las características de este tipo de perfil se asocian con alteraciones en el estado de ánimo, como depresión, ansiedad y tensión, los pacientes expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso. Tienden a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran, reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de "fatalidad catastrófica". Así mismo presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento, se sienten infelices y tristes; son lentos en sus acciones, en su discurso y pueden presentar también lentitud en los procesos de pensamiento, en las conversaciones por lo general se muestran muy pesimistas en cuanto a la superación de sus problemas.

Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto, suelen ser religiosos y moralistas, pueden tener expectativas altas y poco realistas acerca de sí mismos, presentan indecisión y sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos. Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran

una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás, en este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales (Mikulic y otros, 2009).

Los pacientes con este perfil pueden recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, sin embargo, a medida que la escala 8 es mayor que la 7 aumenta la probabilidad de psicosis (Butcher et. al., 2019).

A sí mismo, en el análisis de la escala de Esquizofrenia (Es), teniendo en cuenta que en esta escala no todos los que salen con puntuaciones altas son esquizofrénicos, en esta escala se obtuvo una media de 66, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Alto (66-75), cuyas características son, las creencias inusuales, los actos bizarros, la alienación, el poco convencionalismo y problemas en la auto identificación, autoconfianza, las dificultades para concentrarse y razonamiento.

Esta escala, tiene una correlación positiva moderada con la escala de Paranoia (0.73) establecida en el gráfico 9, de igual manera con la escala de Psicastenia (0.84) la cual se estableció en el gráfico 10; por tanto, los códigos de interpretación para la escala de Esquizofrenia y su correlación con Paranoia y Psicastenia serían los mismos que se mencionaron anteriormente en el análisis de la escala de Paranoia y en el de la escala de Psicastenia.

En el análisis de la escala de Hipomanía (Ma), en esta escala se obtuvo una media de 53, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Bajo, considerando en esta escala no se presentan conductas maniacas; conforme al análisis realizado esta escala no tiene correlaciones significantes con las otras escalas clínicas del MMPI-2.

En cuanto al análisis de la escala de Introversión Social (Is), en esta escala se obtuvo una media de 53, dando como interpretación que el promedio de la muestra manifiesta un nivel Moderado (56-65), por lo cual, las personas tienden a ser cautelosos, serios, reservados, tiene poca habilidad social y un sobre control de los impulsos; en esta presente escala no tiene correlaciones significativas con las otras escalas clínicas.

Conclusiones

Algo que es importante destacar, es que las evaluaciones de las consecuencias psicológicas en las personas que han sufrido actos de tortura, es todo un reto, primeramente ya sea desde la experticia y capacitación del perito para peritar en éstos temas, así como también el de los tiempos jurídicos normativos que suelen ser limitados, y a su vez del tiempo que se requiere para éste tipo de evaluación forense; muchas veces dichos tiempos pueden ser insuficientes para evaluar las consecuencias psicológicas de la tortura de manera integral, sobre todo porque éste tipo de evaluación requiere forzosamente valorar al individuo y a sus relaciones vinculares en su contexto.

Con referencia a los datos obtenidos de la aplicación del Instrumento del MMPI-2R, a la población de estudio, la cual está relacionada con 55 personas de sexo masculino víctimas de tortura, las cuales se encuentran privadas de su libertad en los centros penitenciarios del primer (Colima), segundo (Tecomán) y tercer Partido Judicial (Manzanillo), del Poder Judicial del Estado de Colima, Col.; si bien denuncian actos de tortura, es necesario hacer mención que no todos los que denuncian actos de tortura tienen sintomatología asociada a los hechos que se investigan en la evaluación psicológica forense, que se basa en el Protocolo de Estambul.

En este mismo sentido, distintos estudios han señalado que, en las poblaciones penitenciarias, predominan características auto informadas de personalidad de tipo antisocial y paranoide, así como de mayores niveles de agresividad e impulsividad que en la población general. **(Molina-Coloma et al., 2018)**. Así mismo, otro estudio refiere que los tipos de personalidad más prevalente en la población carcelaria se encuentra la antisocial, seguida por la personalidad límite, paranoide y narcisista. **(Birmingham, 2004)**; No obstante, en pocos casos se encuentra la personalidad de tipo dependiente o ansioso-evitativo. **(Esbec & Echeburúa, 2010)**

En tanto que, el contexto penitenciario, por sus características básicas como el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de privacidad e intimidad, la rutina o las frustraciones reiteradas, conduce a la desconfianza y a la agresividad en las relaciones personales, cuyo comportamiento puede verse exacerbado en aquellas personas que se encuentran privadas de su libertad y que presentan rasgos de personalidad clínicamente significativos o trastornos de personalidad que suponen una menor capacidad de adaptación. **(Arroyo & Ortega, 2009)**; sintetizando lo anterior, la personalidad antisocial es la que más destaca en la población penitenciaria, dada su estrecha relación con la impulsividad, la agresividad, y hostilidad. Lo anterior se observó reflejado en el análisis de la escala de Desviación Psicopática (PD) y su correlación con Histeria Conversiva y Paranoia; de igual forma se aprecia en el análisis de la escala de Esquizofrenia y su correlación con Paranoia y Psicastenia.

Así mismo, respecto a la presencia de psicopatología, los datos obtenidos en la muestra de estudio, reflejan indicadores de afectación psíquica como: rasgos de ansiedad y depresión, quejas somáticas los cuadros delirantes y la dependencia a sustancias psicoactivas. Por tanto, la reclusión suele tener efectos en la conducta y la personalidad de las personas privadas de su libertad, ya que se ha encontrado que desarrollan una visión del mundo pesimista, pérdida de la confianza en los demás y conductas ansiosas **(Arias et al., 2015)**. Esto se puede observar en el análisis de la escala de Depresión y su correlación con la Hipocondriasis e Histeria.

Por otra parte, es importante resaltar que las personas que sufren actos de tortura, la afecta de manera biopsicosocial a quien la sufre, originándose a su vez distintos procesos patológicos a nivel corporal, psíquico o relacional.

Por lo que, en la evaluación psicológica forense, algunas veces el cuadro sintomático principal podría estar dado por las alteraciones orgánicas, o por las alteraciones psicológicas, psicosociales o por procesos desestructurantes del proyecto personal de vida **(Cabeza-Monroy & Perea-Fernández, 2020)**.

Análogamente a lo anterior, la tortura suele impactar de manera distinta a la persona que la vivencia, y esto depende de las variables personales, como es el entorno cultural y político, el sistema de creencias del individuo, el género, el estado de preparación respecto a la anticipación de la experiencia de tortura, los afectos, la cognición, la capacidad de manejo, las estrategias de adaptación, la salud física y las discapacidades, los trastornos psicológicos, la vulnerabilidad personal o genética y biológica preexistente, así como las pérdidas durante y después de la tortura son todos factores que pueden influir sobre la severidad de los síntomas; y con respecto a lo antes referido, las personas que son víctimas de tortura suelen desarrollar cuadros psicopatológicos o sintomatología asociada a ello, y algunos de estos son:

Trastorno depresivo mayor.

Trastornos de ansiedad.

Trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de estrés postraumático extremo o no especificado.

Trastornos o reacciones psicóticos breves.

Déficit cognitivo.

Trastornos somatomorfos.

Trastornos sexuales.

Cambio permanente de personalidad.

Abuso de sustancias psicoactivas.

Otros: fobias, trastornos del sueño, duelo complicado.

Los trastornos y/o alteraciones que pueden desarrollarse en víctimas de tortura, en referencia con la muestra de participantes del presente estudio, se observó que en el análisis de la escala Psicastenia y su correlación positiva moderada con la escala de Depresión, los individuos con este patrón, se les diagnostica como depresivos, obsesivo-compulsivos o con trastorno de ansiedad o trastornos de ansiedad generalizada.

De igual forma, en el análisis de la escala Psicastenia tiene una correlación positiva moderada con la escala de Esquizofrenia, donde los pacientes con este perfil pueden recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, sin embargo, a medida que la escala de Esquizofrenia es mayor que la escala de Psicastenia aumenta la probabilidad de psicosis. **(Butcher et. al., 2019)**.

Finalmente, en el análisis de la escala de Hipocondrias (Hs), y su correlación positiva fuerte con las escalas de Depresión, algunos de las personas evaluadas informaron problemas somáticos y dolor, alteraciones del sueño, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales. Informan debilidad, fatiga, mareos y problemas digestivos; se muestran ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables, con características de ensimismamiento e infelicidad, generalmente muestran una pérdida de iniciativa, pueden presentar un estado de ánimo deprimido, son cohibidos, introvertidos y tímidos en situaciones sociales; retraídas y solitarias. Tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes, pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan, guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo (Mikulic y otros, 2009).

En concreto se puede decir que la evaluación psicológica forense en víctimas de tortura seguirá siendo un reto y por supuesto está ineludiblemente ligado a la realización de un trabajo que debe ser perfectible por parte del profesional quien lo realiza, es decir, la experticia del perito y la capacitación que éste debe de tener es de gran importancia para la realización de una buena praxis en éste tipo de periciales, esto debido a que, no todas las personas que denuncias hechos de tortura son víctimas de ello; es aquí donde el perito con todo su conocimiento, su capacidad técnica y metodológica, recaba la mayor parte de los datos y las evidencias (los que aportan los instrumentos psicológicos, fuentes colaterales, expedientes) para hipotetizar si es probable, o poco probable que la persona haya sido víctima de actos de tortura.

Así mismo no se tiene que dejar de lado, que las evaluaciones de tortura, son parte de las evaluaciones forenses, y que, como tal, éstas están sujetas al fenómeno de la simulación, es decir, las personas a quien se evalúan, van y están dentro de una controversia legal, y, por tanto, hay una intencionalidad de trasfondo, por lo que el proceso de evaluación psicológica puede verse alterado si no se tiene un control y una buena identificación de dicho fenómeno.

Es por ello que, resulta importante y de cierta forma obligatoria, que en éste tipo de periciales las cuales se basan en el Protocolo de Estambul, se aplique la evaluación y el análisis de la "Evaluación del testimonio en Víctimas", esto para dar una mayor certeza y objetividad a quienes toman las decisiones y administran la Justicia; de esta manera el perito en Psicología Jurídica y Forense, estaría actuando con compromiso profesional y con la objetividad basada en su ciencia, por tanto, el perito en psicología en el ejercicio de su profesión, no le quedaría a deber al Sistema de Justicia Penal, ni a la sociedad de la cual forma parte.

Además, habría que mencionar que, el psicólogo del área jurídica a través de las buenas praxis, y sus aportaciones actualizadas en conocimiento y de vanguardia, contribuye sin duda al desarrollo de la Psicología Jurídica como ciencia y como consecuente impactar, auxiliar y fortalecer al Sistema de Justicia Penal, desechando

de esta manera las opiniones pseudocientíficas o los criterios de autoridad y generando análisis basados en evidencias (por ejemplo, en materia de psicometría).

En éste sentido en el estado de Colima, existe un desconocimiento sobre la Psicología Jurídica, que a través de la práctica, se ha percibido la existencia de 2 factores que impiden o que por lo menos la ha mantenido polarizada para su desarrollo; la primera de ellas tiene que ver con el desconocimiento del área, es decir, la mayoría de quienes trabajan en el sistema de impartición de justicia e incluso de los propios profesionales del área de psicología, desconocen la función del profesional de la Psicología Jurídica y de las áreas de la misma (como lo son la forense, la victimología, la penitenciaria, la de los Tribunales, entre otras más), por lo que se tiene la creencia subjetiva y estigmatización de que el psicólogo sólo es para procesos de terapia o para dar la intervención en crisis a las personas que lo requieran, en tanto que, en éste sentido el psicólogo sólo cumple con la figura de elemento de forma dentro del proceso (como lo indican los protocolos el psicólogo solo hace acto de presencia), por lo que el mismo sistema limita las funciones a desempeñar por parte del Psicólogo Jurídico y forense.

En cuanto al segundo factor se desprende del anteriormente mencionado, debido al desconocimiento propiamente de la Psicología Jurídica, tanto del Sistema de impartición de justicia como el de los propios profesionales del área en Psicología, es éste último el cual repercute por la falta de investigaciones o estudios realizados para dicha área, por lo que, en este mismo sentido, para esta investigación en particular que se realizó, no se encontraron antecedentes de estudios realizados en cuanto a las víctimas de tortura (como cuestiones de personalidad, psicopatología o simulación) y tampoco se tienen registros precisos sobre estudios en el área de población penitenciaria. Por tanto, en esta área existen vacíos de conocimiento en los que no se ha generado investigación por el momento, siendo la presente investigación la pionera en el estado de Colima.

Por tanto, se destaca la importancia de conocer un perfil con víctimas de tortura (descartando o contemplando también aquellos perfiles donde exista una exageración en la sintomatología como consecuencia de haber sufrido tortura) y así mismo conocer que tanto ante un proceso legal, las personas tienden a exagerar su sintomatología o disminuirla, todo esto sin dejar a un lado su contexto o entorno de desarrollo.

En relación con lo anterior sería importante realizar un análisis documental de personas que han sido víctimas de tortura, ya que contribuiría de manera más completa a los vacíos de conocimiento que aún no se han generado en esta área, por tanto favorecería a los profesionales, a las universidades de dos formas; la primera de ellas sería que el análisis documental proporcionará nueva información que pueda ser retomada para la práctica en el área de la Psicología Jurídica y la segunda sería en investigaciones o análisis documentales posteriores, en los que se pudieran dirigir estudios específicamente encauzados en dicha área, con la única finalidad de contribuir al propio conocimiento y complementar al mismo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Referencias

- Arias, W., Canales, F., & De la Torre, N. (2015). Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa. *Anuario de Psicología Jurídica*, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.08.001>
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11-15. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202009000100002>
- Bezanilla, J. M., & Miranda, M. A. (2016). Valoración psicológica de la tortura: manifestaciones postraumáticas subclínicas y diagnóstico diferencial. *Revista de Psicología- GEPU*, 13(2), 36-60. <https://revistadepsicologiagepu.es/tl/Valoraci%F3n-psicol%F3gica-de-la-tortura-d--manifestaciones-postraum%E1ticas-subcl%EDnicas-y-diagn%F3stico-diferencial.htm>
- Birmingham, L. (2004). Mental disorder and prisons. *Psychiatric Bulletin*, 393-397. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.393>
- Butcher, J. G.-P. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4ta ed.). España: TEA.
- Cabeza- Monroy, G., & Pérea- Fernández, I. (2021). Evaluación forense de las consecuencias psicológicas de la tortura. *Colombia Forense*, 7(1), 1-20. <https://discovery.researcher.life/download/article/bc35d00644bf3039bd24432c44753b81/full-text>
- Celia Robaina, M. (2016). Efectos tardíos de la tortura. Reparación y aportes desde la psicología. *Open Edition Journal*, 26, 01-15. <https://journals.openedition.org/ilcea/3927>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 249-261.
- Fiscalía General de la República [FGR]. (Abril de 2024). Registro Nacional del Delito de Tortura (RENADET). Presentación de estadísticas públicas, fuero federal. Del 1 de abril de 2018 al 31 de diciembre de 2023. <https://renadet.fgr.org.mx/estadisticas>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). MacGrawHill/ Interamericana Editores S. A de C.V.
- Maritan, G. G. (2020). Regulación jurídica de la violencia, psicológica y su incidencia en el derecho a la integridad personal en el ordenamiento jurídico ecuatoriano. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 51(134), 25-51. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-38862021000100025
- Márquez Mendoza, O. (1999). Tortura, dolor psíquico y salud mental. *Derechos Humanos*, 7(37), 98-103. <http://anterior.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/info/gacetetas/gaceta37.pdf>
- Mendoza, O. M. (1999). Tortura, dolor Psíquico y Salud Mental. *Derechos Humanos*(37), 98-103.
- Mikulic, I. M., Fernández, G., Herrero, R., & Marconi, A. (2009). *Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota: Guía para la Administración e Interpretación del MMPI- 2*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 20-36.
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K., & Pérez, J. I. (2018). La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 1-7. [https://journals.copmadrid.org/apj/art/apj2018a5#:~:text=En%20estudios%20realizados%20en%20prisiones,Dozois%20y%20McKenzie%2C%201998\).](https://journals.copmadrid.org/apj/art/apj2018a5#:~:text=En%20estudios%20realizados%20en%20prisiones,Dozois%20y%20McKenzie%2C%201998).)
- Olivares Rodríguez, J., Macià Antón, D., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa Alcázar, A. I. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada. La profesión del psicólogo*. España: Ediciones Pirámide.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (Abril de 2024). Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la conferencia especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32): https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- Rojas, A. (Abril de 2024). Amnistía Internacional Educación en Derechos Humanos . Amnistía Internacional Educación en Derechos Humanos : <https://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/inf-tortura.html>
- Universidad del País Vasco [UPV]. (2023). Investigación sobre la tortura y otros malos tratos en Navarra desde 1979 hasta la actualidad. Instituto Vasco de Criminología. https://www.ehu.eus/documents/1736829/1923443/Informe+Navarra+Tortura+II_2023+.pdf/c7fa0ec2-eaf3-683a-1faa-1c545c7aaf84?t=1707040777868