

# Valoración psicológica de los aspirantes a oficiales y suboficiales de las Fuerzas Armadas. Influencia de la deseabilidad social

Martínez Sanz M.<sup>1</sup>*Sanid. mil. 2019; 75 (4): 193-202, ISSN: 1887-8571*

## RESUMEN

**Introducción:** Análisis sobre la importancia de realizar una óptima selección de los aspirantes a Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Armadas. **Objetivos:** Revisar la frecuencia de las evaluaciones psicológicas realizadas a los aspirantes a oficiales y suboficiales de las Fuerzas Armadas y las variables implicadas, así como describir el contexto normativo en el que se enmarca y las dificultades que se plantean. **Material y método:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo de los aspirantes a oficiales y suboficiales en julio y agosto de 2016, considerados “no aptos provisionales” en el Inventario de Personalidad de las Fuerzas Armadas (IPFAS). Estos aspirantes fueron evaluados por psicólogos en la Unidad de Reconocimientos del HCD Gómez Ulla para determinar si se encontraban dentro de los criterios de exclusión médica de la normativa vigente. **Resultados:** Se identificaron 114 aspirantes (7.39%) que obtuvieron puntuaciones que indicaban desajustes en la personalidad, de un total de 1542 que realizaron su reconocimiento médico. La valoración para éstos consistió en entrevista clínica, Cuestionario de Salud e Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). Resultaron “no aptos” 32 aspirantes (2,07% del total). **Conclusiones:** Sería beneficioso aprovechar las medidas de personalidad aportadas por el IPFAS para seleccionar a los futuros mandos en base a la posesión de atributos relacionados con el éxito profesional independientemente de la valoración médica que explora patología mental, así como encontrar una solución para poder decidir sobre la aptitud de los aspirantes que distorsionan e invalidan las pruebas como resultado de una deseabilidad social anormalmente elevada.

**PALABRAS CLAVE:** psicología militar, Fuerzas Armadas, evaluación psicológica, personalidad, deseabilidad social

## Psychological assessment of aspiring Armed Forces officers and NCO's. Influence of social desirability

## ABSTRACT

**Introduction:** Analysis on the importance of performing optimum selective process of candidates Armed Forces officers and NCO's. **Objective:** To assess the frequency of the psychological evaluations performed to candidates officers and NCO's and the variables involved, as well as to describe the normative context and the difficulties that may arise. **Material and method:** Observational, transversal and retrospective study of candidates officers and NCO's declared as “provisionally not suitable” according to the Armed Forces Personality Inventory (IPFAS) carried out during July and August 2016. These people were assessed at the Reconnaissance Unit located in HCD Gomez Ulla in order to determine if they met the medical exclusion criteria according to existing legislation. **Results:** 114 candidates out of a total of 1542 (7.39%) were identified whose scores indicated personality misadjustments. For these individuals, the assessments consisted of clinical interview and Millon Clinical Multiaxial Inventory. 32 candidates were found “not suitable” (2.07% of the total). **Conclusions:** It would be convenient to take benefit from personality measurements provided by IPFAS in order to select future commanders based on possession of personal qualities or attributes related to professional success, regardless of the medical assessment exploring mental pathology, as well as coming up with a solution allowing to take a decision on the suitability of the candidates that distort and invalidate the tests as a consequence of a social desirability abnormally elevated.

**KEYWORDS:** Military psychology, Armed Forces, psychological assessment, personality, social desirability

## INTRODUCCIÓN

Este artículo surge con la intención de analizar los perfiles de los aspirantes a oficiales y suboficiales de las Fuer-

zas Armadas (FFAA) que se consideran “no aptos provisionales” a la espera de realizar una evaluación psicológica más exhaustiva en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (HCDGU). El estudio de las variables implicadas en las evaluaciones psicológicas que realizan nuestros futuros militares puede ser de interés para iniciar el camino hacia una selección de los cuadros de mando en función de variables que se relacionan con un mejor ajuste y éxito profesional, además de continuar con la labor de detectar patología mental y descartar a estos aspirantes por su vulnerabilidad y las dificultades de adaptación al medio militar que puedan plantear en un futuro.

<sup>1</sup> Capitán Psicólogo. Sección de Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España  
Dirección para correspondencia: Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Sección de Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Glorieta del Ejército nº1 28047 Madrid. España. mmars26@oc.mde.es

Recibido: 27 de abril 2019

Aceptado: 8 de octubre de 2019

doi: 10.4321/S1887-85712019000400003

### Contextualización y normativa

Las convocatorias para acceder a las diferentes escalas de Oficiales y Suboficiales se publican con carácter anual en el Boletín Oficial del Estado y, en todas ellas, se desarrolla el R.D. 35/2010, por el que se aprueba el Reglamento de ingreso y promoción y de ordenación de la enseñanza de formación en las Fuerzas Armadas<sup>1</sup>, que en su artículo 8.3 establece que se verificará, mediante reconocimientos médicos y pruebas psicológicas y físicas, que el aspirante posea la necesaria aptitud psicofísica.

La Unidad de Reconocimientos (UR) del HCDGU tiene como uno de sus cometidos realizar los reconocimientos periciales de las FFAA. Es la unidad en la que se valoran las aptitudes psicofísicas de los aspirantes a las escalas de oficiales y suboficiales en todas las modalidades de acceso en orden a determinar si reúnen las condiciones psicofísicas establecidas en la ORDEN PRE 2622/2007, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para el ingreso en los centros docentes militares de formación, modificada por la ORDEN PRE 528/2009<sup>2</sup>. No se hace referencia a ésta última en este trabajo, porque no afectó a los criterios con los que trabajaron tanto los psicólogos clínicos como los psiquiatras en sus reconocimientos periciales. Actualmente se encuentra en vigor la Orden PCI/6/2019<sup>3</sup>.

### Pruebas psicológicas

Las diferentes convocatorias explicitan que éstas consistirán en una o más pruebas que exploren las características de la personalidad de los aspirantes para detectar indicadores de posibles trastornos que pudieran comprometer su rendimiento como alumnos de un centro docente militar de formación o su futuro desempeño profesional. Respecto a los resultados obtenidos, se declara que serán “considerados” en el reconocimiento médico.

En el proceso selectivo se aplica a todos los opositores la prueba psicológica IPFAS y el Cuestionario de Salud en la UR<sup>4</sup>.

### Valoración de Psicología clínica en la UR

En esta convocatoria de 2016 se decidió emplear la validación en población española del MCMI-III para la valoración de los “no aptos provisionales”, si bien en otras convocatorias de años anteriores o posteriores se han empleado otras pruebas por parte de los psicólogos clínicos<sup>5</sup>. Teniendo en cuenta los resultados de la prueba aplicada, se realiza a continuación una entrevista clínica centrada en el propio aspirante, explorando más a fondo la problemática o sintomatología que podría ir asociada a los resultados que ha obtenido.

**Tabla 1.** Criterios de exclusión ORDEN PRE 2622/2007

Psiquiatría	
C.9	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos de una afección somática general.
C.10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas o drogas, incluido el alcohol, así como la evidencia de abuso de las mismas o su detección analítica.
C.11	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno con ideas delirantes y cualquier tipo de psicosis, incluso en situación asintomática o en remisión.
C.12	Trastornos del humor (afectivos) incluso en situación asintomática o en remisión.
C.13	Estructuras neuróticas de la personalidad. Reacciones de ansiedad incompatibles con la profesión militar.
C.14	Trastornos neuróticos, incluidos los secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, incompatibles con la profesión militar o su adaptación a la misma.
C.15	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos incompatibles con la profesión militar o su adaptación a la misma.
C.16	Trastornos o estructuras anómalas de la personalidad y del comportamiento adulto incompatibles con la profesión militar o su adaptación a la misma.
C.17	Capacidad intelectual inferior a la media, tomando de referencia un cociente intelectual inferior a 90; o a 80 para militar profesional de Tropa y Marinería.
C.18	Trastornos del desarrollo psicológico, del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia que continúen en la edad adulta incompatibles con la profesión militar o su adaptación a la misma.
C.19	Cualquier otra alteración psíquica que afecte al individuo y que comprometa la correcta realización de sus actividades.
C.20	Para la Escala Superior de Oficiales y Escala de Oficiales (especialidad fundamental de operaciones aéreas) del Cuerpo General del Ejército del Aire descalificará cualquier déficit significativo de las aptitudes cognitivas o sensitivo-motrices necesarias para el vuelo.

Con toda la información obtenida mediante IPFAS, MCMI-III, Cuestionario de Salud de la UR y entrevista clínica, el psicólogo emite el fallo: “Apto” o “No apto”, indicando en este caso el coeficiente de exclusión correspondiente.

En la tabla 1 se pueden observar los criterios de exclusión médicos de la ORDEN PRE 2622/2007.

### La Deseabilidad Social

Uno de los aspectos que se analizan en este estudio es el concepto de Deseabilidad Social (DS), por su importante implicación en la selección de personal en contextos organizacionales<sup>6,7</sup>. La deseabilidad social también se conoce como distorsión motivacional y ha sido definida como “*la tendencia a contestar a los ítems de modo que se responde a las presiones sociales o normativas en lugar de proporcionar un autoinforme verídico*”<sup>8</sup> (Ellingson, Smith y Sackett, 2001, p.122).

Paulhus diferenció dos dimensiones en este constructo: manejo de impresiones y autoengaño<sup>9</sup>. La primera consiste en la tendencia a adaptar intencionalmente la imagen presentada a los demás de manera que resulte más virtuosa, por lo tanto sería una manipulación voluntaria. La segunda dimensión no consiste en una manipulación voluntaria puesto que el sujeto se describe de manera favorable creyendo con honestidad que esas autoafirmaciones le reflejan. El “autoengaño” podría considerarse una característica estable de la personalidad, a diferencia del manejo de impresiones, que reflejaría una tendencia a adaptarse a ciertas situaciones.

La problemática con la que nos enfrentamos en estos reconocimientos médicos en las FFAA, reside en que la información que aportan los aspirantes al rellenar los autoinformes se encuentra, en ocasiones, tan influida por esa tendencia a presentarse de manera virtuosa, que queda comprometida la validez de la prueba aplicada. Por lo tanto, esa DS no permite al evaluador emitir un juicio respecto a la aptitud psicológica del aspirante, ya que los resultados de la prueba no son válidos.

La principal causa por la que los aspirantes son peritados en la UR es la DS anormalmente elevada en el IPFAS. Esta escala se consideró significativa a partir del Percentil 98, lo cual deja un margen de amplia tolerancia para ese “manejo de impresiones”. Algunos autores y muchos profesionales han cuestionado el empleo de pruebas de personalidad en contextos selectivos, alegando que las medidas obtenidas se verían influidas por la DS hasta el punto de poder cuestionarse la validez de las mismas<sup>10,11,12</sup>.

No obstante, diversos metaanálisis han demostrado que la DS apenas tiene efecto sobre la validez convergente y discriminante de la personalidad y también sobre la validez de criterio<sup>13</sup>.

### La Deseabilidad social como “criterio de exclusión”

La normativa que regula las pruebas de aptitud psicofísica en las FFAA únicamente contempla criterios médicos. Por lo tanto, en las pruebas psicológicas sólo se toman en consideración las escalas clínicas y la escala de DS.

Independientemente de los resultados en las escalas clínicas, el aspirante puede obtener una puntuación significativa en DS:

esto nos llevaría a fallar al aspirante como “no apto”, incluyéndolo en el apartado de Psiquiatría C-19. Parece controvertido incluir al aspirante en un cuadro médico de exclusión por su puntuación en una escala de validez. La idea que subyace es que la interpretación de la prueba no es válida como resultado de esa distorsión que realiza el aspirante. Consecuentemente, considerarlo “no apto” implicaría que no se puede determinar ni la presencia ni tampoco la ausencia de psicopatología.

### La labor del psicólogo militar en los procesos selectivos

El concepto de “no apto provisional” no viene recogido en ninguna normativa de las FFAA: se ha empleado en este estudio para referirnos a los aspirantes que son “no aptos” en el IPFAS.

El procedimiento habitual es que la UR solicita una nueva valoración a la Sección de Psicología clínica para verificar que esos aspirantes considerados “no aptos provisionales”, efectivamente lo son. Sin embargo, ninguna normativa ha recogido que un psicólogo militar deba de nuevo evaluar a esos aspirantes como parte del reconocimiento médico realizado en el HCDGU.

El papel otorgado en las FFAA a la valoración realizada por el psicólogo queda relegado a un segundo plano, ya que los resultados obtenidos serán “*considerados en el reconocimiento médico*”, según recogen las convocatorias. El resultado de la exploración realizada por el psicólogo militar no es vinculante, quedando la decisión definitiva en manos del oficial médico especialista en psiquiatría, que determina en última instancia la “aptitud psicológica”.

Las repercusiones van más allá de la imposibilidad de determinar la aptitud psicológica de los aspirantes que ellos mismos han evaluado e incluso reevaluado. Además, su trabajo no queda recogido en ningún procedimiento. Es decir, que atendiendo a la normativa, todos los aspirantes considerados “no aptos” en la prueba psicológica IPFAS deberían ser valorados directamente por un psiquiatra; de ratificarse éste en el “no apto”, deberían ser valorados por otro psiquiatra del Tribunal Médico Militar de Apelación (TMMA) si el aspirante así lo solicita, debido a que los criterios de exclusión del epígrafe “C” (Neurología y Psiquiatría) son de uso médico. Es más, si nos ceñimos a la normativa vigente, tras la aplicación del IPFAS el psicólogo militar podría considerar “apto” o “no apto” en la prueba psicológica mencionada en la convocatoria a todos y cada uno de los aspirantes sin hacer mención de coeficientes médicos de exclusión y sin sustituir el trabajo del psiquiatra.

En la práctica habitual, sin embargo, el psicólogo interpreta los resultados del IPFAS de todos los aspirantes, vuelve a valorar a los “no aptos” y de considerarlos de nuevo “no aptos” tras su valoración, emplea un cuadro médico de exclusión (si bien él no firma el documento puesto que su figura no queda recogida en ninguna normativa).

### Tribunal Médico Militar de Apelación

Los aspirantes considerados “no aptos” pueden solicitar ser valorados por el TMMA nombrado en la Resolución de su con-

vocatoria, quien con el informe psicológico pericial y la valoración que realice, determina el fallo definitivo<sup>14</sup>.

El resultado del reconocimiento médico podrá ser revisado a instancia del aspirante tras la publicación del mismo por la Junta de Reconocimiento Médico. Esta revisión compete al TMMA, y su fallo es definitivo para continuar en el proceso selectivo. Este Tribunal está compuesto por un presidente y ocho vocales, todos ellos oficiales médicos, siendo uno de ellos de la especialidad de psiquiatría.

### Normativa en vigor

Recientemente la ORDEN PRE 2622/2007 ha sido derogada por la orden PCI/6/2019, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para el ingreso en los centros docentes militares de formación. Se han modificado, entre otros, los coeficientes de Psiquiatría, afectando directamente al trabajo que realiza el psicólogo. Esta problemática será abordada en las discusiones al no estar vigente dicha normativa cuando se realizó este estudio.

### OBJETIVOS

Los objetivos principales de este artículo son revisar la frecuencia de evaluaciones psicológicas que se realizan en la

UR del HCDGU a los aspirantes a oficiales y suboficiales de las FFAA que inicialmente se consideran “no aptos provisionales” así como las variables de esta muestra: sexo, edad, escala, cuerpo y variables clínicas. Así mismo, tiene como objetivo secundario revisar la normativa en la que se enmarcan estas evaluaciones psicológicas y la problemática para aplicar el cuadro médico de exclusiones cuando el aspirante obtiene puntuaciones extremas en DS que invalidan los resultados de la evaluación.

### MATERIAL Y MÉTODO

#### Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de los perfiles de personalidad de los aspirantes a oficiales y suboficiales de todas las escalas y cuerpos que realizaron el reconocimiento médico en el HCDGU en la convocatoria publicada en 2016, con reconocimientos comprendidos entre el 2 de julio y el 3 de agosto de 2016.

Se evaluaron 114 aspirantes (7,39%) de un total de 1542 reconocimientos realizados en la UR. Los 114 aspirantes considerados “no aptos provisionales” por sus resultados en el IPFAS fueron valorados mediante el Cuestionario de Salud de la UR, sus puntuaciones en el MCMI-III y una entrevista clínica. Se analizaron: a) variables de carácter demográfico: edad y sexo,

**Tabla 2.** Descripción de la muestra según Escala, Cuerpo y sexo de los aspirantes.

N= 114				
Escala	Cuerpo	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total (%)
Oficiales (EO)	Intendencia	8	2	10 (8.77%)
Oficiales (EO)	Jurídico	6	1	7 (6.14%)
Oficiales (EO)	Sanidad CTP	1	2	3 (2.63%)
Oficiales (EO)	Sanidad STP	5	5	10 (8.77%)
Oficiales (EO)	Cuerpo General	35	3	38 (33.33%)
Oficiales (EO)	Ingenieros	6	1	7 (6.14%)
Técnica de Oficiales (ETO)	Ingenieros	7	1	8 (7.02%)
Oficiales Enfermeros (EOE)	Sanidad CTP	2	2	4 (3.51%)
MILCO	Cuerpo General	2	0	2 (1.75%)
Suboficiales (ESB)	Músicas Militares	2	0	2 (1.75%)
Suboficiales (ESB)	Cuerpo General	23	0	23 (20.18%)
<b>Total</b>		97 (85%)	17 (15%)	114 (100%)

b) variables de carácter socioprofesional: escala y cuerpo y c) variables clínicas: cuatro escalas de validez y veinticuatro escalas clínicas del MCMI-III: once escalas de patrones clínicos de la personalidad, tres escalas de patología grave de la personalidad, y siete escalas de síndromes clínicos y tres escalas de síndromes clínicos graves.

Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central. La descripción de las variables cualitativas se realizó con frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se realizó con los programas Excel y SPSS, versión 19.

La aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del HCDGU se obtuvo el 13 de marzo de 2018.

### Participantes

La muestra estaba constituida por 97 hombres y 17 mujeres (85 y 15% respectivamente) con una edad media de 21 años. En cuanto a las escalas se consideraron dos grupos: Escalas de Oficiales (EO) y Escala de Suboficiales (ESB). La primera englobaría la Escala de Oficiales, Escala Técnica de Oficiales, Escala de Oficiales Enfermeros y Militares de Complemento, agrupando por lo tanto a los cuerpos de Intendencia e Ingenieros, Cuerpo Militar de Sanidad, Cuerpo Jurídico Militar y Cuerpo General. Bajo la Escala de Suboficiales englobamos el Cuerpo General y el Cuerpo de Músicas Militares. En la Tabla 2 se describe la muestra.

Analizando la variable “sexo” observamos que en la EO se peritaron 89 hombres y 17 mujeres (80.9% y 19,1% respectivamente). En la ESB no hubo peritaciones a mujeres puesto que ninguna obtuvo puntuaciones significativas, estando compuesta la muestra de esta escala por 25 hombres (100%).

### Descripción de los instrumentos

#### *Inventario de Personalidad de las Fuerzas Armadas*

El IPFAS es la prueba psicológica que se aplica en el proceso selectivo a todos los opositores. Fue desarrollado por el Instituto de Orientación Psicológica EOS bajo contrato con el Ministerio de Defensa para ser aplicado en procesos de selección, clasificación, y asignación de destinos. Cuenta con trece escalas que miden rasgos de personalidad y una escala de Deseabilidad Social/Sinceridad. Podríamos clasificar esas trece escalas en clínicas y no clínicas. Las no clínicas corresponden a Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad, Responsabilidad, Iniciativa, Liderazgo, Espíritu de equipo y Empatía. Las escalas clínicas son Neuroticismo, Paranoïdismo, Psicoticismo, Depresión y Psicopatía. Éstas últimas, miden tendencias psicopatológicas cuya detección es importante en las FFAA puesto que permiten identificar a aquellos sujetos con rasgos anómalos de personalidad y/o más vulnerables a desarrollar trastornos mentales bajo situaciones de estrés. Las escalas no clínicas aportan una información muy valiosa ya que miden variables que están relacionadas directamente con el éxito profesional, aunque no permiten la toma de decisiones respecto a la idoneidad del aspirante a las FFAA puesto que la normativa sólo contempla un cuadro médico.

La Unidad de Apoyo Psicológico de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESANDEF) realiza la aplicación de la prueba y su corrección. La hoja de respuestas de cada opositor va identificada con su número de identificación del opositor para garantizar el anonimato y, tras corregirse mediante lectora óptica en el Ministerio de Defensa, imprimen los resultados y los entregan en sobre cerrado al Presidente del Órgano de Selección. Éste custodia el sobre y lo entrega en la UR. Los oficiales psicólogos del HCDGU acceden a los datos en la UR e identifican a los opositores que obtuvieron puntuaciones significativas (Percentil 98) en las escalas clínicas y/o en la Escala de validez Sinceridad-Deseabilidad social, para proceder a su evaluación.

### *Cuestionario de Salud*

Todos los aspirantes realizan un reconocimiento médico en la UR y cumplimentan un Cuestionario de Salud al inicio de éste, en el que informan de su historial sanitario. Este Cuestionario es propio del Ministerio de Defensa y estaba adaptado del publicado en la ORDEN PRE/2373/2003, de 4 de agosto. Se pregunta al opositor por antecedentes de salud mental, tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos que haya recibido y los hábitos tóxicos. Además, si el aspirante tiene historia clínica abierta en la UR, se analiza la misma por si hubiese antecedentes clínicos de interés. Actualmente se emplea el Cuestionario de Salud aprobado por la Instrucción 14/2016<sup>15</sup>.

### *MCMI-III*

El MCMI-III es una prueba que se emplea frecuentemente en el contexto forense<sup>16, 17</sup>. Cuenta con cuatro escalas de validez y veinticuatro escalas de patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos. Este instrumento está basado en un modelo en el que quedan integradas la personalidad y la psicopatología permitiendo la comprensión de la persona como un todo integrado, permitiendo conocer y entender los síntomas del paciente partiendo de los estresores psicosociales que está experimentando y como resultado de sus estilos de afrontamiento. Se consideró también en el desarrollo de esta prueba el modelo DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana<sup>18</sup>, cuyo Manual Diagnóstico y Estadístico permite clasificar los trastornos mentales con criterios asociados que facilitan el diagnóstico y que incluyen síntomas, comportamientos, funciones cognitivas, rasgos de personalidad, etc.

Heilbrum señala la adecuación psicométrica como criterio para que una prueba sea empleada en el ámbito forense<sup>19, 20</sup>. En cuanto a su fiabilidad, el MCMI-III cuenta con una consistencia interna del 0,8. Destaca por su uso de estadísticos de efectividad diagnóstica que a su vez redundan en su validez externa.

### Procedimiento

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, a cada aspirante le fue asignado un número para ser identificado en el estudio, en función del orden en el que era valorado. Se recogía

la edad, sexo, escala y cuerpo al que opositaba, resultado de la valoración y, en caso de ser “no apto”, también el coeficiente de exclusión de la ORDEN PRE 2622/2007 (tabla 1). Se asignaba el mismo número a su perfil de MCMI-III para relacionarlos posteriormente.

Tras la recogida de datos se vio que era necesario recabar más información, por lo que se solicitó permiso al Jefe de la UR para acceder al Archivo del HCDGU y poder completar los datos. Se pudo acceder a las historias clínicas de cada aspirante y se recogieron los siguientes datos: motivo por el que fue valorado (Cuestionario de Salud y/o IPFAS), escala/s clínica/s del IPFAS que motivaron la valoración, si el aspirante solicitó ser valorado por el TMMA y, en caso afirmativo, el resultado emitido por el mismo.

## RESULTADOS

El IPFAS fue aplicado a todos los opositores, de los cuales 1542 realizaron el reconocimiento médico en la UR. De esos 1542, el 92,61% (n=1428) obtuvieron un perfil adecuado sin indicadores de psicopatología. El 7,32% (n=114) se consideró “no apto provisional” a la espera de ser valorados (ver tabla 3).

**Tabla 3.** Identificación de los “no aptos provisionales” mediante IPFAS o C. de Salud

Antes de la valoración en UR		
N=1542	Número Sujetos	Porcentaje
Aptos	1428	92,61%
No aptos Provisionales	114	7,39%
<b>Total</b>	<b>1542</b>	<b>100%</b>

En la tabla 4 se presentan los resultados tras la valoración de los 114 aspirantes peritados en la U.R. De éstos, 32 aspirantes se consideraron no aptos (28.07%) frente a los 82 que fueron aptos (71.93%). Las pruebas IPFAS y MCMI-III permitieron excluir a 32 aspirantes, un 2,07% del total de los 1542 que realizaron su reconocimiento médico en la UR.

**Tabla 4.** Resultados tras la valoración de los psicólogos en la UR

N= 114	Sujetos Peritados	% Parcial (N=114)	% Total (N=1542)
Aptos	82	71.93%	5,31%
No aptos	32	28.07%	2.07%
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	

Los psicólogos clínicos que realizaron las valoraciones emplearon los coeficientes C-13, C-14 y C-19 ajustándose al cuadro médico (ver tabla 5). El coeficiente C-13 engloba “estructuras neuróticas de la personalidad” que implicarían inestabilidad emocional y podrían cursar con reacciones de ansiedad. El coeficiente C-14 hace referencia a trastornos neuróticos (trastornos de ansiedad), incluidos los secundarios a situaciones de estrés como podrían ser los trastornos adaptativos. El C-19 engloba a los sujetos que padecen alguna alteración psíquica que no se haya especificado en los coeficientes anteriores, y que pudiese comprometer la realización de las actividades propias de las FFAA.

El coeficiente C-19 fue empleado en el 75% de los casos para indicar la no aptitud de los aspirantes de acuerdo al cuadro médico. Emplear este coeficiente permitió decidir respecto a los aspirantes que invalidaban la interpretación de las pruebas al comprometer las escalas de validez. Mayoritariamente, a pesar de haber sido informados de ello antes de cumplimentar el MCMI-III, siguiendo las recomendaciones de Salgado<sup>6</sup>, los aspirantes volvían a comprometer la validez de la prueba impidiendo la interpretación de los datos. Por tanto, no podía afirmarse ni la presencia ni la ausencia de psicopatología.

**Tabla 5.** Coeficiente de exclusión asignado a los “no aptos” según ORDEN PRE 2622 /2007

N= 32		
C. de exclusión	Nº sujetos	Porcentaje
C-13	7	21,88%
C-14	1	3,12%
C-19	24	75%

De los 32 aspirantes “no aptos”, el 100% solicitó ser valorado por el TMMA, si bien 6 no se presentaron posteriormente. Tras la valoración, 25 fueron considerados “aptos” y 1 “no apto”: En este caso el psiquiatra ratificó el C-13 emitido por los psicólogos (tabla 6).

**Tabla 6.** Resultados tras solicitar apelación al TMMA

N=32		
Resultado	Nº sujetos	C. Exclusión
Apto	25	
No apto	1	C-13
No presentado	6	

### Descripción de un caso

Como muestra de la gran relevancia que tiene la detección de psicopatología previa al ingreso en las FFAA y la eficiencia del empleo de pruebas estandarizadas de evaluación, se describe el procedimiento realizado con el aspirante considerado “no apto” desde que cumplimentó el IPFAS hasta su revisión por el TMMA.

**Tabla 7.** Perfil del aspirante considerado “no apto” C-13 en el Inventario MCMI-III

CATEGORÍA		PUNTUACIÓN		PERFIL DE PUNTUACIONES DE PREVALENCIA					ESCALAS DIAGNÓSTICAS
		PD	PREV	0	60	75	85	115	
ESCALAS DE VALIDEZ	X	141	81						SINCERIDAD
	Y	7	35						DESEABILIDAD SOCIAL
	Z	21	81						DEVALUACIÓN
PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	1	11	61						ESQUIZOIDE
	2A	10	55						EVITATIVO
	2B	17	68						DEPRESIVO
	3	15	66						DEPENDIENTE
	4	10	23						HISTRIONICO
	5	14	60						NARCISISTA
	6A	17	71						ANTISOCIAL
	6B	16	63						AGRESIVO (SÁDICO)
	7	3	2						COMPULSIVO
	8A	21	73						NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)
8B	12	55						AUTODESTRUCTIVO	
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	S	17	65						ESQUIZOTÍPICO
	C	18	68						LÍMITE
	P	17	75						PARANOIDE
SÍNDROMES CLÍNICOS	A	19	108						ANSIEDAD
	H	8	63						SOMATOFORMO
	N	11	71						BIPOLAR
	D	16	76						DISTÍMICO
	B	9	73						DEPENDENCIA DEL ALCOHOL
	T	12	75						DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
	R	18	71						ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	SS	16	88						TRASTORNO DEL PENSAMIENTO
	CC	12	68						DEPRESIÓN MAYOR
	PP	6	73						TRASTORNO DELIRANTE

El aspirante era un varón de 20 años que opositaba al Cuerpo General de la Escala de Suboficiales. En la prueba psicológica IPFAS obtuvo puntuaciones significativas en las escalas de Neuroticismo y Depresión. En el C. de Salud informó de consumo de tóxicos y antecedentes de salud mental. Se describen las escalas significativas o elevadas y las respuestas llamativas (tabla 8). El perfil MCMI-III del aspirante se muestra en la tabla 7.

**Resultados del IPFAS**

— Neuroticismo: indicaría que el sujeto posee una mayor reactividad emocional, respondiendo de manera más intensa y con mayor malestar que el resto de la población. La puntuación se asocia también con la tendencia a interpretar situaciones ordinarias como amenazadoras, siendo más propenso a desarrollar trastornos de ansiedad, sentimientos de culpa y depresión.

— Depresión: reflejaría una tendencia depresiva, no un diagnóstico. Está relacionado con baja autoestima, mecanismos de evitación por miedo al fracaso, periodos de tristeza y posibles cambios comportamentales como agresión e irritabilidad.

**C. de Salud de la UR**

Refirió padecer “crisis de ansiedad” y haber consumido drogas en el pasado.

**Resultados del MCMI-III**

*Escalas de Validez:* El protocolo era válido para su interpretación. En las escalas de validez obtuvo una puntuación elevada en Sinceridad, baja en DS y alta en Devaluación. La combinación de las puntuaciones en este aspirante conformaría un estilo de respuesta en el que se refleja un rasgo de carácter quejoso o auto-compasivo, transmitiendo una extrema vulnerabilidad.

*Escalas clínicas:* Obtuvo puntuaciones clínicamente significativas en las escalas de Ansiedad y de Trastorno del pensamiento.

- Ansiedad: refleja un estado generalizado de tensión que se manifiesta por la incapacidad de relajarse y la tendencia a reaccionar y sobresaltarse fácilmente, siendo también característico el malestar somático. Indicaría preocupación excesiva, nerviosismo y susceptibilidad generalizada.
- Trastorno del pensamiento: Puede mostrar conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas o mantener un afecto inapropiado. El pensamiento puede estar fragmentado o ser extraño. Los sentimientos pueden estar embotados con la convicción de ser incomprendido y aislado por los demás. Son frecuentes las conductas retraídas, solitarias y secretas.

Las puntuaciones fueron elevadas (aunque no llegasen a ser significativas) en las escalas Paranoide, Trastorno distímico y Dependencia de sustancias. Estas puntuaciones indicaban tendencias y rasgos que no llegan a considerarse trastornos pero que alertan sobre una importante vulnerabilidad y dificultades en esas áreas.

- Paranoide: tendencia a mostrar desconfianza hacia los demás, con una actitud defensiva. Es frecuente la resistencia a las influencias y al control externo por miedo a perder la independencia. Pensamiento poco flexible y sentimientos inmutables.
- Distímico: se caracteriza por sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima. Es frecuente la expresión de sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos.
- Dependencia de sustancias: indica que el aspirante probablemente tiene una historia recurrente o reciente de abuso de drogas, con dificultades para reprimir sus impulsos.

El MCMI-III contiene ítems que se conocen como “respuestas llamativas” agrupados en áreas; se incluyen enumerados al final de la corrección automática si el sujeto los contesta afirmativamente. Son de gran utilidad, pues permiten al clínico poder explorar las respuestas con el paciente posteriormente en una entrevista. Las respuestas llamativas del aspirante se incluyen en la tabla 8.

**Tabla 8.** *Respuestas llamativas MCMI-III del perfil considerado “no apto” C-13*

<b>Preocupación por la Salud</b>
Ítems 1, 44, 55, 75, 130, 149
<b>Alienación interpersonal</b>
Ítems 10, 92, 105, 161, 174
<b>Descontrol emocional</b>
Ítems 9, 14, 22, 34, 83, 87, 116, 124
<b>Potencial autodestructivo</b>
Ítems 24, 44, 112, 142, 150
<b>Trastorno de alimentación</b>
Ítem 121

## DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones de estudio que a continuación se señalan, ha sido realizado con minuciosidad. Requirió trabajar en dos fases, accediendo al Archivo del HCDGU posteriormente para poder recabar los datos que se necesitaban para completar la investigación, si bien se pudo acceder a todos ellos.

Existe numerosa literatura científica que ha revisado a través de metaanálisis el uso de pruebas que miden factores de personalidad en la selección de personal en contextos organizacionales, además de realizarse revisiones sobre el factor de deseabilidad social en estos contextos. Las particularidades de la selección en FFAA e incluso en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, merecen una mención aparte. Este estudio describe el contexto en el que se realiza la selección de aspirantes a oficiales y suboficiales y las dificultades que en ocasiones pueden surgir a los psicólogos militares que participan en esta labor, en la que sin duda cobra mayor relevancia que en otras organizaciones el poder descartar a aspirantes cuyas puntuaciones nos puedan indicar la probabilidad de desarrollo de trastornos mentales bajo situaciones de estrés.

### Limitaciones del estudio

Resultaría complejo realizar una recogida de datos en las próximas convocatorias para comparar los resultados obtenidos con los de este estudio; con la Orden PCI/6/2019 en vigor que ha supuesto, entre otros aspectos, la eliminación de coeficientes de exclusión, sería difícil poder realizar esa comparativa. Por otro lado, no todos los años se sigue el mismo procedimiento por parte del equipo de psicólogos militares que realizan los reconocimientos en las convocatorias de oficiales y suboficiales, pudiendo aplicarse cuestionarios de personalidad diferentes al empleado en nuestro estudio para evaluar a los “no aptos provisionales”.

## CONCLUSIONES

En la actualidad la ORDEN PRE/2622/2007 se encuentra derogada por la Orden PCI/6/2019. Esta nueva Orden ha implicado cambios sustanciales para los profesionales de la salud mental, destacando positivamente que se haya realizado una nueva formulación de los coeficientes, de tal manera que esta normativa presenta una mayor claridad y se encuentra más acorde a los términos que se emplean actualmente en los sistemas clasificatorios como serían los de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE).

Por otra parte, también se han reducido el número de coeficientes de exclusión correspondientes a Psiquiatría, bien porque se han agrupado ciertos criterios o porque otros hayan sido eliminados. La eliminación del Coeficiente C-19 plantea nuevos desafíos para la psicología militar, siendo una oportunidad para reflexionar, analizar el trabajo realizado hasta entonces e incluso hacer autocrítica.

Como ya se señaló en la introducción, la DS elevada no afecta a la validez de las medidas de factores de personalidad. No



obstante, en las FFAA, las puntuaciones de las escalas no clínicas que miden factores de personalidad no se toman en consideración puesto que la normativa sólo contempla criterios médicos de salud mental. En las pruebas aplicadas en las FFAA, la DS anormalmente elevada (Pc 98) reflejaría una negación y/o disimulación de síntomas cuya detección es crucial: ¿Qué decisión deberíamos tomar respecto a la aptitud de un aspirante o militar profesional que manipula/distorsiona voluntaria o involuntariamente los resultados de las pruebas, pudiendo eso implicar la ocultación de sintomatología?, ¿deberíamos considerarlo “apto” a pesar de que ha quedado invalidada la interpretación de los protocolos aplicados, tan sólo porque “parece” no presentar un trastorno mental?

Si consideramos los datos de este estudio, la prueba de cribado IPFAS y el Cuestionario de Salud discriminaron a un 7,39% de aspirantes, identificando así a los que obtuvieron puntuaciones clínicas significativas o presentaban una DS anormalmente elevada que no permitía tomar decisiones respecto a su aptitud. ¿Sería plausible eliminar a esos aspirantes del proceso selectivo? ¿Podría asumirse su “aptitud” psicológica en la misma medida que se asume la del 92,61% que no distorsiona o, que a priori, no obtiene puntuaciones que indican una vulnerabilidad para presentar trastornos mentales o reacciones desadaptativas? En cualquier caso, sí parece que al menos sería eficiente. Sin embargo, este aspecto no está contemplado por la normativa dado que los resultados de las pruebas psicológicas no son vinculantes. Además, los procesos selectivos en las FFAA no están orientados a realizar una selección de los aspirantes más adecuados en ciertas aptitudes (físicas o psicológicas). El planteamiento que se sigue consiste en descartar a los “no aptos” por no cumplir ciertas condiciones, pero no implica seleccionar a los más aptos: únicamente las calificaciones académicas en pruebas de conocimiento permiten clasificar a los aspirantes y son el criterio para realizar la selección.

## Recomendaciones

Una alternativa al problema derivado de la DS anormalmente elevada que no permite determinar la aptitud del sujeto, podría consistir en modificar la normativa de acceso de tal manera que no haya que “forzar” los resultados e incluir a los aspirantes con puntuación extrema en DS en un cuadro médico de exclusión para dar solución a un problema que no es en principio psiquiátrico, como hasta ahora se venía haciendo empleando el Coeficiente C-19. Esta última opción requeriría incorporar un apartado de Psicología en las normativas que regulan los procesos de selección en las FFAA y que permitiera, entre otras opciones, la eliminación del proceso selectivo de aquellos aspirantes de los que no puede afirmarse ni la presencia ni tampoco la ausencia de un trastorno mental debido a la distorsión/manipulación que han realizado de los resultados.

## Futuras líneas de investigación

Proponiendo un segundo paso en esta misma línea, podría ser muy provechoso pasar del reclutamiento a la selección, uti-

lizando las medidas en factores de personalidad ya aportadas por el IPFAS para seleccionar a los aspirantes que poseen rasgos que ya se ha demostrado según la literatura científica que se relacionan con el éxito profesional. Esta línea queda fuera de los objetivos de este estudio, pero permitiría abrir nuevas líneas de investigación y seguir otras ya abiertas por nuestros psicólogos militares para trasladar el conocimiento teórico al ámbito de la selección de personal en las FFAA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto 35/2010, de 15 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de ingreso y promoción y de ordenación de la enseñanza de formación en las Fuerzas Armadas.
2. Orden PRE/2622/2007, de 7 de septiembre, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para el ingreso en los centros docentes militares de formación, modificada por la Orden PRE/528/2009, de 2 de marzo.
3. Orden PCI/6/2019, de 11 de enero, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para el ingreso en los centros docentes militares de formación.
4. Orden PRE/2373/2003, 4 de agosto, por la que se reestructuran los órganos médicos periciales de la Sanidad Militar y se aprueban los modelos de informe médico y cuestionario de salud para los expedientes de aptitud psicofísica.
5. Millon, T., David, R.D. y Millon, C. MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual. (Adaptación española: Cardenal, V., y Sánchez, M. P.) 2007. Madrid: TEA Ediciones.
6. Salgado, J.F., Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 2005; 26: 115-128. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809207>
7. Hough, L.M. Effects of intentional distortion in personality measurement and evaluation of suggested palliatives. *Human Performance*, 1998; 11: 209-244. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.84.2.155>
8. Ellingson, J. E., Smith, D. B. y Sackett, P. R. Investigating the influence of social desirability on personality factor structure. *Journal of Applied Psychology*, 2001; 86: 122-133. *Journal of Applied Psychology*, 2001; 86: 122-133. Disponible en: <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.1.122>
9. Paulhus, D.L. Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984; 46: 598-609. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.46.3.598>
10. Goffin, R.D. y Christiansen, N.D. Correcting personality test for faking: A review of popular personality tests and initial survey of researchers. *International Journal of Selection and Assessment*, 2003; 11, 340-344. Disponible en: [https://www.academia.edu/20142688/Correcting\\_Personality\\_Tests\\_for\\_Faking\\_A\\_Review\\_of\\_Popular\\_Personality\\_Tests\\_and\\_an\\_Initial\\_Survey\\_of\\_Researchers](https://www.academia.edu/20142688/Correcting_Personality_Tests_for_Faking_A_Review_of_Popular_Personality_Tests_and_an_Initial_Survey_of_Researchers)
11. Mueller-Hanson, R., Heggstad, E.D. y Thornton, G.C. Faking and selection: considering the use of personality from selected-in and selected-out perspectives. *Journal of Applied Psychology*, 2003; 88:348-355. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-9010.88.2.348>
12. Rosse, J.G., Stecher, M.D., Miller, J.L. y Levin, R.A. The impact response distortion on preemployment personality testing and hiring decisions. *Journal of Applied Psychology*, 1998; 83: 634-644. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-9010.83.4.634>
13. Ones, D.S. y Viswesvaran, C. The effects of social desirability and faking on personality and integrity assessment for personnel selection. *Human Performance*, 1998b; 11: 245-269. Disponible en: <https://experts.umn.edu/en/publications/the-effects-of-social-desirability-and-faking-on-personality-and->
14. Instrucción 7/2011, de 2 de marzo, del Subsecretario de Defensa, por la que se aprueban las normas por las que han de regirse los Órganos de Selección,

- Comisiones Permanentes de Selección, Tribunales Médicos Militares de Apelación y sus Órganos Asesores y de Apoyo.
15. Instrucción 14/2016, de 17 de marzo, de la Subsecretaría de Defensa. por la que se establecen nuevos Modelos de Informe Médico y de Cuestionario de Salud para los Expedientes de Aptitud Psicofísica y nuevos Modelos de Acta de las Juntas Médico-Periciales de la Sanidad Militar.
  16. Mc Cann, J.T. y Dyer, F.J. Forensic assessment with the Millon Inventories, 1996; Nueva York: Guildford Press.
  17. Dyer, F.J. Using the MCMI in forensic settings. En T. Millon (Ed.), The Millon Inventories, 1997; Nueva York: Guildford Press.
  18. American Psychiatric Association. Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders (5a. Ed.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. Ed.), 2014; Barcelona: Masson.
  19. Heilbrun, K. The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behavior*, 1992; 16: 257-272. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/226323708\\_The\\_Role\\_of\\_Psychological\\_Testing\\_in\\_Forensic\\_Assessments](https://www.researchgate.net/publication/226323708_The_Role_of_Psychological_Testing_in_Forensic_Assessments)
  20. Sanz, J. y García, M.P. Directrices para seleccionar tests psicológicos en el ámbito clínico forense. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2013; 13: 105-307. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/36445/>