



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | PAG. |
|--|------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Resumen | iv |
| | |
| INTRODUCCION | 6 |
| | |
| I. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES | 10 |
| 1.1 Psicología de la personalidad. Generalidades. | 10 |
| 1.2 Teoría de los rasgos | 11 |
| 1.3 La evaluación de la personalidad y las pruebas psicológicas. | 13 |
| 1.4 Componentes del proceso de evaluación. | 13 |
| 1.4.1 Planificación. | 13 |
| 1.4.1.1. Metas de la evaluación clínica. | 15 |
| 1.4.1.2. Clasificación e implicaciones diagnósticas. | 15 |
| 1.4.1.3. Descripción. | 17 |
| 1.4.1.4 La predicción | 17 |
| 1.4.2 Recopilación de datos de evaluación. | 18 |
| 1.4.2.1 Las pruebas de personalidad. | 19 |
| 1.5 El examen y evaluación psicológicos en el paciente psiquiátrico. | 19 |
| 1.6 Evaluación de cuadros clínicos: características generales de las psicosis. | 20 |
| 1.6.1 Esquizofrenia | 21 |
| 1.6.1.1 Esquizofrenia desorganizada | 22 |
| 1.6.1.2 Esquizofrenia paranoide | 22 |
| 1.6.1.3 Esquizofrenia indiferenciada | 22 |
| 1.6.2 Trastorno delirante paranoide | 22 |
| 1.6.3 Psicosis reactiva breve | 22 |
| 1.6.4 Trastorno esquizofreniforme | 23 |
| 1.6.5 Trastornos del estado de ánimo | 23 |
| 1.6.5.1 Episodio maníaco | 23 |
| 1.6.5.2 Episodio depresivo mayor | 23 |

| | |
|--|----|
| 1.7 El MMPI en la evaluación clínica. | 23 |
| 1.8 Antecedentes del MMPI | 24 |
| 1.8.1 Bases conceptuales del MMPI | 24 |
| 1.8.2 Desarrollo de las escalas clínicas | 25 |
| 1.8.3 Las escalas de validez | 27 |
| 1.8.4 Modificaciones en el enfoque de utilización del MMPI | 29 |
| 1.9 Desarrollo del MMPI-2 | 30 |
| 1.9.1 Metas del proyecto de reestandarización | 32 |
| 1.9.2 Población normativa | 33 |
| 1.9.3 Datos adicionales | 34 |
| 1.9.4 Revisión final | 34 |
| 1.10 Las escalas de validez | 35 |
| 1.10.1 No lo puedo decir (?) | 36 |
| 1.10.2 Escala L | 36 |
| 1.10.3 Escala F | 36 |
| 1.10.4 Escala K | 37 |
| 1.10.5 Escala Fb (Back-Page Infrequency) | 38 |
| 1.10.6 Escalas de consistencia: el TRIN y el VRIN | 39 |
| 1.10.6.1 Escala TRIN (True Response Inconsistency) | 39 |
| 1.10.6.2 Escala VRIN (Variable Response Inconsistency) | 39 |
| 1.11 Las Escalas Clínicas | 40 |
| 1.11.1 Escala 1 (Hipocondriasis, Hs) | 40 |
| 1.11.2 Escala 2 (Depresión, D) | 41 |
| 1.11.3 Escala 3 (Histeria, Hi) | 42 |
| 1.11.4 Escala 4 (Desviación psicopática) | 43 |
| 1.11.5 Escala 5 (Masculinidad-feminidad) | 43 |
| 1.11.6 Escala 6 (Paranoia, Pa) | 45 |
| 1.11.7 Escala 7 (Psicastenia, Pt) | 46 |
| 1.11.8 Escala 8 (Esquizofrenia, Es) | 47 |
| 1.11.9 Escala 9 (Hipomanía, Ma) | 48 |
| 1.11.10 Escala 0 (Introversión social, Si) | 49 |
| 1.12 Las Escalas de contenido | 49 |
| 1.12.1 Conductas sintomáticas integrales | 50 |

| | PAG. |
|--|------|
| 1.12.1.1 ANX (Ansiedad) | 50 |
| 1.12.1.2 FRS (Miedos) | 51 |
| 1.12.1.3 OBS (Obsesividad) | 51 |
| 1.12.1.4 DEP (Depresión) | 51 |
| 1.12.1.5 HEA (Preocupaciones por la salud) | 51 |
| 1.12.1.6 BIZ (Pensamiento bizarro) | 51 |
| 1.12.2 Tendencias agresivas externas | 51 |
| 1.12.2.1 ANGER (Ira) | 51 |
| 1.12.2.2 CYN (Cinismo) | 52 |
| 1.12.2.3 ASP (Prácticas antisociales) | 52 |
| 1.12.2.4 TPA (Conducta tipo A) | 52 |
| 1.12.3 Autoconcepciones negativas | 52 |
| 1.12.3.1 LSE (Baja auto-estima) | 52 |
| 1.12.4 Areas de problemas generales | 52 |
| 1.12.4.1 SOD (Incomodidad social) | 52 |
| 1.12.4.2 FAM (Problemas familiares) | 52 |
| 1.12.4.3 WRK (Interferencia con el trabajo) | 53 |
| 1.12.4.4 TRT (Indicadores negativos para el tratamiento) | 53 |
| 1.13 Estudios clínicos comparativos realizados con el MMPI | 53 |
| 1.14 Estudios clínicos con el MMPI-2 | 59 |
| | |
| II. METODO | |
| 2.1 Planteamiento del problema | 64 |
| 2.2 Hipótesis | 64 |
| 2.2.1 Hipótesis conceptual | 64 |
| 2.2.2 Hipótesis de trabajo | 64 |
| 2.2.3 Hipótesis nula | 64 |
| 2.2.4 Hipótesis estadísticas | 65 |
| 2.3 Tipo de investigación | 65 |
| 2.4 Diseño | 65 |
| 2.5 Variables | 66 |
| 2.5.1 Variable independiente | 66 |
| 2.5.1.1 Definición conceptual | 66 |
| 2.5.1.2 Definición operacional | 66 |
| 2.5.2 Variable dependiente | 66 |
| 2.5.2.1 Definición conceptual | 66 |
| 2.5.2.2 Definición operacional | 66 |
| 2.6 Sujetos | 67 |
| 2.6.1 Pacientes psiquiátricos | 67 |
| 2.6.2 Muestreo | 67 |
| 2.6.3 Criterios de inclusión y exclusión. | 67 |

| | PAG. |
|--|-----------|
| 2.6.3.1 Sujetos universitarios | 68 |
| 2.6.3.1.1 Muestreo | 68 |
| 2.6.3.1.2 Criterios de exclusión | 68 |
| 2.7 Instrumento | 68 |
| 2.8 Procedimiento | 69 |
| 2.8.1 Escenario | 69 |
| 2.8.2 Instrucciones | 70 |
| 2.9 Análisis de los datos | 70 |
| III. RESULTADOS | 72 |
| Tabla 1. Prueba t - Hombres, escalas clínicas y de validez. | 72 |
| Tabla 2. Prueba t- Mujeres, escalas clínicas y de validez. | 73 |
| Figura 1. Perfiles de escalas clínicas y de validez de pacientes psiquiátricos y estudiantes (Hombres) | 74 |
| Figura 2. Perfil de escalas clínicas y de validez de pacientes psiquiátricos y estudiantes (Mujeres). | 75 |
| Figura 3. Perfiles masculinos del MMPI-2, puntajes T (Hombres). | 76 |
| Figura 4. Perfiles femeninos del MMPI-2, puntajes T (Mujeres). | 77 |
| Figura 5. Perfil de Escalas de Contenido (Hombres) | 78 |
| Figura 6. Perfil de Escalas de Contenido (Mujeres) | 79 |
| Tabla 3. Prueba t para Escalas Clínicas y de validez entre hombres y mujeres del grupo psiquiátrico. | 80 |
| Tabla 4. Prueba t de Escalas de contenido (Hombres) | 81 |
| Tabla 5. Prueba t de Escalas de contenido (Mujeres) | 82 |
| Tabla 6. Prueba t de Escalas de contenido entre hombres y mujeres del grupo psiquiátrico. | 83 |
| Tabla 7. Correlación entre Escalas de validez y clínicas (Hombres) | 84 |

| | PAG. |
|---|------|
| Tabla 8. Correlación entre escalas de validez y clínicas (Mujeres) | 85 |
| Tabla 9. Correlación entre escalas de validez, clínicas y de contenido (Hombres) | 86 |
| Tabla 10. Correlación entre escalas de validez, clínicas y de contenido (Mujeres) | 87 |
| Tabla 11. Correlación entre escalas de contenido (Hombres) | 88 |
| Tabla 12. Correlación entre escalas de contenido (Mujeres) | 89 |
| Tabla 13. Matriz de Factores rotados (Varimax) de escalas clínicas y de validez (Hombres) | 90 |
| Tabla 14. Matriz de Factores rotados (Varimax) de escalas clínicas y de validez (Mujeres) | 91 |
| Tabla 15. Matriz de Factores Rotados (Varimax) de Escalas de contenido (Hombres) | 92 |
| Tabla 16. Matriz de Factores rotados (Varimax) de Escalas de contenido (Mujeres) | 93 |
| | |
| IV. DISCUSION | 94 |
| 4.1 Escalas de contenido | 98 |
| 4.2 Correlaciones de las Escalas de validez. | 99 |
| 4.3 Correlación entre Escalas clínicas. | 100 |
| 4.4 Correlaciones entre Escalas de validez y escalas de contenido. | 101 |
| 4.5 Correlación entre Escalas clínicas y de contenido. | 102 |
| 4.6 Análisis factorial de las escalas clínicas y de validez. | 104 |
| 4.7 Análisis factorial de las Escalas de contenido. | 107 |
| | |
| V. CONCLUSIONES | 110 |
| VI. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES | 112 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 114 |

Sólo puedes tener dos cosas en la vida:

razones o resultados.

Las razones no cuentan.

A mis padres, hermanos y toda mi familia.

A la memoria de mis queridas abuelas Marta Gareca e Ignacia Molina, y de mi tía Adela Vargas Gareca.

A todos los amigos y compañeros que a lo largo de mis estudios de Maestría han sido un gran apoyo en esta etapa de mi formación profesional y personal.

Agradezco a las siguientes personas, cuya ayuda hizo posible la culminación de este trabajo:

Un agradecimiento muy especial a la Lic. Rocío Fález Gómez, que con su gran ayuda, paciencia y calidad humana ha sido un apoyo inestimable para la realización de esta tesis. Gracias por tu hermosa amistad.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Directora de la tesis, por su apoyo e interés profesional y humano.

A la Dra. Julia Casamadrid Pérez, a la Maestra Sofía Rivera Aragón, sinodales, y a las Maestras Fayne Esquivel Ancona y Marta Cuevas Abad, suplentes, por su asesoría, entusiasmo y colaboración.

A la Lic. Leticia Romero, que a lo largo del trabajo en el Hospital Fray Bernardino de Alvarez me brindó su apoyo y su amistad.

Al Lic. Luis Monzón, por su inestimable ayuda en el tratamiento estadístico de los datos.

A la Dra. Rosa María Gamboa y a la Lic. Laura Lupercio, del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS por su colaboración (con los pacientes) y paciencia (conmigo).

A mi compañera Angeles García Escalona por su ayuda e interés en la realización de mi tesis, y por su solidaridad en los momentos de susto.

Gracias al sr. José Antonio Enciso, quien en todos los momentos difíciles me brindó ayuda desinteresada y apoyo para continuar.

A la lic. Consuelo Durán, por el aliento brindado en la Maestría y en el trabajo de tesis.

Al Maestro Erick Chargoy, por su colaboración.

Al Maestro Samuel Jurado Cárdenas, por su gran espíritu de colaboración y ayuda en los trámites administrativos.

Al Dr. Antonio Boza, al Lic. Félix Vía, al Lic. René Calderón J., a la Lic. Carmen Wilde, de la Universidad Católica Boliviana, y al Dr. Mario Ríos Aroz del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, CEUB, por el apoyo y confianza que hicieron posible la realización de mi Maestría en México.

RESUMEN

Se aplicó el MMPI-2, versión revisada del MMPI original, en un grupo de 200 pacientes psiquiátricos (87 mujeres y 113 hombres). El objetivo principal de la investigación fue la evaluación de la capacidad discriminativa del MMPI-2, por lo que se efectuó una comparación de los resultados obtenidos en las escalas de validez, clínicas y de contenido del grupo psiquiátrico, con las puntuaciones obtenidas en estas escalas por un grupo de 1920 estudiantes universitarios (813 hombres y 1107 mujeres).

Se aplicó la prueba t, y se obtuvieron diferencias significativas ($p= 0.01$), en los hombres, en las escalas de validez L, F y K, y en las escalas clínicas 1 (Hipocondriasis), 2 (Depresión), 4 (Desviación psicopática), 6 (Paranoia), 7 (Psicastenia), 8 (Esquizofrenia), 9 (Hipomanía) y 0 (Introversión social). En las mujeres, se obtuvieron diferencias significativas en las escalas de validez F y K, y en las escalas clínicas 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, y 0. Las diferencias fueron especialmente significativas en las escalas que componen la denominada tétrada psicótica del MMPI (Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, y Manía), obteniéndose que la prueba discriminó la sintomatología psicótica, que se mostró muy acentuada en el grupo de pacientes psiquiátricos.

La prueba t aplicada a la comparación de puntajes obtenidos por los pacientes y los estudiantes en las nuevas quince escalas de contenido de la prueba, mostró diferencias significativas ($p= 0.01$) en todas esas escalas (Ansiedad, Miedos, Obsesividad, Depresión, Preocupaciones por la salud, Pensamiento bizarro, Enojo, Cinismo, Prácticas antisociales, Personalidad tipo A, Baja autoesima, Incomodidad social, Problemas familiares, Problemas en el trabajo, Indicadores negativos de tratamiento).

A fin de obtener mayores criterios de análisis del comportamiento de las escalas, se aplicaron correlaciones inter-escalares, además de un análisis factorial, con los puntajes obtenidos por los pacientes psiquiátricos en las escalas clínicas, de validez y de contenido. Se encontraron correlaciones altas entre las escalas de validez F, 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia). La escala de contenido BIZ (pensamiento bizarro) mostró una correlación alta con

las escala F, 6 y 8. El análisis factorial, en el caso de los pacientes varones, indica que las escalas de la tétrada psicótica (6,7,8 y 9) se agruparon en el factor I, correspondiente al pensamiento psicótico. En las mujeres, en el factor I se agruparon las escalas 7, 8 y 9.

**ANALISIS DE LA CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL MMPI-2 :
COMPARACION DE PERFILES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS Y
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.**

INTRODUCCION

El estudio sistematizado de la personalidad tanto normal como patológica es un área central dentro de la Psicología contemporánea.

Las diferentes áreas de investigación de la Psicología han reunido una cantidad considerable de datos empíricos, siendo la psicología de la personalidad y la psicometría dos de las que mayor cantidad de información han recopilado. No se ha llegado aún a una unificación teórica en estos campos, pero la diversidad misma de enfoques ha incentivado la investigación, que tiende a una integración gradual de metodología y enfoques empíricos.

A este respecto, la evaluación de la personalidad tanto normal como patológica, de sus rasgos y de sus características, demanda considerable atención por sus implicaciones clínicas y de investigación. Y es que no se trata solamente de satisfacer una demanda social por medio de la aplicación de pruebas o inventarios, sino de garantizar la validez de esos instrumentos, de tal forma que los resultados reflejen objetivamente una estructura de personalidad colocada en un contexto socio-cultural específico.

La evaluación de la personalidad debe entonces realizarse con el apoyo de un sólido fundamento empírico, susceptible de mejoramiento o revisión de acuerdo con el desarrollo, maduración y refinamiento de los instrumentos de medición, los que juegan un papel importante, en tanto constituyen medidas objetivas y tipificadas de una muestra de conducta (Anastasi, 1978).

Dentro de la amplia gama de estos instrumentos de evaluación psicológica, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota es, muy probablemente, el que mayor estímulo ha representado para la investigación. Desde su aparición en 1940 y la publicación de su primer manual en 1943, el MMPI ha desarrollado una corriente continua de esfuerzos orientados a la evaluación, verificación, mejoramiento y crítica del inventario.

Esta corriente se desarrolló en forma paralela a la aplicación del MMPI en gran escala. Inicialmente, la prueba se desarrolló para contar con un instrumento clínico que permitiera la diferenciación diagnóstica de pacientes con diferentes tipos

de alteración comportamental o psiquiátrica, es decir, evaluar aquellos rasgos que por lo común caracterizan la anormalidad psicológica incapacitadora (Hathaway y McKinley, en Bernstein y Nietzel, 1987).

A medida que el MMPI fue siendo aceptado ampliamente por los clínicos e investigadores, su aplicación fue abarcando otros ambientes extra-clínicos, mostrándose su eficacia tanto en evaluaciones de tipo laboral o educativo (Rivera, 1987) como en aspectos estrictamente psicopatológicos (Núñez, 1979).

Esta cantidad de investigación y aplicaciones prácticas mostró, por otro lado, que el MMPI era susceptible de sufrir una revisión o una modificación en las partes que así lo requirieran. Como había sucedido también con las pruebas de inteligencia (Kaufman, 1982), los reactivos y estructura del inventario se mantuvieron sin cambio desde la década de los 40.

Las bases lógicas de la necesidad de actualización del instrumento eran sólidas pues obedecían a: 1) una limitación del MMPI que se relacionaba con el tamaño y poder representativo de la muestra normativa; la estandarización del MMPI original se realizó en un tiempo en el que no estaban aún desarrollados los procedimientos elaborados de muestreo, el proceso seguido fue de "muestreo por oportunidad", aplicándose el instrumento a todas las personas disponibles. 2) Los puntajes de la muestra normativa original eran el parámetro de comparación con todas las poblaciones a quienes se aplicaba el cuestionario; los investigadores norteamericanos concordaban en que habían habido cambios culturales y demográficos desde la década de los 40, por lo que era necesario actualizar la muestra normativa. Aquí hay que considerar que en Latinoamérica se hizo también muy popular el uso del MMPI, y las evaluaciones se hacían (y continúan haciéndose) de acuerdo con las normas obtenidas con el grupo norteamericano normativo original, con todos los sesgos interpretativos que esto implica. No solamente era lo anticuado de la muestra, sino el hecho del impacto de las diferencias culturales que se habían hecho evidentes en estudios realizados con diferentes escalas del MMPI y en diferentes países (Anastasi, 1978). 3) el lenguaje y los estilos de construcción de los reactivos habían permanecido inalterados desde su publicación en 1940; 4) los criterios de evaluación y clasificación nosológicas y psicopatológicas habían sufrido cambios en las décadas transcurridas desde el desarrollo del MMPI; 5) existían aspectos importantes de la personalidad y el comportamiento, como la conducta tipo A, los intentos suicidas o las adicciones, que el instrumento original no cubría.

Los esfuerzos de revisión, cambio y mejoramiento, culminaron en 1989 con la publicación del MMPI-2. Se realizó una modernización del contenido y lenguaje de los reactivos, la eliminación de reactivos objetables, la recopilación de datos normativos representativos, y el desarrollo de escalas nuevas.

Desde el punto de vista transcultural, esta revisión ha despertado el interés de investigadores de diferentes culturas y nacionalidades, que se están dedicando a la evaluación y adaptación del instrumento en sus países respectivos. Esto es un paso de gran importancia, ya que la práctica usual consiste en importar "tecnología" psicológica y santificar su uso por la práctica, independientemente de los criterios metodológicos requeridos para que un instrumento psicológico pueda ser considerado como válido en una cultura determinada.

Desde el punto de vista de la evaluación psicopatológica, este último aspecto es de particular importancia: parece ser cierto que las alteraciones psicopatológicas son fenómenos universales, por cuanto dependen de la propia universalidad de la naturaleza humana; sin embargo, también parece ser igualmente irrefutable la presencia de variables contextuales y modeladoras de tipo cultural (Polaino-Lorente, 1985).

Se ha previsto, con base en los estudios anteriores, que el MMPI modificado continuará usándose activamente en la práctica clínica y en la investigación psicológica (Graham, 1990).

Con estas características, se muestra la necesidad de la investigación con el MMPI-2 en el medio latinoamericano en general y mexicano en particular, lo que en términos prácticos implica su normalización y adaptación. Aspectos importantes en esta labor son el análisis de la capacidad evaluativa del inventario en muestras de población normal y en muestras de población clínica. En el presente estudio, se ha realizado una investigación en una muestra de población psiquiátrica, estableciéndose la aplicación de la prueba t para la comparación de los puntajes obtenidos en este grupo con los puntajes obtenidos en una muestra de 1920 estudiantes universitarios, provenientes de la primera investigación hecha con el MMPI-2 en México (Lucio y Reyes, 1992) y otras pruebas estadísticas (correlaciones y análisis factorial) que permitieron evaluar el comportamiento del instrumento en la muestra estudiada.

La investigación previa con el MMPI original apoya la capacidad de la prueba de detectar con eficacia diferentes tipos de características de personalidad y de alteración psicopatológica, reflejados en perfiles característicos de los diferentes cuadros clínico-nosológicos. Una mejoría en esta capacidad en el MMPI-2 garantizará una adecuada integración de los datos a la evaluación clínica global, estimulando la investigación en psicología de la personalidad y psicopatología.

Los datos que se han encontrado muestran que el MMPI-2 puede discriminar clínicamente entre los puntajes obtenidos por los pacientes psiquiátricos de la muestra y un grupo de sujetos normales, habiéndose encontrado diferencias significativas en la mayoría de las escalas. También se encontraron diferencias significativas en todas las nuevas escalas de contenido.

I. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

1.1 PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD-GENERALIDADES

En la actualidad, se considera que ninguna otra área de la Psicología cubre un campo tan extenso como el de la personalidad. Su campo es el punto donde convergen los estudios sobre el desarrollo y cambio humanos, la psicología normal y anormal, la emoción, el pensamiento, el aprendizaje y los procesos sociales (Mischel, 1988).

Las teorías de la personalidad juegan al mismo tiempo un papel muy importante en la actividad del psicólogo clínico, dado que en sus técnicas terapéuticas y diagnósticas, en la interpretación e integración de sus datos, y en la evaluación de éstos, está influido por alguna teoría sobre el comportamiento humano (Gardfield, 1988).

Las teorías de la personalidad ofrecen a los clínicos conceptualizaciones para comprender a cada persona en particular, ofreciendo también criterios con los cuales se puede: a) juzgar la eficiencia del funcionamiento general de una persona, b) detectar problemas en este funcionamiento, c) formular metas específicas de investigación o intervención, d) identificar las ventajas y las capacidades positivas de una persona (Kendall y Norton, 1988).

Sin embargo, las definiciones formales de la personalidad distan todavía de estar unificadas. En realidad, hay tantas definiciones como teóricos dedicados a su elaboración. Algunas de las definiciones clásicas de personalidad son las siguientes: Organización dinámica que tienen dentro del individuo los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos (Allport, en Mischel, 1988); el patrón único de rasgos de una persona (Guilford, en Mischel, 1988); la conceptualización más adecuada de la conducta de una persona en todos sus detalles (McClelland, en Mischel, 1988).

A pesar de la diversidad de definiciones, puede percibirse un consenso respecto a lo que debe incluir el estudio de la personalidad, como rama de la psicología cuyo objetivo es dar una explicación sistemática de las maneras en que un individuo se diferencia de otros (Wiggins, en Mischel, 1988). Esta definición recalca implícitamente la necesidad de la investigación en este campo de la psicología, pues más que la presentación de un modelo teórico circular, la personalidad, tanto normal como patológica, es un área de estudio y exploración que pretende integrar los hechos en un marco teórico abierto, que de todos modos puede tomar como punto de referencia un tema central.

Estos temas centrales son los que caracterizan a las diferentes teorías de la personalidad: psicodinámicas, conductuales, fenomenológicas y de los rasgos. Esta última es la que sirve de aproximación teórica en los estudios sobre inventarios de personalidad, al ser la base conceptual de la aproximación psicométrica, por lo que se hará aquí una presentación más detallada de ella.

1.2 TEORIA DE LOS RASGOS

El concepto de personalidad humana se basa en el supuesto de que las personas poseen determinadas características estables, denominadas rasgos, relacionadas con el comportamiento que se mantiene constante en diferentes momentos y situaciones. La evaluación de la personalidad ha consistido principalmente en la medición de varios rasgos (Kendall y Norton, 1988).

Se define al rasgo como una característica o dimensión persistente de las diferencias individuales. Allport lo definió como un sistema neuropsíquico generalizado, peculiar del individuo, que sirve para unificar muchos estímulos diferentes al conducir a la persona a generar respuestas uniformes ante ellos (Allport, en Mischel, 1988).

La esencia de la aproximación de los rasgos ha sido la suposición de que la conducta se determina sobre todo mediante rasgos generalizados, esto es, cualidades básicas de la persona que se expresan por sí mismas en muchos contextos. Así, el principal objetivo de la psicología de los rasgos sería el encontrar la posición de una persona dentro del espacio delimitado por una o más dimensiones de rasgos (por ejemplo, inteligencia o ansiedad), lo que se lograría comparándolo con otros individuos, bajo las mismas condiciones.

Si se parte del supuesto de que las posiciones en ese espacio tienden a ser estables de una situación a otra a través del tiempo, el enfoque del estudio de la individualidad es el intento de identificar los rasgos básicos de la persona.

En la actualidad, los rasgos o disposiciones tienden a verse más bien como un resumen de "tendencias de actos", no como explicaciones de las mismas tendencias. Las disposiciones son categorías naturales integradas por diversos actos; los actos que pertenecen a cada categoría exhiben diferencias en cuanto al grado en que son miembros prototípicos o ideales de dicha categoría (Mischel, 1988).

Sin embargo, no han faltado críticas a esta aproximación de los rasgos, mencionándose por lo menos cinco fuentes de escepticismo: 1) el concepto mismo de rasgos es criticado, pues

se sostiene que la conducta varía ampliamente de acuerdo con los factores situacionales, más que debido a los rasgos; 2) se ha cuestionado el empleo de pruebas de personalidad y su valor; 3) el interés por la investigación experimental tendería a reducir el interés por las variables de personalidad; 4) la teoría de la clasificación, y la terapia conductual, han sugerido que las pruebas no son pertinentes a la terapia; 5) las pruebas de personalidad se convierten fácilmente en datos, lo que contribuiría a hacer algunas investigaciones irreflexivas (Hoogan, en Kendall y Norton, 1988).

Hoogan examina estas críticas, y concluye que la evaluación de la personalidad sí es un aspecto viable de la investigación de la personalidad. Señala que los investigadores de la personalidad de esta época no adoptan con respecto a los rasgos la postura radical por la cual se les critica. Por ejemplo, los evaluadores de la personalidad no definen necesariamente los rasgos como estructuras psíquicas permanentes, sino que las consideran como indicadores de cómo las personas serán descritas por otras que conocen muy bien a los sujetos. Por otro lado, los investigadores actuales de la personalidad no piensan que las pruebas midan los "rasgos", sino que son más bien puntuaciones objetivas útiles para hacer pronósticos acerca del comportamiento futuro del sujeto. Por último, y esto hay que remarcarlo, el empleo de pruebas de personalidad, en y por sí mismo, no convierte al investigador en un teórico de los rasgos.

Con base en varios estudios, en lo cuales también se empleó el MMPI, Hoogan (op. cit.) muestra que la personalidad es un fenómeno relativamente estable, algo más que un concepto creado por un observador, siendo el estudio de las características de personalidad de particular importancia para el estudio del funcionamiento psicológico.

La crítica arriba mencionada de la teoría de la clasificación considera que los síntomas neuróticos y psicóticos son simples etiquetas colocadas por los clínicos a ciertos comportamientos desviados. El efecto de esta teoría ha sido reducir la credibilidad de las pruebas de los rasgos de personalidad, pero Hoogan et al. (En Kendall y Norton, 1988) replican con el análisis de datos de diferentes culturas, que muestran por ejemplo que los pensamientos y comportamientos anormales similares a la esquizofrenia se encuentran en la mayoría de las culturas, siendo esos trastornos lo bastante distintivos como para que en casi todas partes se les haya dado un nombre.

La evaluación de la personalidad sigue siendo un área importante para la investigación y práctica clínicas, además de que tiene "sentido práctico" (Kendall y Norton, 1988).

1.3 LA EVALUACION DE LA PERSONALIDAD Y LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

Una definición general del término evaluación es que ésta es un proceso de recopilación de información que será empleada como la base para la toma de decisiones por parte del evaluador, o por aquellas personas a las que se comunican los resultados (Bernstein y Nietzel, 1987). Un aspecto importante de esta definición es que se conceptualiza a la evaluación no como un hecho aislado, sino como un proceso que conduce a una meta.

En todas las evaluaciones, el clínico busca la información específica que más le facilite la toma de decisiones en diversas áreas, tales como el diagnóstico, intervención clínica, e investigación (Kendall y Norton, 1988). Otras piden específicamente que el psicólogo clínico evalúe y describa la personalidad del sujeto.

En el campo clínico, cuando se formulan los elementos diagnósticos de un caso particular, también debe considerarse la naturaleza de la persona que experimenta el problema, comprendiendo las circunstancias de su vida y las características de su personalidad. La evaluación de la personalidad es un instrumento al que se recurre para establecer la estructura, el funcionamiento y los límites de la personalidad de un paciente determinado (Goldman, 1989).

1.4 COMPONENTES DEL PROCESO DE EVALUACION

De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1987), hay cuatro componentes distintos que sin embargo se interrelacionan entre sí: A) planificación de los procedimientos para la recopilación de los datos pertinentes, B) recopilación de datos, C) procesamiento y formación de hipótesis, D) comunicación de los datos de la evaluación. Se analizarán con mayor detalle los dos primeros componentes.

1.4.1 Planificación

Hay dos elementos que deben tomarse en cuenta, el objeto que se desea conocer, y el cómo se pueden adquirir esos conocimientos. En el caso de la evaluación clínica, el objeto del conocimiento, o nivel de evaluación, es el comportamiento o personalidad, y los recursos con los que se puede contar son las entrevistas, las pruebas psicológicas, las observaciones, y los documentos relacionados con la historia del sujeto.

Debe determinarse qué tipo de técnica deberá emplearse, siendo esta técnica más eficaz mientras más estudios hayan apoyado su valor y mientras más evidencia experimental exista sobre su confiabilidad y validez. Dado que estos criterios son muy importantes en la investigación y en la aplicación de pruebas en particular, es conveniente efectuar una exposición más específica sobre los criterios de confiabilidad y validez de una prueba psicológica.

La confiabilidad de una prueba se refiere a la consistencia de los datos obtenidos. Si las mediciones repetidas obtenidas en una prueba son muy similares, el procedimiento de evaluación tiene una alta confiabilidad temporal. Otra forma de evaluar la confiabilidad es mediante la consistencia interna: si la primera parte de la técnica de evaluación empleada proporciona datos que se asemejan a los que proporciona la siguiente parte, se concluye que la prueba tiene consistencia interna; esta dimensión se denomina también confiabilidad half-split.

Una tercera manera de evaluar la confiabilidad consiste en la comparación de resultados obtenidos por más de una versión de la prueba. Si dos ediciones de esta dan resultados equivalentes, se puede hablar de una alta confiabilidad de formas paralelas. Finalmente, si varios investigadores usan un sistema de evaluación u observación, y los datos encontrados son semejantes, el sistema posee una alta confiabilidad entre observadores (Bernstein y Nietzel, 1987).

La validez refleja el grado en el que la prueba mide realmente lo que pretende medir. Si un instrumento mide todos los aspectos que pretende, posee entonces una alta validez de contenido. Si una prueba puede pronosticar adecuadamente algún aspecto del comportamiento de un paciente, esa prueba tiene una validez predictiva alta.

Cuando dos instrumentos o pruebas miden lo mismo, se dice que cumplen con los criterios de la validez concurrente. En términos simples, se dice que una prueba tiene validez de constructo cuando se demuestra que sus resultados se relacionan en forma sistemática con la dimensión que está pretendiendo medir; así, una escala de ansiedad debería aumentar sus puntajes en circunstancias en que se considera que aumenta la ansiedad; de no haber cambios en el puntaje, es muy posible que esa cuestionable la validez de constructo de la prueba.

1.4.1.1 Metas de la evaluación clínica

Por lo general, los fines de esta evaluación consisten en los siguientes aspectos: 1) valoración de los procesos psicológicos, 2) valoración de los rasgos de personalidad, 3) valoración de las estructuras psicológicas, 4) obtención de apoyo para las formulaciones diagnósticas, y 5) formulación de planes de tratamiento (Goldman, 1989).

Aunque las intenciones específicas de la evaluación pueden variar de acuerdo con el paciente, las circunstancias y el ambiente, se pueden establecer tres categorías generales: clasificación, descripción y predicción (Bernstein y Nietzel, 1987).

1.4.1.2 Clasificación e implicaciones diagnósticas

En el curso del desarrollo histórico de la psicología clínica, la influencia de las concepciones psiquiátricas relativas al diagnóstico ha sido muy importante. De hecho, no debe olvidarse que el término diagnóstico se ha derivado directamente de la medicina. Así, la meta psiquiátrica ha sido principalmente realizar una clasificación diagnóstica de acuerdo con los parámetros nosológicos existentes. Se considera que la designación de un paciente psiquiátrico es tan importante como la formulación del diagnóstico de una enfermedad física, pues así se asegura el manejo y tratamiento apropiados del paciente.

Sin embargo hay que señalar que el diagnóstico no estuvo, ni está exento de críticas. En especial en la década de los sesentas se afirmaba que era impersonal y autoritario, basado en normas injustas para los grupos minoritarios y que era innecesario y deshumanizado (Kisker, 1984). Se argumentaba también que era poco confiable por lo que tenía poco valor (Kendall y Norton, 1988). Desde entonces la situación ha cambiado, y la tradición del diagnóstico es otra vez tema de investigación. El problema no se encuentra en el diagnóstico mismo, sino en las personas que lo hacen y en las categorías establecidas (Kisker, 1984).

A partir de los años sesenta la tendencia en el diagnóstico fue la de reemplazar las definiciones puramente descriptivas por las operativas. Las primeras constan de descripciones breves de los aspectos característicos de un cuadro, acompañadas por un sumario de los elementos esenciales de aquel, lo que tiende a ser muy general. Las definiciones operacionales se basan por el contrario en un conjunto de criterios claramente definidos que deben satisfacerse para que sea posible clasificar y diagnosticar el comportamiento (Kisker, 1984). El DSM-III-R sigue justamente este procedimiento.

El diagnóstico continúa formando parte de las evaluaciones clínicas, en especial si se realiza el trabajo clínico en ambientes psiquiátricos o de orientación médica. Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que hay dos razones fuertes para apoyarse en la clasificación: 1) la necesidad de facilitar la comunicación profesional, y 2) el pronóstico, tanto en el tratamiento, como por ejemplo en los casos que exigen que los sujetos sean asignados a grupos diferentes, lo que requiere formas usuales y lógicas de clasificación de los trastornos psicológicos. Hay otro criterio que es el de la necesidad de conservar registros estadísticos de la incidencia de varios tipos de problemas psicológicos (Sarason, 1975).

Meehl (1978) ha señalado que la clasificación de trastornos psicológicos tiene valor, dado que existe suficiente cantidad de homogeneidad etiológica y pronóstico entre pacientes de un grupo determinado, de tal forma que la asignación de un paciente a ese grupo tiene implicaciones de probabilidad que en el aspecto clínico no debe pasarse por alto. Es decir, las clasificaciones ofrecen datos valiosos sobre posibles factores intervinientes en el desarrollo del problema, curso del mismo y tratamientos que probablemente den mejor resultado.

Meehl sostiene que en lugar de desacreditar la nosología, habría que dominarla clínicamente, debiendo aplicarse los métodos cuantitativos al refinamiento de la taxonomía, labor en la cual los psicólogos clínicos tendrían (o deberían tener) un papel directivo.

Por otro lado, no se puede dejar de lado que el diagnóstico psicológico no implica solamente pasos técnicos (descripción e información sobre los trastornos, proposiciones etiológicas, pronóstico, y consideraciones terapéuticas), pues tiene consecuencias que van más allá de la situación clínica en sí. Pérez (1981) afirma que la verdadera esencia del diagnóstico es más bien de carácter social.

Conviene tener en cuenta que el psicólogo clínico tiene una función social, por lo que la práctica del diagnóstico, cuando éste se requiera, debe orientarse, con la ayuda de su experiencia y habilidad, a la comprensión exhaustiva del sujeto, y no a la formulación impersonal compuesta por puntajes obtenidos en los inventarios y que lamentablemente muchas veces se hacen en forma estereotipada y de acuerdo con el criterio único de un manual.

1.4.1.3 Descripción

En Psicología Clínica se ha producido insatisfacción con la idea de administrar, calificar e interpretar indiscriminadamente una serie de pruebas con el solo fin de obtener un diagnóstico, habiendo interés en conceptualizar este hecho desde una perspectiva más amplia.

Es así que aumentó notablemente la preferencia por la descripción en la clasificación como meta de la evaluación. El adjudicar simples etiquetas diagnósticas es un hecho insatisfactorio, y aunque se sigue practicando la actividad diagnóstica tradicional, la orientación clínica en psicología se avoca más bien a una descripción psicológica más amplia.

El crecimiento de la evaluación descriptiva ha estimulado el desarrollo de proposiciones de sistemas de clasificación cuyo objetivo es la descripción y no la rotulación. En lugar de llamar a la gente simplemente como "esquizofrénica" o "maniaco-depresiva" a partir de las pruebas realizadas, el clínico puede asignar a los sujetos a categorías más descriptivas con base en la evaluación extensa de factores como la motivación, funciones intrapsíquicas, disposición para la terapia, patrones de respuestas ante las pruebas, relaciones con los demás, etc. (Bernstein y Nietzel, 1987).

En síntesis, los procedimientos diagnósticos, y el diagnóstico mismo, siguen siendo un área muy importante de investigación y de aplicación práctica, lo que es apoyado por la práctica clínica. La diferencia con el enfoque tradicional radica en que el psicólogo clínico no debe orientarse al diagnóstico como un fin en sí mismo, sino plantear éste como un elemento de formulación de hipótesis clínicas dentro del concepto más amplio y adecuado de evaluación psicológica.

1.4.1.4 La predicción

En relación con la predicción, esta puede implicar una búsqueda de señales o patrones específicos en una prueba estandarizada, y una evaluación más extensa a partir de una variedad más amplia de fuentes de información. Fuera del campo clínico, este aspecto es también importante en el campo educativo e industrial.

1.4.2 Recopilación de datos de evaluación

En Psicología Clínica, según Bernstein y Nietzel (1987) hay cuatro fuentes generales de recopilación de datos: las entrevistas, las pruebas psicológicas, las observaciones y los datos históricos. Pérez (1981) menciona siete fuentes, que en su mayoría coinciden con las ya nombradas: 1) la anamnesis o historia del caso, 2) la entrevista interactiva, 3) las pruebas psicológicas, 4) la observación sistemática (que incluye los juegos), 5) las visitas a la casa, que es una práctica que se va haciendo más común, y que permite verificar datos, 6) los registros provenientes de instituciones, y 7) los documentos personales.

En la evaluación de la personalidad, los métodos predominantes que emplean los clínicos son las pruebas psicológicas, que consisten en una muestra de conducta del sujeto (Anastasi, 1978). La mayor ventaja del empleo de las pruebas psicológicas en la evaluación de la personalidad consiste en que todos los estímulos empleados para la obtención de la información y las condiciones en que se administran son estandarizados, es decir, que las diferencias entre las respuestas obtenidas pueden atribuirse a las diferencias entre las personas que responden a la prueba.

Otro aspecto importante es el empleo de respuestas de elección fija, estando el sujeto limitado a contestar con Cierto o Falso, lo que facilita la comparación de las evaluaciones del sujeto con las de otras personas. Siendo la puntuación o clave de las respuestas también fija, no está sujeta a la interpretación del examinador.

Las respuestas del paciente en las pruebas se pueden traducir a puntajes u otros índices numéricos, y de esta manera, las muestras del comportamiento de un sujeto son más precisas y se pueden analizar matemáticamente, lo que además hace posible la comparación de sus datos con los datos de otros sujetos. Esta es otra ventaja de las pruebas, ya que se facilita la obtención de datos que pueden servir para la elaboración de normas para comparación de los resultados individuales con otros datos. Se pueden estandarizar las mediciones de los rasgos de personalidad en poblaciones particulares de referencia, mediante el desarrollo de normas.

Estas normas permiten identificar los patrones o perfiles de puntuaciones para ubicar a los sujetos, pudiéndose identificar los rasgos que se desvían de manera importante del promedio, lo que permite valorar su gravedad. En ocasiones, esto permite establecer un valoración diagnóstica de algún trastorno de la personalidad, en caso de contarse con otros datos complementarios (Goldman, 1989).

En síntesis, una evaluación objetiva de la personalidad busca una descripción de rasgos, una descripción del estilo usual o característico de la persona. En segundo lugar, son estímulos bien definidos que exigen respuestas limitadas (por ejemplo, Cierto o Falso). En tercer lugar, la puntuación, si bien refleja parcialmente los puntos mismos de la prueba, compara las respuestas del sujeto con las de muchos otros a quienes se aplicó la prueba. Por esta razón, la normalización es fundamental en la evaluación objetiva, que es un método estructurado y no subjetivo para describir a una persona (Kendall y Norton, 1988; Butcher et al. 1989).

1.4.2.1 Las pruebas de personalidad

Lo más común es que el término de personalidad se utilice para describir y explicar las diferencias individuales y las consistencias en el comportamiento (Bernstein y Nietzel, 1987). Como ya se ha señalado anteriormente, no hay consenso en este sentido, algunos teóricos la han considerado como un conjunto organizado de rasgos, otros en forma de relaciones dinámicas entre fuerzas intrapsíquicas, y otros como los patrones o secuencias recurrentes en el comportamiento.

La amplitud del concepto de personalidad señala que los clínicos e investigadores tiene amplia libertad para evaluarla en diferentes maneras, por lo general en una forma que corresponda con el modelo teórico o clínico que sirve de referencia.

La mayor parte de estas pruebas son escritas, y se pueden calificar matemáticamente. Algunas se centran únicamente en un aspecto de la personalidad, mientras que otras, como el MMPI, fueron elaboradas con el propósito de proporcionar una perspectiva más comprensiva de varias dimensiones de la personalidad.

1.5 EL EXAMEN Y EVALUACION PSICOLOGICAS EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO

En el caso del paciente psiquiátrico (Freedman, Kaplan y Sadook, 1978) la evaluación psicológica comprende estas fases o etapas:

a) La entrevista psiquiátrica: el proceso incluye siempre una entrevista inicial, que puede ir seguida de entrevistas posteriores. Es posible que se requieran diferentes tipos de

entrevista: no directivas, de consulta, de confrontación (por ejemplo con personas sociópatas que rehuyen el tratar los problemas), dirigidas a pacientes ansiosos, o deprimidos, con delirios, con retraimiento, o maníacos. En todos estos casos, la actitud y el manejo técnico de la entrevista son diferentes.

b) Pueden también programarse entrevistas con los parientes.

c) El examen médico es rutinario, también están contemplados los exámenes de laboratorio que se requieran.

d) La elaboración de la historia psiquiátrica comprende los siguientes aspectos: 1) identificación (características personales), 2) descripción de enfermedades actuales y pasadas, lo que incluye el consumo de drogas, 3) historia médica y psiquiátrica familiar, 4) anamnesis (de la infancia y pubertad), 5) historia psicosexual, sexualidad adulta, 6) historia y medio familiar, 7) historia marital, 8) historia laboral, 9) condiciones actuales de vida, 10) patrones de personalidad.

e) El examen mental comprende estos aspectos: 1) apariencia, 2) actividad motora, 3) lenguaje, 4) afecto, 5) atención y concentración, 6) curso, organización y contenido del pensamiento, 7) percepción, 8) orientación, 9) nivel de conocimientos, memoria, cálculo y pensamiento abstracto, 10) estado de conciencia, 11) nivel de ansiedad, 12) actitud durante el examen, 13) actitud hacia su condición, 14) evaluación intelectual.

f) Como parte de la evaluación general, se emplean las pruebas de personalidad y de inteligencia. Generalmente se aplica el WAIS; en caso de sospecha de daño cerebral, se aplica el Bender-Gestalt, o el dibujo de una persona, como parte de la batería de pruebas; también pueden usarse técnicas proyectivas (Rorschach, TAT, o el mismo dibujo de una persona; es común el uso de la prueba de frases incompletas. En lo que respecta a las pruebas objetivas de personalidad, el MMPI es el instrumento más usado de evaluación clínica.

1.6 EVALUACION DE CUADROS CLINICOS: CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PSICOSIS

Las diferentes dimensiones de la personalidad que pueden evaluarse con el MMPI comprenden tanto los aspectos normales, libres de psicopatología inhabilitante, como las formas de comportamiento cualitativa y cuantitativamente desorganizadas, que llegan a ser peligrosas para el bienestar del sujeto o de su medio, y que justifican la reclusión en un ambiente que permita

la intervención clínica. Este último es el caso de los pacientes psiquiátricos, en general, y de los pacientes psicóticos, en particular, que es la muestra que ha sido estudiada en esta investigación.

Las psicosis son un grupo de estados psiquiátricos en los que los síntomas (como los delirios) son cualitativamente diferentes de las experiencias normales (Hughes, 1984). Hay un deterioro grave de la personalidad, con conducta muy alterada a consecuencia de las vivencias psicológicas internas, lo que lleva a que la vida social, familiar o laboral se torne muy difícil o prácticamente imposible; hay pérdida de la introspección y del contacto con la realidad, con trastornos evidentes en los aspectos intelectual, afectivo y volitivo; frecuentemente hay alucinaciones o ilusiones patológicas, ideas delirantes, alteraciones en la asociación de ideas, etc.; la conciencia de enfermedad no existe, o se encuentra muy distorsionada (Hughes, 1984; Patiño, 1985).

Las "psicosis orgánicas" se presentan a consecuencia de factores físicos que afectan al cerebro, en tanto que las "psicosis funcionales" tienen una causa no conocida (es decir, no hay alteraciones cerebrales u orgánicas asociadas).

Las alteraciones graves de la personalidad que son las que se evalúan rutinariamente en un ambiente psiquiátrico, y que precisan de criterios diagnósticos son, esquemáticamente, las siguientes.

1.6.1 ESQUIZOFRENIA

De acuerdo con el DSM-III R (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988), la sintomatología esencial consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa del cuadro y un deterioro del nivel de actividad, con una duración mínima de seis meses.

Se presentan alteraciones en el contenido del pensamiento, con ideas delirantes y autorreferenciales. También hay alteraciones en el curso del pensamiento y en la percepción, con diversos tipos de alucinaciones. La afectividad se encuentra inapropiada o aplanada. Se da una pérdida del sentido del yo, acompañada de una alteración característica en la voluntad, la conducta interpersonal y las relaciones con el mundo externo están dañadas. En las formas graves crónicas y en algunas agudas pueden haber alteraciones en la psicomotricidad. Además pueden haber alteraciones en el lenguaje, excentricidad, desaseo y otros síntomas asociados.

1.6.1.1 Esquizofrenia desorganizada

La sintomatología incluye incoherencia, pérdida notable de la capacidad asociativa, conducta muy desorganizada, afecto aplanado o inapropiado, no hay ideas delirantes sistemáticas, se dan más bien en forma fragmentada. Pueden haber muecas, manierismos, gran retraimiento.

1.6.1.2 Esquizofrenia paranoide

La sintomatología esencial es la preocupación sobre una o más ideas delirantes sistemáticas o alucinaciones auditivas relacionadas con un tema. No hay incoherencia, afecto embotado o inapropiado o conducta muy desorganizada. Puede presentarse ansiedad no focalizada, ira y violencia. La conducta interpersonal esta frecuentemente afectada.

1.6.1.3 Esquizofrenia indiferenciada

Los síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o conducta muy desorganizada no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catátonico.

1.6.2 TRASTORNO DELIRANTE PARANOIDE

El síntoma esencial es la presencia de ideas delirantes no extrañas pero persistentes. No hay conductas manifiestas extrañas, y si hay alucinaciones visuales o auditivas, estas no son permanentes.

Los temas delirantes más frecuentes son las ideas de tipo erotomaniaco, de grandeza, de celos, de persecución y de funciones somáticas.

1.6.3 PSICOSIS REACTIVA BREVE

Tiene un inicio repentino de sintomatología psicótica de unas horas como mínimo y de menos de un mes, con recuperación total del nivel premórbido. Los síntomas psicóticos aparecen después de uno o más hechos estresantes. La conducta asociada puede ser agresiva o suicida, con lenguaje desorganizado,

vestuario extravagante, gritos o mutismo, pueden haber alucinaciones o ideas delirantes transitorias.

1.6.4 TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Los síntomas son iguales a los de la esquizofrenia, con excepción de que la duración de sus fases es menor de seis meses.

1.6.5 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

1.6.5.1 Episodio maníaco

Hay un período de tiempo en el que hay un estado de ánimo inconfundible, con euforia, expansividad e irritabilidad. Otros síntomas incluyen grandiosidad, falta de sueño, fuga de ideas, agitación, lenguaje verborreico, actividades múltiples. Puede darse una labilidad del estado de ánimo, pasando de la cólera a la depresión.

1.6.5.2 Episodio depresivo mayor

El síntoma esencial es un estado de ánimo deprimido con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Se dan alteración del apetito, cambio en el peso, problemas de sueño, agitación o lentitud motora, sentimientos de inutilidad, ideas de muerte o intentos de suicidio.

En los cuadros descritos, la evaluación y diagnóstico de entrada son importantes para la intervención clínica. Esto se realiza siempre con la entrevista y con las pruebas de personalidad.

1.7 EL MMPI EN LA EVALUACION CLINICA

En el ámbito clínico, se considera que el examen psíquico, hecho por medio de las entrevistas, debe completarse siempre con el uso de las pruebas psicológicas. Se considera al MMPI como el instrumento fundamental para el examen de rutina de un paciente psiquiátrico. Su difusión, su amplia validación clínica y su

derivación empírica lo hacen el instrumento más objetivo del que se puede disponer (Pancheri, 1982).

La información que puede brindar comprende varias áreas: 1) elementos de diagnóstico clínico-nosográfico, 2) determinación de los distintos componentes sintomatológicos y del peso recíproco de éstos, 3) valoración de la gravedad actual del estado del paciente, 4) pronóstico, tanto general como específico sobre la sensibilidad a determinado tratamiento, 5) control de las variaciones sintomatológicas, ya sea que se den en forma espontánea o a consecuencia de la terapia practicada (Pancheri, 1982).

Expuesta la utilidad y validez del MMPI como prueba de evaluación clínica, se pasará ahora a exponer los antecedentes, características y naturaleza de la prueba, desde sus inicios hasta la publicación del MMPI-2.

1.8 ANTECEDENTES DEL MMPI

El MMPI fue desarrollado en los hospitales psiquiátricos de la Universidad de Minnesota en grupos de pacientes y grupos de no pacientes. Estos últimos eran visitantes en el hospital que contestaron la prueba voluntariamente, mientras esperaban por parientes o amigos que recibían tratamiento médico. Sus autores, Starke Hathaway y J. Charnley McKinley comenzaron el trabajo en la prueba a finales de la década de 1930, y en 1940 publicaron su primer artículo sobre el inventario (Butcher et al. 1989). Ambos esperaban que el MMPI pudiera ser usado como prueba de rutina en el proceso de evaluación diagnóstica.

Durante la década de los años 30 y 40, la función principal de los psicólogos clínicos y psiquiatras era asignar etiquetas psicodiagnósticas apropiadas en los casos individuales. Para asignar dichos diagnósticos, se utilizaban generalmente una entrevista o un examen mental, y un test psicológico individual para cada paciente. Se esperaba que con un inventario de lápiz y papel, administrado en forma grupal, se pudiera obtener una forma más eficiente y rápida de llegar a un diagnóstico.

1.8.1 Bases conceptuales del MMPI

Hathaway y McKinley utilizaron la denominada "aproximación empírica" en la construcción de las escalas del MMPI. Esta aproximación, que requiere determinar empíricamente los reactivos

que discriminen entre grupos de sujetos, es una técnica común en la actualidad, pero significó una innovación importante en la época de construcción del MMPI (Graham, 1990).

En ese tiempo, los inventarios de personalidad más utilizados habían sido construidos con el criterio de "aproximación lógica". Con ese enfoque, los reactivos del inventario eran seleccionados o producidos racionalmente de acuerdo con los criterios de validez de muestra, y las respuestas determinadas de acuerdo con el criterio subjetivo del autor de la prueba respecto a la clase de respuestas indicadoras de los atributos que estaban siendo medidos (así, se esperaba por ejemplo que un paciente paranoide respondiera de determinada manera, y en forma diferente a otro que no lo fuera).

Sin embargo, tanto la experiencia clínica como la investigación cuestionaron seriamente la adecuación de esta aproximación lógica. Se hizo cada vez más notorio que los sujetos podían falsear o distorsionar sus respuestas a fin de presentarse a sí mismos en la dirección que escogieran. Además, otros estudios mostraban que las respuestas subjetivamente determinadas generalmente no eran consistentes con las diferencias reales observadas entre los grupos de sujetos.

En la nueva aproximación empírica introducida, las respuestas individuales a los reactivos fueron tratadas como desconocidas, y el análisis empírico de reactivos se utilizó para identificar los reactivos que diferenciaban entre los grupos-criterio. Esto es, se formaron diversos grupos de criterio diagnosticados (con hipocondriasis, depresión, etc.), y se retenían los aspectos o características que distinguían entre los pacientes de estos grupos y los testigos normales. En esta forma de ejecución de la prueba, el clínico no decidía de antemano cómo, por ejemplo, responderían los pacientes paranoides, y no tenía que hacer ninguna suposición sobre la puntuación. La dirección de la puntuación se derivaba de los datos que indicaban la manera en que los pacientes paranoides se distinguían de los sujetos testigo para responder a las preguntas (Goldman, 1989).

Este nuevo enfoque dejó atrás muchas de las dificultades asociadas con los antiguos métodos subjetivos (Graham, 1990).

1.8.2 Desarrollo de las escalas clínicas

El primer paso en la construcción de las escalas básicas del MMPI fue reunir una gran cantidad de reactivos que podrían utilizarse en el inventario. Hathaway y McKinley seleccionaron una cantidad de frases relacionadas con diversos tipos de personalidad en varias fuentes, como historias de casos y

reportes psicológicos y psiquiátricos, libros de texto, y escalas antiguas de actitudes personales y sociales (Graham, 1990). De un total inicial de 1000 afirmaciones, se eliminaron aquellas muy similares y redactadas deficientemente, seleccionándose un grupo de 504 frases juzgadas como razonablemente independientes unas de otras (Graham, 1990; Butcher et al. 1989).

Cada reactivo seleccionado fue redactado a fin de evitar la impresión de afectación o de interrogatorio formal. Dado que muchos reactivos estaban referidos a disturbios psicológicos o hasta a experiencias extrañas, se redactaron en forma negativa a fin de reducir la probabilidad de un patrón uniforme de respuestas en la dirección de Cierto (Butcher et al. 1989).

Después de un trabajo preliminar, se añadieron reactivos relacionados con a características del rol de género y a un estilo defensivo en la autopresentación, aumentando el número total a 550. Algunas versiones incluyeron una duplicación de 16 reactivos a fin de facilitar la calificación automática disponible por entonces, elevándose el número total de reactivos a 566 (Butcher et al. 1989).

El segundo paso fue seleccionar grupos de comparación apropiados. Un grupo de comparación, conocido como el grupo normal de Minnesota, consistió básicamente en parientes y visitantes de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este grupo creció con la participación de otros grupos de sujetos normales, incluyendo un grupo de graduados recientes de la secundaria, un grupo de trabajadores administrativos, y algunos pacientes de los hospitales de la Universidad de Minnesota.

El segundo grupo mayor de sujetos, conocido como de sujetos clínicos, estuvo compuesto por pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este incluía pacientes representativos de las principales categorías psiquiátricas utilizadas en el tiempo de la construcción del inventario. Los sujetos clínicos fueron divididos en muestras de sub-grupos diagnósticos. Siempre que había una duda acerca de un diagnóstico, o cuando se había dado más de un diagnóstico, el sujeto no era incluido en este grupo de referencia.

Los diferentes grupos de sujetos clínicos así formados correspondieron a los cuadros de hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, e hipomanía.

El tercer paso en la construcción del inventario fue el administrar los 504 reactivos originales a los grupos normales y a los grupos clínicos. Además, se hizo un análisis de reactivos en cada uno de los grupos clínicos para identificar aquellos del total de 504 que diferenciaban significativamente entre los grupos clínicos específicos, otros grupos clínicos, y un grupo de

sujetos normales. Los reactivos individuales determinados fueron incluidos en la escala resultante del MMPI para cada grupo.

En un esfuerzo por hacer la validación cruzada de cada escala clínica (ej. depresión), la prueba se administró a nuevas muestras de sujetos normales, sujetos clínicos con los diagnósticos particulares antes mencionados, y sujetos clínicos con otros diagnósticos. Si se hallaban diferencias significativas en las puntuaciones de estos tres grupos, la escala clínica era considerada de validez concurrente adecuada, y lista para usarse en el diagnóstico diferencial de nuevos pacientes con diagnóstico desconocido.

Un poco más tarde, se construyeron dos escalas adicionales, la primera, la escala de masculinidad-feminidad, originalmente destinada a distinguir entre hombres heterosexuales y homosexuales. Sin embargo, debido a la dificultad en identificar un número adecuado de reactivos que hicieran la diferenciación, Hathaway y McKinley ampliaron su aproximación en esta escala. Además de los pocos reactivos que discriminaban entre hetero y homosexuales varones, se añadieron otros que correspondían a hombres y mujeres normales; también se añadió un número de reactivos de la escala de 1936 de Terman y Miles.

La segunda escala añadida fue la denominada "Introversión social", desarrollada por Drake en 1946 e incluida como una de las escalas básicas del MMPI. Drake había seleccionado reactivos para esta escala para comparar frecuencias de respuesta entre un grupo de mujeres universitarias que participaban en muchas actividades extracurriculares y un grupo de mujeres que participaban poco, o no lo hacían. Posteriormente, la escala fue extendida tanto a hombres como a mujeres (Graham, 1990).

1.8.3 Las escalas de validez

Quando el MMPI fue publicado por primera vez en 1942, incluía tres indicadores de la validez de la prueba individual: el número de reactivos sin contestar (No lo puedo decir), una medida de la defensividad (escala L), y una medida de desviaciones extremas o respuestas al azar (escala F). Posteriormente, se añadió una cuarta escala, la escala K (Butcher et al. 1989).

El propósito de estas escalas era detectar actitudes inapropiadas en la administración del inventario, y que pudieran invalidarlo. La escala "No sé decirlo" es solamente el número total de reactivos omitidos o respondidos con cierto y falso a la vez. Por supuesto que la omisión de un alto número de reactivos, que lleva a disminuir los puntajes de las escalas clínicas,

señala el problema de dar una interpretación adecuada al perfil total resultante.

La escala L, originalmente llamada la "Escala de mentira", fue diseñada para detectar intentos para presentarse de una forma más favorable. Los reactivos fueron racionalmente derivados y cubrían situaciones diarias, a fin de evaluar la fuerza de la renuencia a admitir hasta las pequeñas debilidades en el carácter o personalidad. Por ejemplo, contestar "falso" en el reactivo "No leo los editoriales en el periódico todos los días"; aunque la mayor parte de las personas admitirían que no leen los editoriales todos los días, algunas personas determinadas a presentarse de una forma más favorable no estarían dispuestas a admitir esto, que percibirían como un defecto.

La escala F fue diseñada para detectar individuos cuya actitud ante la tarea de responder al cuestionario es diferente de la esperada, muy desviada o azarosa. Sus reactivos fueron seleccionados examinando la frecuencia de aceptación del grupo normal de Minnesota para cada reactivo, identificando aquellos orientados en una dirección particular por menos del 10 por ciento de sujetos normales. Como poca gente normal orientaba los reactivos en esa dirección, la persona que lo hacía estaba mostrando una respuesta tendenciosa, que se desviaba de la norma.

La escala K fue construida por Meehl y Hathaway en 1946 (En Graham, 1990; Butcher et al. 1989) para identificar la defensividad clínica. Se había notado que ciertos sujetos claramente anormales que respondían el MMPI obtenían puntajes en las escalas clínicas que no eran elevados, como cabía esperarse de su estatus clínico. Los reactivos de esta escala fueron seleccionados empíricamente comparando las respuestas de un grupo de pacientes clínicamente definidos pero que producían puntuaciones normales en las escalas clínicas, con un grupo de sujetos que producían puntuaciones normales y para los cuales no habían indicadores de psicopatología.

Una escala K alta mostraba defensividad, señalando por tanto la necesidad de tener cuidado con las respuestas en todos los demás reactivos. Esta escala fue posteriormente utilizada para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas. Meehl y Hathaway pensaron que si el efecto de una actitud defensiva ante la prueba se veía reflejado en un alto puntaje de K y por tanto, bajando puntaje a las escalas clínicas, se podría determinar el grado en el cual los puntajes de las escalas clínicas podía ser incrementado a fin de reflejar más correctamente la conducta de la persona. Comparando la eficiencia de cada escala clínica con varias partes de la escala K añadida como factor de corrección, Meehl y Hathaway determinaron los valores apropiados de la escala K para cada escala clínica a fin de corregir la defensividad indicada por el puntaje de K.

Algunas escalas clínicas no fueron corregidas con K, debido a que los simples puntajes en bruto en estas escalas parecían mostrar una predicción precisa acerca de la condición clínica de la persona. Otras escalas tienen proporciones de K en un rango de 0.2 a 1.0, aumentadas para elevar las escalas clínicas apropiadamente.

1.8.4 Modificaciones en el enfoque de utilización del MMPI

Después de una década de uso clínico y de estudios adicionales de validez, se hizo evidente que el MMPI no era adecuadamente exitoso para su propósito original, esto es, hacer un diagnóstico válido para un paciente nuevo. Aunque los pacientes en alguna escala clínica particular, por ejemplo depresión, obtenían probablemente puntajes altos en la correspondiente escala, también obtenían puntajes altos en otras escalas clínicas. Por otro lado, muchos sujetos normales obtenían puntajes altos en una o más de estas escalas. Claramente, las escalas clínicas no eran medidas "puras" de los síntomas de los síndromes sugeridos por los nombres de la escala.

Se sugirieron diferentes razones para esto. En otras investigaciones, se hizo evidente que muchas de las escalas clínicas estaban altamente correlacionadas. Esto llevaba, en alto grado, a una superposición de reactivos entre escalas. Por otro lado, la informalidad de los diagnósticos psiquiátricos específicos de los sujetos empleados en el desarrollo de las escalas del MMPI contribuía a esta debilidad para diferenciar entre grupos clínicos.

Aunque el éxito limitado de las escalas en la diferenciación descrita pudo haber sido molesto en los años 40, esta limitación no es particularmente crítica hoy en día. Por lo común, los clínicos practicantes colocan menos énfasis en las puras etiquetas diagnósticas. El solo diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, no dice mucho acerca de la etiología individual ni de los procedimientos terapéuticos aconsejables.

Por esta razón, el MMPI llegó a ser usado en una forma diferente del propósito original. Se había asumido que las escalas clínicas estaban midiendo algo más que el error de varianza porque las diferencias formales en los puntajes habían sido halladas entre individuos conocidos por diferir en otros aspectos importantes. En el enfoque modificado, cada escala del MMPI fue tratada como algo desconocido; entonces, a través de la experiencia clínica y de la investigación empírica, las correlaciones de cada escala fueron identificadas.

Han sido publicados más de 10.000 estudios sobre el MMPI. Cuando una persona obtiene un puntaje en una escala determinada, el clínico puede referirse a estos estudios y atribuir a esta persona las características y conductas que por medio de la investigación previa y la experiencia han sido identificadas para otros individuos con similar puntuación en esa escala.

Para disminuir la probabilidad de una atribución excesiva de rasgos debido a los nombres de las escalas clínicas, se han asignado números a las escalas originales, reemplazando las etiquetas clínicas: Hipocondriasis 1, Depresión 2, Histeria 3, Desviación psicopática 4, Masculinidad-Feminidad 5, Paranoia 6, Psicastenia 7, Esquizofrenia 8, Hipomanía 9, Introversión social 10.

Así, cuando se discuten los casos de pacientes, se puede referirse a ellos como un "4-9" o un "1-2-3", que en forma breve comunica la conducta particular asociada con los síndromes de las escalas 4-9 o 1-2-3.

1.9 DESARROLLO DEL MMPI-2

Después de 1950 el formato básico del MMPI estaba definido. Su aceptación y uso creció mucho en los Estados Unidos, y fue traducido a otros idiomas, aumentándose su uso alrededor del mundo.

Su empleo se hizo extensivo a diferentes propósitos: reclutamiento de personal, admisión en programas académicos, etc.

Aunque el MMPI original llegó a ser el inventario de personalidad más extensamente empleado en los Estados Unidos, y tal vez en el mundo, los críticos mostraban reservas acerca de algunos aspectos del instrumento.

Para comenzar, desde su publicación en 1943, el MMPI no había sido revisado. A lo largo de las décadas, se habían producido cambios culturales, por lo que varios reactivos probablemente relevantes para las evaluaciones médicas y psiquiátricas en la época de su desarrollo tenían ahora un carácter objetable e intrusivo, expresado en un vocabulario sexista que no estaba de acuerdo con los parámetros contemporáneos (es decir, reactivos que usaban exclusivamente el pronombre masculino, que al parecer resultaban ofensivos para algunos sujetos que contestaban la prueba), anticuado u obsoleto, o con referencias a un material literario no familiar o a actividades fuera de uso.

Por el contrario, existían aspectos contemporáneos significativos y de interés para clínicos e investigadores, como la conducta de tipo A, la predicción de cooperación en el tratamiento, el uso de drogas, intentos de suicidio, etc. que no estaban incluidos en el contenido original.

Otros reactivos, como aquellos relacionados con las creencias religiosas cristianas, fueron juzgados inapropiados para muchos temas contemporáneos. Muchos sujetos encontraban que reactivos relacionados con la conducta sexual y con funciones de excreción eran irrelevantes en la evaluación personal y por lo tanto objetables.

Había también observaciones acerca de lo adecuado de la muestra de estandarización original; como ya se menciona la muestra consistió en 724 personas que estaban visitando amigos o parientes en los hospitales de la Universidad de Minnesota. Aunque Hathaway y McKinley habían planeado un número mayor de sujetos (unos 2.500) se presentaron dificultades económicas debidas al período de la Depresión que llevaron a aplicar la prueba en un tercio de la población esperada (Butcher et al. 1989). No se realizaron estudios de validez concurrente para los grupos de no pacientes.

Otras características de la muestra de estandarización también limitaban su representatividad: venían principalmente del área alrededor de Minneapolis, Minnesota. Todos eran blancos, y el sujeto promedio tenía alrededor de 35 años de edad, era casado, y residía en una pequeña población del área rural, trabajando en un oficio calificado o semicalificado, (o casada con un hombre de este nivel ocupacional), y teniendo cerca de 8 años de educación formal. Había entonces limitación en cuanto a la representación de adultos de diferentes áreas regionales, grupos culturales o grupos étnicos (Butcher et al. 1989; Graham, 1990).

En este sentido, hubo investigaciones que se dedicaron a obtener normas separadas para los negros, dentro de las sugerencias que apoyaban el empleo de normas nacionales, locales o especiales para la interpretación de los perfiles (Goldman, 1989).

Debido a que los reactivos originales no habían sido sometidos a una revisión cuidadosa por los editores, algunos tenían gramática pobre o puntuación inapropiada, y otros incluían modismos difíciles de entender para los sujetos con educación formal limitada.

Finalmente, también se había señalado que el conjunto de reactivos del MMPI original no había sido suficientemente amplio como para permitir la evaluación de muchas características juzgadas como importantes por aplicadores de cuestionarios. Por ejemplo, algunos reactivos relacionados con intentos suicidas,

uso de drogas y conducta relacionada con tratamientos. Aunque muchas escalas suplementarias fueron desarrolladas usando el conjunto de reactivos original, el éxito de estas escalas frecuentemente fue limitado por lo inadecuado de este conjunto original.

Los investigadores y aplicadores del MMPI habían considerado la necesidad de una revisión y reestandarización por un tiempo prolongado. En 1970 el Simposio sobre el MMPI se dedicó por entero al tema de la revisión (Butcher, en Graham, 1990). La enormidad de la tarea y la inviabilidad de los fondos retardaron los planes de revisión por algún tiempo más.

En 1982 la Universidad de Minnesota designó a un Comité de Reestandarización, formado por James N. Butcher, W. Grant Dalhstrom, John R. Graham y Auke Tellegen para estudiar la necesidad y la factibilidad de una revisión del MMPI. Basada en las recomendaciones del comité, se decidió realizar la revisión. Los fondos fueron provistos por la Universidad de Minnesota. El distribuidor de las pruebas, el National Computer Systems, proveyó material, formularios, y la revisión y calificación de los datos.

1.9.1 Metas del proyecto de reestandarización.

Desde el principio del proyecto de reestandarización, se determinó que se harían todos los esfuerzos para mantener la continuidad entre el MMPI original y su revisión. Esto aseguraría que la considerable investigación acumulada desde la publicación del inventario fuera relevante para la nueva versión.

Una meta importante fue la de reunir una muestra más representativa de la población general que la muestra original. Además, se hicieron esfuerzos para mejorar el conjunto de reactivos del MMPI volviendo a escribir algunos, eliminando otros juzgados como cuestionables, y produciendo otros para ampliar las dimensiones contenidas en la matriz de reactivos.

No se anticiparon mayores revisiones de la validez existente y de las escalas clínicas como parte del proyecto, aunque se esperaba que se pudieran producir datos que luego llevaran a mejoras en las escalas básicas, buscándose preservar estas escalas, aunque algunos reactivos tuvieran que ser eliminados. Se esperaba la generación de contenidos adicionales que pudieran cubrir áreas de conducta no contempladas en el instrumento original (Graham, 1990).

1.9.2 Población normativa

Para obtener un grupo grande que fuera ampliamente representativo de la población de los Estados Unidos, se desarrollaron diversos procedimientos. Se utilizó como guía para la búsqueda de sujetos el censo de 1980. Se escogieron 7 estados para asegurar representatividad geográfica (California, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington). Los sujetos potenciales en una región particular fueron contactados con una variedad de métodos, básicamente por el directorio telefónico y por anuncios (Butcher et al. 1989). Los sujetos recibían entonces cartas explicando la naturaleza del proyecto e invitándolos a participar.

Después de un período de prueba, se decidió que los sujetos individuales recibirían 15 dólares por participar, y que las parejas recibirían 40 dólares. A fin de asegurar representatividad, fueron añadidos a la muestra algunos sujetos de grupos especiales, como personal militar e indios americanos. Todos los sujetos proporcionaron también información biográfica y un formulario de eventos vitales. Las parejas contestaron dos formularios adicionales describiendo la naturaleza y duración de sus relaciones y calificando al otro en 110 características.

Usando estos procedimientos, aproximadamente 2900 sujetos fueron examinados. Después de eliminar sujetos debido a invalidez de la prueba u otro tipo de fallas en la información, se constituyó la muestra final de 2600 sujetos (1138 varones y 1462 mujeres). La muestra incluía 841 parejas. Para obtener datos de test-retest, 111 sujetos mujeres y 82 varones fueron re-examinados aproximadamente una semana después de la aplicación inicial.

La composición étnica de la muestra comprendía 81% de norteamericanos de origen étnico europeo, 12% de negros, 3% de hispanos, 3% de indios americanos, 1% de asiáticos. Las edades comprendían un rango de 18 a 85 años, con media de 41 años, con una educación formal entre 3 a 20 años, o más, con media de 14.72 años.

Se observa que la muestra normativa para la versión revisada del MMPI es más representativa que la de la versión original en lo que respecta a la población norteamericana, a pesar del 3% de hispanos, que ha de suponerse correspondía al porcentaje poblacional de acuerdo con el censo de 1980 anteriormente mencionado.

1.9.3 Datos adicionales

A fin de obtener información necesaria para la toma de decisiones, como cuáles reactivos serían incluidos en el folleto terminado, se recogieron datos provenientes de una variedad de grupos de sujetos adicionales, los que incluían pacientes psiquiátricos, alcohólicos, con dolor crónico, clientes de consejeros matrimoniales, estudiantes, y postulantes a empleos.

1.9.4 Revisión final

La versión final del MMPI-2 incluyó 567 reactivos. Se emplearon muchos criterios para decidir cuáles deberían ser incluidos. Primero, todos los reactivos de validez y de escalas clínicas fueron incluidos provisionalmente, y también los reactivos de las escalas complementarias juzgados como importantes. Algunos reactivos fueron mantenidos porque podían ser incorporados en algunas escalas nuevas desarrolladas del conjunto previo. Otros fueron rechazados al recibir un juicio adverso basado en la investigación efectuada; estos reactivos tenían que ver con actitudes y prácticas religiosas, preferencias sexuales, y funciones excretorias.

En la tabla siguiente se resumen los cambios efectuados en los reactivos, tanto clínicos como de validez:

Tabla 1. Numero de reactivos cambiados o eliminados en el MMPI-2 (Tomada de Graham, 1990).

| ESCALAS | ELIMINADOS | MANTENIDOS | CAMBIADOS |
|---------|------------|------------|-----------|
| L | 0 | 15 | 2 |
| F | 4 | 60 | 12 |
| K | 0 | 30 | 1 |
| Hs | 1 | 32 | 5 |
| D | 3 | 57 | 2 |
| Hi | 0 | 60 | 9 |
| Dp | 0 | 50 | 4 |
| Mf | 4 | 56 | 6 |
| Pa | 0 | 40 | 2 |
| Pt | 0 | 48 | 2 |
| Es | 0 | 78 | 13 |
| Ma | 0 | 48 | 7 |
| Is | 1 | 69 | 6 |

En resumen, el MMPI-2 es similar, en varios aspectos, al MMPI original, incluyendo los reactivos necesarios para la medición de las escalas de validez y de las escalas clínicas. Aunque no todas las escalas suplementarias que pueden ser calificadas en el MMPI original pueden ser calificadas en el MMPI-2, muchas de ellas sí pueden calificarse.

Sin embargo, el MMPI-2 constituye un instrumento más eficaz y mejorado: incluye una muestra más contemporánea y representativa, reactivos mejorados y puestos al día, eliminación de reactivos objetables, y nuevas escalas (Graham, 1990), siendo las escalas de contenido un aporte significativo en la ampliación de la capacidad evaluativa de la prueba. Otra mejora indirecta ha sido el incentivo a la investigación que ha representado la aparición del instrumento revisado, en tanto que hay mayor número de psicólogos, de diferentes culturas, interesados en estudiar el funcionamiento de la prueba en su cultura o país. De esta forma, la investigación está tomando en cuenta variables culturales que ya habían sido señaladas en los estudios con el MMPI original, pero que no habían sido realizadas en forma sistemática.

A continuación se realizará una exposición resumida de las características de las escalas de validez, clínicas y de contenido, que son las que interesan en este estudio. La extensa información sobre las escalas suplementarias y de investigación trasciende los objetivos de esta presentación, pudiendo la persona interesada consultar los textos de Graham (1990), Butcher et al. (1989), y Butcher et al. (1990), que tratan con detalle esta información.

1.10 LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Para obtener información lo más precisa y útil posible, quien conteste el MMPI-2 debe hacerlo de la forma indicada en las instrucciones. Cuando se producen desviaciones extremas del procedimiento, el protocolo resultante puede invalidarse (Graham, 1990).

En el MMPI original, se desarrollaron cuatro escalas de validez (No lo puedo decir, L, F y K) las que fueron mantenidas en el MMPI-2 (Graham 1990). Estos indicadores tradicionales de validez son usados solos o combinados para evaluar la aceptabilidad de una prueba (Butcher et al. 1989).

En el MMPI-2 se incluyeron algunos indicadores específicos de validez, el TRIN, el VRIN y el Back-F, que junto con los indicadores de validez tradicionales, serán descritos a continuación.

1.10.1 No lo puedo decir (?)

Esta puntuación no es una escala en el sentido estricto del término, es solamente el número de reactivos omitidos, incluyendo los marcados al mismo tiempo con Cierto y Falso.

Independientemente de las razones de omisión, un número alto de tales respuestas lleva a disminuir los puntajes en diferentes escalas (con excepción de la 5 para mujeres, la que se eleva artificialmente por puntajes bajos resultantes de reactivos sin contestar) (Butcher et al. 1989).

El manual del MMPI-2 sugiere que la prueba debe considerarse inválida si tiene 30 o más omisiones. Graham (1990) considera que deben interpretarse con precaución las pruebas con más de 10 omisiones, no debiéndose interpretar las que tengan más de 30. El mejor procedimiento es asegurarse de que ningún reactivo, o casi ninguno, sea omitido.

1.10.2 Escala L

Esta escala (Lis) fue construida a fin de detectar un intento deliberado e ingenuo de presentar una imagen favorable, o un ajuste ideal. Los 15 reactivos originales que Hathaway yMcKinley desarrollaron fueron mantenidos en el MMPI-2. Estos reactivos se relacionan con faltas menores y debilidades que la mayor parte de la gente admite tener. Sin embargo, quienes tratan de presentarse en forma más favorable no admiten ni siquiera estos detalles, produciendo puntajes altos en L (Graham, 1990).

En los casos de puntajes muy bajos se sugiere una actitud desviada en la prueba, mostrándose los sujetos sumamente auto-críticos, pudiendo exagerar sus problemas y características negativas. Esta interpretación es adecuada cuando K está también bastante baja y F muy alta (Graham, 1990).

1.10.3 Escala F

Algunos sujetos rehacios a cooperar pueden simular responder, pero contestan al azar. Quienes están en contacto muy precario con la realidad, pueden hacer prácticamente lo mismo. Otros pueden exagerar deliberadamente sus dificultades y preocupaciones para asegurarse de que recibirán alguna atención especial o consideración. En estos casos, se presenta una elevación en la escala F (Butcher et al. 1989).

Esta escala fue originalmente desarrollada para detectar formas atípicas de respuesta. Varios de los reactivos fueron eliminados en el MMPI-2 debido a su contenido objetable, quedando la escala con 80 de los 64 reactivos originales.

En general, y debido a que las escalas del MMPI-2 están relacionadas, puntajes altos en F están generalmente asociados con puntajes altos en las escalas clínicas, especialmente en 6 y 8.

En la práctica clínica, esta escala ayuda en tres importantes funciones: primero, es un índice de la actitud ante la prueba, segundo, si se puede excluir la invalidez del perfil, F es un buen indicador del grado de psicopatología, con puntajes altos sugiriendo niveles altos de psicopatología; en tercer lugar, se pueden realizar inferencias acerca de las características y conductas fuera de la prueba.

Puntajes T iguales o mayores a 100 indican, en el caso de pacientes psiquiátricos hospitalizados, manifestación de delirios, alucinaciones visuales o auditivas, lenguaje pobre, retraimiento, juicio pobre, tiempo de atención breve, falta de conciencia de las razones de hospitalización, diagnóstico de psicosis, y/o algunos signos de organicidad.

Gynther, Altman y Warbin (en Graham, 1990) demostraron que los perfiles de F con T igual o mayor a 100 pueden tener correlatos confiables con la personalidad y conducta fuera de la situación de prueba (desorientación, alucinaciones, delirios, tiempo de atención corto).

Si el puntaje T fluctúa entre 80 y 99, el sujeto puede estar falseando, exagerando síntomas y problemas como pedido de ayuda, manifestando resistencia a la prueba, o ser claramente psicótico.

Con un puntaje T entre 65 y 79, pueden presentarse convicciones sociales, políticas o religiosas desviadas, o en otros casos desórdenes clínicos severos, neuróticos o psicóticos.

1.10.4 Escala K

Cuando se vio en el MMPI original que la escala L era poco sensible a diferentes clases de distorsión en la prueba, la escala K se desarrolló como un índice más efectivo de los intentos para negar la psicopatología y presentarse en una forma más favorable, o, por el contrario, para exagerar la psicopatología y tratar de aparecer de manera más desfavorable. Los puntajes altos en esta escala fueron vistos así como

asociados con una actitud defensiva, mientras que los puntajes bajos se vieron como indicadores de franqueza u autocrítica poco comunes. Además de estos aspectos, se desarrolló un procedimiento estadístico para corregir los puntajes en algunas de las escalas clínicas.

La escala original contenía 30 reactivos que fueron empíricamente identificados por el contraste de respuestas de sujetos anormales que produjeron perfiles normales, con las respuestas de un grupo de sujetos normales. El MMPI-2 incluye los 30 reactivos originales.

Cuando la escala K alta está acompañada por elevaciones marcadas en las escalas clínicas, es probable que la persona esté bastante perturbada psicológicamente, pero con poca o ninguna conciencia de esto.

Cuando los puntajes en K son más bajos de lo esperado teniendo en cuenta el nivel educativo y socioeconómico, debe considerarse la posibilidad de un intento de presentación en una forma desfavorable. También pueden indicar que los sujetos están exagerando los problemas como una solicitud de ayuda o que están experimentando confusión, que puede ser de origen funcional u orgánico.

1.10.5 KSCALE Fb (Back-Page Infrequency).

Fue originalmente desarrollada para el folleto experimental usado en los datos normativos del MMPI-2. Los procedimientos usados fueron similares a los empleados en la escala F. La versión del Fb actual incluye 40 de los reactivos originales.

En un protocolo para el cual la escala F es indicadora de la validez de la prueba, la elevación en Fb podría indicar que el sujeto dejó de prestar atención a los reactivos que se presentan en la parte final del folleto, y que siguió esencialmente un patrón de respuestas al azar. En este caso, se podrían interpretar las escalas básicas que se basan en los reactivos colocados al principio, pero no las escalas suplementarias y de contenido, con sus reactivos colocados en la parte final de la prueba.

1.10.6 ESCALAS DE CONSISTENCIA: EL TRIN Y EL VRIN

Estas dos nuevas escalas de validez han sido introducidas en el MMPI-2 para ayudar al clínico en la evaluación de la validez del perfil, complementando los indicadores tradicionales (Graham 1990; Butcher et al. 1989). Se basaron en el carácter consistente, inconsistente o contradictorio encontrado en el análisis de las respuestas individuales.

1.10.6.1 Escala TRIN (TRUE RESPONSE Inconsistency).

La primera escala, el TRIN (True Response Inconsistency), de carácter experimental, se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los cuales la combinación de dos Ciertos o Falsos es semánticamente inconsistente. Así, "Casi siempre estoy feliz" y "La mayor parte del tiempo se siento triste" no pueden ser contestadas ambas como Cierto o Falso si el sujeto está contestando en forma consistente (Butcher, 1992).

Esta escala fue desarrollada en el MMPI-2 para identificar sujetos que responden inconsistentemente, dando respuestas de Cierto en forma indiscriminada (aquiescencia), o dando respuestas e Falso en forma indiscriminada (no aquiescencia) (Butcher, et al. 1989). En ambos casos, con un TRIN muy alto o muy bajo el perfil puede ser inválido.

Los TRIN altos indican la tendencia a dar respuestas de Cierto indiscriminadamente, y los TRIN bajos la tendencia a dar respuestas de Falso en la misma forma.

1.10.6.2 Escala VRIN (Variable Response Inconsistency)

Esta escala, de naturaleza experimental, fue desarrollada como un indicador adicional de validez, mostrando las tendencias a responder inconsistentemente.

Se compone de 49 pares de respuesta (Cierto-Falso, Falso-cierto, Cierto-Cierto y Falso-Falso). Por ejemplo, responder como Falso a "Olvido donde dejo las cosas" y Cierto a "me molesta que se me olvide donde pongo las cosas" es inconsistente. Esta escala se puntúa sumando la cantidad de respuestas inconsistentes (Butcher, 1992).

La escala VRIN puede ser usada para ayudar a interpretar un puntaje alto en F (Butcher, 1992). Una F alta y un VRIN alto apoyan la idea de las respuestas dadas al azar. Sin embargo, una

Falta y un VRIN bajo o moderado podrían sugerir un protocolo que viene de una persona severamente perturbada que responde válidamente la prueba, o de una persona que responde con la intención de aparecer más perturbada de lo que realmente está (Graham, 1990).

1.11 LAS ESCALAS CLINICAS

1.11.1 ESCALA 1 (HIPOCONDRIASIS, Hs)

Hathaway y McKinley (1940) escogieron el uso del concepto clínico de hipocondriasis para desarrollar la primera escala de su inventario multifásico debido a la difusión del problema en escenarios médicos y de salud mental, y debido a que estaba bien delineado y era relativamente fácil de diagnosticar. Definieron la hipocondriasis como una preocupación anormal y psiconeurótica acerca de la salud corporal. La mayoría de los pacientes incluidos en este grupo de criterio fueron adultos excesivamente preocupados por procesos corporales, aunque no había base orgánica para sus problemas. Debido a que los autores estaban particularmente interesados en casos en los cuales la preocupación hipocondríaca era central en el cuadro clínico, excluyeron a los sujetos cuya somatización era parte de un proceso psicótico.

Hathaway y McKinley identificaron 50 casos de hipocondriasis relativamente "pura" para el desarrollo inicial de la escala. Los pacientes incluidos en el grupo de criterio fueron homogéneos, excluyendo sujetos con edades extremas o definitivamente psicóticos. La muestra normal de control se compuso de dos grupos: uno incluía 109 hombres y 153 mujeres con edades entre 26 y 43 años, todos casados y visitantes de los Hospitales de la Universidad de Minnesota; el segundo grupo de 265 universitarios normales sirvió como muestra de control para la selección de reactivos, para compensar las diferencias encontradas en status marital, edad, o nivel socioeconómico.

Los reactivos seleccionados inicialmente para la escala fueron aquellos que diferenciaban empíricamente los pacientes hipocondríacos de las personas normales. Los autores también incluyeron un factor de corrección para individuos que padecían desórdenes psiquiátricos severos y que presentaban síntomas somáticos. Originalmente habían 33 reactivos en la escala Hs. La escala 1 del MMPI-2 contiene 32 de estos reactivos originales, uno fue borrado durante la revisión debido a su contenido objetable.

Un puntaje muy alto muestra preocupaciones profundas o exageradas por la salud. Si la escala 3 también sube, debe considerarse la posibilidad de un desorden de conversión. Si la escala 8 está elevada junto con la escala 1, pueden presentarse delirios somáticos.

Los puntajes moderadamente altos tienden a estar asociados con diagnósticos tales como desórdenes somatoformes, desórdenes de dolor somatoformes, desórdenes de ansiedad, y desórdenes depresivos. El "acting-out" psicopático es raro en los que puntúan alto.

Las puntuaciones mayores a T 60 tanto en muestras psiquiátricas como no psiquiátricas tenderían a mostrar un conjunto de características de personalidad: egoísmo, egocentrismo y narcisismo. Su orientación hacia la vida tiende a ser pesimista, frustrada y cínica. Están por lo general insatisfechos e infelices. Son quejumbrosos, demandantes y muy críticos, pudiendo expresar hostilidad en muchas otras formas. Dada la unidimensionalidad de esta escala, los puntajes bajos muestran características opuestas a las ya mencionadas (Graham, 1990).

1.11.2 ESCALA 2 (DEPRESION, D)

La segunda escala, la escala D, provee una medida de depresión sintomática. El cuadro clínico evaluado es una estructura mental general en la cual el sujeto reporta moral pobre, pérdida de esperanza en el futuro, insatisfacción con la vida, y humor bajo.

En el desarrollo de la escala original, Hathaway y McKinley (1942) obtuvieron 50 pacientes, la mayoría de los cuales estaban en la fase depresiva de un desorden maniaco-depresivo. Usaron varios grupos de contraste para desarrollar esta escala, incluyendo 139 hombres casados normales y 200 mujeres casadas normales entre 26 y 43 años, 265 universitarios, y 50 pacientes sin depresión clínica. Inicialmente, esta escala fue desarrollada para determinar cuáles de los reactivos discriminaban entre los pacientes deprimidos y el grupo normal. Un número de reactivos adicionales se incluyó para minimizar las elevaciones en la escala de pacientes que no fueron diagnosticados como deprimidos, pero que sufrían de otros desórdenes. En el MMPI-2, tres reactivos objetables fueron borrados, quedando 57 de los 60 originales (Graham, 1990).

Los puntajes altos frecuentemente muestran síntomas depresivos. Pueden reportarse sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad o disforia. Hay la tendencia a ser bastante pesimista acerca del futuro en general, y específicamente acerca de la posibilidad de vencer los problemas y tener un mejor ajuste. Son comunes los sentimientos de auto-depreciación y culpa. Las manifestaciones conductuales pueden incluir falta de energía, negativa a hablar, llanto, y retardo psicomotor. Otros síntomas encontrados incluyen quejas físicas, sentimientos de inutilidad, pesadillas, debilidad, fatiga o falta de energía, agitación y tensión. También se describen como irritables, propensos a preocuparse, y fríos.

1.11.3 ESCALA 3 (HISTERIA, H1).

Hathaway y McKinley estaban interesados en conseguir una medida objetiva de un complejo fenómeno clínico referido a la histeria de conversión, el cual todavía se denomina como desorden de conversión. Los sujetos manifiestan frecuentemente un patrón inusual de características de personalidad compuesto de una rimbombante asertividad social. Sin embargo, bajo presión ambiental o interpersonal el sujeto puede llegar a estar repentinamente inhabilitado por problemas físicos, usualmente vagos o de origen desconocido.

Los pacientes usados en esta escala fueron 50 casos con diagnóstico clínico de psiconeurosis (histeria). La mayoría fueron diagnosticados con histeria de conversión (por ejemplo, afonía o anestesia). El grupo normal empleado en el análisis de reactivos incluyó 139 hombres y 200 mujeres de la muestra original del MMPI, y 265 universitarios. La escala final de H1 contenía 60 reactivos, todos los cuales fueron incluidos en el MMPI-2.

Las elevaciones pueden sugerir personas que reaccionan al estrés y evitan responsabilidades desarrollando síntomas físicos. Sin embargo, los síntomas pueden estar ausentes la mayor parte del tiempo, apareciendo súbitamente bajo tensión, tendiendo a desaparecer también súbitamente cuando el estrés disminuye.

Exceptuando los síntomas físicos, las personas que puntúan alto tienden a estar relativamente libres de otros síntomas. También son raras las alucinaciones, delirios y suspicacia. Entre los pacientes psiquiátricos, los diagnósticos más frecuentes son el desorden de conversión y el desorden de dolor psicogénico.

1.11.4 ESCALA 4 (DESVIACION PSICOPATICA, Dp)

Esta escala fue desarrollada por McKinley y Hathaway en 1944, como una medida de tendencias antisociales o conducta psicopática. Los grupos de criterio usados originalmente estaban compuestos por hombres y mujeres jóvenes (N=78) de un hospital universitario y por 100 sujetos recluidos en una prisión federal (todos habían recibido un diagnóstico psiquiátrico de personalidad psicopática). Sus ofensas incluían actos como vagancia, promiscuidad, fugas y robos. Sus respuestas fueron comparadas con 294 hombres y 397 mujeres normales. Los 50 reactivos del MMPI-2 son los mismos (con correcciones menores) ue los del MMPI original.

Los puntajes muy altos están asociados con dificultades para incorporar los valores y normas sociales. Tales puntajes se presentan en una variedad de conducta asocial o antisocial, y hasta criminal. Estas conductas incluyen mentiras, engaños, robo, actividades sexuales, y uso excesivo de alcohol y/u otras drogas.

Es frecuente la impulsividad, no planifican bien su conducta, y pueden actuar sin considerar las consecuencias de sus acciones. Son muy impacientes y tienen pobre capacidad de frustración. Pueden mostrar juicio pobre y una considerable afición por el riesgo. Tienden a no sacar provecho de las experiencias.

Entre los pacientes psiquiátricos los puntajes altos se relacionan con diagnósticos de trastornos de la personalidad, con desorden antisocial de la personalidad o trastorno pasivo agresivo como los más frecuentes (Graham, 1990).

1.11.5 ESCALA 5 (MASCULINIDAD-FEMINIDAD, Mf).

Esta escala es diferente de las otras en varias formas. El constructo subyacente no es un síndrome clínico. Más bien, la escala 5 fue diseñada para identificar rasgos de personalidad de "inversión sexual masculina" u hombres homosexuales que tenían un patrón de intereses femeninos. El grupo de criterio usado en el desarrollo de esta escala fue bastante pequeño comparado con las otras escalas, pues incluyó solamente 13 varones homosexuales con problemas e identidad de género (esto es, invertidos).

La escala original se componía de 60 reactivos, 37 del grupo de reactivos del MMPI y 23 sugeridos por el trabajo de Terman y Miles.

Hathaway trató de mejorar esta escala usando un grupo criterio de mujeres cuyos problemas personales incluían homosexualidad. Esto se hizo usando un proceso similar a los usados para la escala 5, y fue designada como Fm. Sin embargo, esta Fm correlacionó fuertemente con Mf y no se desempeñó bien en la validación cruzada. La Fm fue abandonada en favor del uso de Mf tanto para hombre como mujeres, invirtiendo las conversiones de puntaje T para las mujeres. Así, una T alta para hombres y mujeres indicaba una desviación del patrón de intereses asumido como típico para su género.

Esta escala fue mantenida en el MMPI-2 con cuatro reactivos borrados para eliminar contenido objetable (por ejemplo aquellos con temas religiosos) o contenido irrelevante (como el reactivo acerca de "hacer caer el pañuelo").

Tal vez debido a los supuestos subyacentes en esta escala y los procedimientos seguidos, es una de las más difíciles de interpretar. La homosexualidad ya no figura en la nomenclatura psiquiátrica, ni los homosexuales son considerados como más propensos a tener desórdenes mentales que otros. Así, no hay necesidad de una medida clínica para identificar a los homosexuales. Sin embargo, algo indicaba que la escala 5 también podía ser una medida de la tendencia hacia la masculinidad o femineidad.

Los reactivos de la escala no son sustancialmente diferentes en las revisiones del MMPI debido a la decisión de mantener la continuidad en las escalas básicas entre el MMPI y el MMPI-2. Sin embargo, los intereses masculinos y femeninos no han permanecido estancados desde que los reactivos fueron escritos en los años 30 y 40. Otros reactivos podrían ser añadidos al conjunto de del MMPI para evaluar adecuadamente el constructo. Además, como se indicó antes, las respuestas de los hombres homosexuales fueron el método predominante de selección de reactivos definiendo los intereses femeninos en el conjunto original de reactivos. Décadas de investigación en diferencias de género indican que esta ya no es una práctica científica aceptable (Graham, 1990), lo que apoya la necesidad de evaluar la utilidad clínica real de esta escala.

De todos modos, es conveniente exponer los parámetros de interpretación de esta escala. En los hombres, los puntajes más altos de lo esperado, basados en la inteligencia, educación y clase social, podrían sugerir la posibilidad de preocupaciones y problemas sexuales. Estos problemas pueden estar asociados con tendencias homoeróticas o conducta homosexual, pero también pueden girar sobre conductas y problemas sexuales de otra naturaleza. Pueden estar experimentando conflictos en la identidad sexual e inseguridad acerca de la adecuación masculina. Algunos sujetos que puntúan alto en esta escala pueden mostrar conducta claramente afeminada.

Los puntajes altos indican una disminución de los intereses masculinos estereotipados. Quienes puntúan bajo se presentan a sí mismos como extremadamente masculinos.

Los puntajes altos son muy poco frecuentes entre las mujeres. Cuando se encuentran, generalmente indicarían rechazo del rol tradicional femenino. Hay interés por los deportes, pasatiempos y otras actividades que tienden a ser estereotipadamente más masculinas que femeninas.

En el caso de pacientes psiquiátricas, una elevación de esta escala se relaciona con diagnósticos referidos a la psicosis. Pueden haber alucinaciones, delirios y suspicacia, pero la conducta de "acting out" no es frecuente.

1.11.6 ESCALA 6 (PARANOIA, Pa)

Esta escala evalúa las características conductuales de susceptibilidad, desconfianza, creencias delirantes, excesiva sensibilidad interpersonal, pensamiento rígido, y la externalización de culpa fundada comúnmente en desórdenes paranoides. Estos síntomas ocurren frecuentemente en los estados paranoides, esquizofrenia paranoide, y otros desórdenes paranoides severos.

Los 40 reactivos de Pa fueron obtenidos por la discriminación empírica entre un grupo de sujetos diagnosticados con desórdenes paranoides o con rasgos paranoides en su cuadro clínico, y un grupo de sujetos normales. El contenido de los reactivos no cambió en el MMPI-2.

Inicialmente, se esperaba que esta escala trabajara bien en la identificación de sujetos en ambientes clínicos con rasgos de conducta paranoides. Sin embargo, un problema que se había observado es que algunos sujetos con estos rasgos muy claros podían manipular la prueba y no mostrar reactivos que pudieran producir una Pa alta. Más bien, contestaban en forma variable, extremadamente sensible y desconfiada, ocultando su conducta sintomática, y produciendo puntajes bajos en Pa.

El hecho de que algunos sujetos muy susceptibles y desconfiados no puntúen alto necesita una precaución interpretativa. Si la elevación en T está por encima de 65, se interpreta el perfil como indicador de sospecha, desconfianza, y una posible ideación paranoide. Sin embargo, la ausencia de elevación no indica lo opuesto, especialmente en ambientes clínicos, donde puntajes bajos en Pa pueden ser encontrados en sujetos con desórdenes paranoides.

En el caso de las elevaciones extremas, y en especial cuando la 6 es la escala más alta en el perfil, los sujetos pueden exhibir franca conducta psicótica. Su pensamiento puede estar turbado, pudiendo haber delirios de persecución o grandeza. Las ideas de referencia también pueden ser comunes. Pueden sentirse maltratados, estar enojados y resentidos, y abrigar resentimientos. La proyección es el mecanismo de defensa usual. Los diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia o paranoia.

En las elevaciones moderadas no son tan comunes los síntomas francamente psicóticos. Sin embargo, hay una variedad de rasgos y conductas que sugieren una predisposición paranoide. Tienden a ser excesivamente sensibles a la opinión de otros.

En el caso de elevaciones menores son poco probables los desórdenes psicóticos. Sin embargo, tienen una orientación paranoide hacia la vida, viendo su medio como demandante y sin apoyo particular. Tienden a ser muy sensibles a lo que los demás piensan de ellos, y son suspicaces acerca de los motivos de otros. Son comunes la rabia y el resentimiento.

Las puntuaciones en el rango de T 35 a 45, si son obtenidas de sujetos en ambientes clínicos, pueden tener implicaciones más bien negativas; las personas con tales puntajes son tercas, evasivas, y recelosas. Tienden a estar auto-centradas, a ser muy sensibles e insatisfechas. Entre pacientes psiquiátricos hospitalizados, no son raros los síntomas psicóticos o diagnósticos de psicosis.

En el caso de puntajes extremadamente bajos, debe alertarse al clínico con la posibilidad de un franco desorden paranoide, en especial si la escala 6 es la más baja escala clínica y si las escalas de validez sugieren una actitud defensiva ante la prueba. Mientras que los sujetos con puntajes en este rango pueden tener delirios, suspicacia e ideas de referencia, esto puede ser menos obvio para los demás que en el caso de puntajes extremadamente altos. Tienden a ser evasivos, defensivos y recelosos. Más bien que ser abiertamente hostiles y agresivos, parecen más tímidos, callados y retraídos.

1.11.7 ESCALA 7 (PSICASTENIA, Pt)

Esta escala fue desarrollada originalmente para evaluar un desorden psicológico, la psicastenia, que hoy podría ser descrito como un desorden de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos. Hathaway y McKinley (1942) obtuvieron un grupo criterio de 20 pacientes con diagnósticos claros, que mostraban rasgos de ansiedad, cavilaciones severas, y rasgos obsesivo-compulsivos.

Estos fueron contrastados con los sujetos de la muestra normal (139 hombres y 200 mujeres con edades entre 26 y 43) para obtener una escala provisional. La consistencia interna fue usada para eliminar reactivos que no correlacionaran fuertemente con la puntuación total. Este procedimiento llevó a una escala final con alta consistencia interna y una clara relación con el primer factor (ansiedad) del MMPI.

Aunque el diagnóstico clínico de psicastenia no existe en la actual nomenclatura psiquiátrica, los rasgos centrales del síndrome (ansiedad, cavilaciones, sentimientos de inseguridad, etc.) son muy evidentes en la mayoría de ambientes clínicos. La composición de la escala para Pt es la misma para el MMPI original y para el MMPI-2.

Esta escala es un buen índice de insatisfacción y problemas psicológicos, con puntuaciones muy altas relacionadas con mayor alteración. Puede haber mucha ansiedad, tensión y agitación. Los sujetos se preocupan mucho, hasta con problemas pequeños, y son miedosos y aprensivos. Son asustadizos, reportan problemas de concentración y frecuentemente reciben diagnósticos de desórdenes de ansiedad.

Puede estar presente el pensamiento obsesivo, la conducta ritualista y compulsiva y las cavilaciones, frecuentemente centradas en sentimientos de inseguridad y de inferioridad.

1.11.8 ESCALA 8 (ESQUIZOFRENIA, Es)

El desarrollo de Es es algo diferente del de las otras escalas clínicas. Hathaway indicó que él y McKinley trataron de desarrollar varias escalas separadas para los cuatro subtipos reconocidos de esquizofrenia identificados en ese tiempo (catatótica, paranoide, simple y hebefrénica), usando grupos parcialmente sobrepuestos de 50 pacientes que habían sido diagnosticados como esquizofrénicos.

Sin embargo, dado que no pudieron diferenciar exitosamente entre los diferentes subtipos, simplemente combinaron todos los reactivos en una sola escala para la esquizofrenia. Así, la escala resultante es bastante larga y compleja. Contiene los mismos reactivos en el MMPI-2 y en la versión original.

Aunque se debe ser cauto acerca de concluir que un sujeto es esquizofrénico sobre la sola base del puntaje de la escala 8, los puntajes T entre 75 y 90 sugieren la posibilidad de un desorden psicótico. Pueden estar presentes la confusión, desorganización y desorientación. Pueden ser evidentes pensamientos y actitudes

inusuales, incluso delirantes, alucinaciones y juicio extremadamente pobre.

Los puntajes extremos generalmente no se producen por sujetos psicóticos; tienden más bien a indicar un sujeto que está en una alteración psicológica aguda o una persona menos perturbada que está presentando muchos reactivos desviados como un pedido de ayuda. Sin embargo, algunos pacientes psiquiátricos recientemente hospitalizados frecuentemente obtienen puntajes altos en la escala, lo que precisamente refleja su psicopatología severa (Graham, 1990).

Los puntajes altos sugieren un estilo de vida esquizoide. Hay la tendencia a no sentirse parte de los diferentes medios sociales. Se sienten solos, alienados, incomprensidos e inaceptados. Son retraídos e inaccesibles, y pueden evitar el contacto con la gente y con situaciones nuevas. Se muestran tímidos, aislados y no comprometidos.

Experimentan gran cantidad de aprensión y de ansiedad generalizada. Pueden sentirse muy resentidos, hostiles y agresivos, pero no son capaces de expresar tales sentimientos. Una reacción típica al stress es el retraimiento en los sueños y fantasías, con algunos sujetos que pueden tener dificultad al separar la realidad de la fantasía.

1.11.9 ESCALA 9 (HIPOMANIA, Ma).

McKinley y Hathaway estaban interesados en desarrollar una medida de la conducta maniaca o hipomaniaca, la tendencia a la actuación eufórica o agresiva, y formas hiperactivas. Esta escala fue desarrollada inicialmente contrastando un grupo de 24 sujetos que estaban experimentando episodios maníacos de euforia (usualmente, hipomanía menos intensa). Todos los pacientes estaban en un ambiente clínico y habían sido claramente diagnosticados con conducta maniaca o hipomaniaca. Se encontró un total de 46 reactivos para discriminar significativamente los casos clínicos de los normales. Los 46 reactivos fueron conservados en el MMPI-2.

Las elevaciones extremas pueden sugerir un episodio maniaco. Pacientes con tal puntaje tienden a actuar excesivamente, con actividades carentes de propósito y con lenguaje acelerado. Pueden tener alucinaciones y/o ilusiones de grandeza; son muy lábiles emocionalmente. Puede haber alguna confusión, y no es rara la fuga de ideas.

Los sujetos con elevaciones más moderadas no tienden a exhibir síntomas francamente psicóticos, pero hay una tendencia definida hacia la hiperactividad y a una auto-valoración poco realista.

Para pacientes psiquiátricos hospitalizados, los bajos puntajes tienen implicaciones favorables en el pronóstico (Graham, 1990).

1.11. 10 ESCALA 0 (INTROVERSION SOCIAL, S1)

Esta escala fue publicada originalmente como una medida separada de Introversión Social por Drake, en 1946. Fue desarrollada contrastando grupos de universitarios que puntuaron alto o bajo en otra medición de introversión-extroversión. Solamente se usaron mujeres para desarrollar esta escala, pero su uso fue extendido también para varones (Graham, 1990). La escala original contenía 70 reactivos relacionados con incomodidad social, inferioridad, baja afiliación, sensibilidad interpersonal, falta de confianza, y quejas somáticas.

Los reactivos son de dos tipos generales: un grupo se relaciona con la participación social, mientras que el otro se relaciona con un mal ajuste neurótico general y auto-depreciación. Los puntajes altos pueden ser obtenidos contestando cualquiera de ellos, o los dos. Los puntajes altos son bastante estables a lo largo de períodos extensos de tiempo (Graham, 1990). De un total de 70, un reactivo fue eliminado en la reestandarización debido a su contenido objetable, quedando un total de 69 reactivos en el MMPI-2. La característica más saliente de los puntajes altos es la introversión social.

1.12 LAS ESCALAS DE CONTENIDO

Una de las innovaciones importantes en el MMPI-2 es el desarrollo de las Escalas de Contenido. El uso de estas escalas tiene un considerable valor en precisar o refinar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas. Por ejemplo, una elevación en 4 (Dp) podría tener varias posibilidades de interpretación: a) el sujeto puede estar mostrando fuerte conducta antisocial, b) podría ser inmaduro y actuar impulsivamente sin mostrar rasgos antisociales, c) podría ser una persona incomformista y resistente a los roles más tradicionales, sin mostrar conducta antisocial o criminal, o d) el sujeto podría estar experimentando conflictos familiares o sentir enojo contra

su pareja o parientes, aspecto que podría ser a veces transitorio.

Con la consideración de las escalas de contenido, se puede clarificar la elevación en la escala 4. Examinando la elevación relativa de la escala de contenido ASP (Prácticas antisociales) se puede deducir que el puntaje en Dp refleja prácticas o actitudes antisociales; por el contrario, si la escala FAM (Problemas familiares) es la más elevada, y ASP baja, la elevación en Dp dependerá más bien de conflictos familiares. Si están elevadas las dos, entonces ambas deben considerarse como importantes en el caso particular (Butcher et al. 1990).

El valor de las escalas de contenido trasciende el sentido puramente suplementario, teniendo significado teórico y poder predictivo, y habiendo mostrado coeficientes de validez paralelos a las de las escalas clínicas más antiguas (Butcher et al. 1990). Se puede obtener información sobre el funcionamiento de la personalidad que no está disponible en otras escalas clínicas, apoyada en sus constructos homogéneos. Por ejemplo, una escala ANG muy alta puede reflejar un patrón de conducta asociada con pérdida de control, y una OBS alta refleja problemas de procesamiento cognitivo, como indecisión, cavilaciones inproductivas, y aspectos similares.

Hay escalas con contenido nuevo, como la de disposición para el tratamiento (TRT) o la conducta de tipo A.

Las escalas de contenido se interpretan aplicando los significados particulares de las elevaciones por escala. Estas escalas evalúan cuatro áreas clínicas generales: 1) síntomas o tensiones, 2) tendencias agresivas externas, 3) autoconcepciones negativas, y 4) áreas de problemas generales: sociales, familiares, en el trabajo, y en el tratamiento. (Butcher et al. 1990). Estas escalas serán descritas a continuación.

1.12. 1 Conductas sintomáticas internas

1.12.1.1 ANX (Ansiedad), 23 reactivos. Hay síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (por ej. palpitaciones cardíacas o falta de aire), dificultades para dormir, preocupaciones, y falta de concentración. Tienen miedo de perder el juicio, sienten la vida tensa, y hay dificultad para tomar decisiones. Se muestran conscientes de estos síntomas y problemas, y admiten tenerlos.

1.12.1.2 FRS (Miedos) 23 reactivos. Presencia de miedos específicos, que incluyen la visión de sangre, lugares altos, manejo de dinero, animales como serpientes, ratones o arañas, dejar el hogar, fuego, tormentas y desastres naturales, agua, oscuridad, estar encerrado, y suciedad.

1.12.1.3 OBS (Obsesividad) 16 reactivos. Hay grandes dificultades para tomar decisiones, meditan excesivamente acerca de sus asuntos y problemas. Hacer cambios los llena de tensión, y pueden haber algunas conductas compulsivas como contar o guardar cosas sin importancia. Hay excesiva preocupación que puede llevar frecuentemente a abrumarse por los propios pensamientos.

1.12.1.4 DRP (Depresión) 33 reactivos. Hay pensamientos depresivos significativos. Sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro, y desinterés por la propia vida. Tendencia a estar cavilante, infeliz, a llorar fácilmente, y sentimientos de desesperanza y vacío. Pueden haber pensamientos suicidas o deseos de estar muerto. Pueden creer que están condenados o que han cometido pecados imperdonables. Las demás personas pueden percibirse como desinteresadas en ellos y carentes de apoyo.

1.12.1.5 HKA (Preocupaciones por la salud) 36 reactivos. Hay muchos síntomas físicos acerca de los órganos corporales. Se incluyen síntomas gastro-intestinales (constipación, náusea y vómito, problemas estomacales, etc.), problemas neurológicos (convulsiones, mareos y desmayos, parálisis), problemas en la piel, dolor (por ej. de cabeza, de rodillas), problemas respiratorios (ej. tos, asma). Estas personas se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que las demás personas.

1.12.1.6 BIZ (Pensamiento Bizarro) 24 reactivos. Son característicos los procesos psicóticos de pensamiento. Se pueden reportar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas, y reconocerse que los pensamientos propios son extraños y peculiares. Se pueden reportar también ideaciones paranoides (como la creencia de que están conspirando contra ellos o que alguien trata de envenenarlos). Estos sujetos pueden sentir que tienen una misión o poderes especiales.

1.12.2 Tendencias agresivas externas

1.12.2.1 ANGER (Ira), 16 reactivos. Hay problemas de control de la ira, los sujetos reportan ser irritables, gruñones, impacientes, temperamentales y tercos. A veces sienten que quisieran maldecir o destrozar cosas. Pueden perder el auto-control y reportar haber sido físicamente abusivos hacia la gente u objetos.

1.12.2.2 CYN (Cinismo), 23 reactivos. Hay ideas misantrópicas. Ven intenciones ocultas y negativas en los actos de los otros, creyendo por ejemplo que la mayor parte de la gente es honesta por miedo a ser atrapada. Creen que la gente no es confiable, debido a que las personas se usan unas a otras y son amistosas solamente por razones egoístas. Pueden mantener actitudes negativas hacia las personas cercanas, incluyendo compañeros de trabajo, familia y amigos.

1.12.2.3 ASP (Prácticas antisociales), 22 reactivos. Además de tener actitudes misantrópicas similares a las de la escala CYN, se reportan problemas de conducta durante los años escolares, y prácticas antisociales como haber tenido problemas con la ley, robar o hurtar en mercados. Se reporta disfrutar con las artimañas de los criminales, y aunque no haya conducta ilegal, creen que no está mal evitar el cumplimiento de la ley.

1.12.2.4 TPA (Conducta Tipo A), 19 reactivos. Son muy trabajadores, activos y orientados hacia el trabajo, frecuentemente se ponen impacientes, irritables y molestos. No les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos, no hay suficiente tiempo en el día para completar sus actividades. Son directos y pueden ser difíciles en sus relaciones con los otros, a quienes tensionan con su agresividad.

1.12.3 Autoconcepciones negativas

1.12.3.1 LSE (Baja auto-estima), 24 reactivos. Hay pobre opinión de sí mismos. Creen que no gustan a los otros y que no son importantes. Mantienen actitudes negativas, incluyendo pensamientos de no ser atractivos, de ser torpes e inútiles, y una carga para los demás. Tienen poca auto-confianza. Pueden estar abrumados por las faltas que ven en sí mismos.

1.12.4 Areas de problemas generales:

1.12.4.1 SOD (Incomodidad social), 24 reactivos. Les cuesta mucho relacionarse, prefieren estar solos. En situaciones sociales, es probable que se sienten solos, más bien que juntarse con el grupo. Se ven a sí mismos como tímidos y no les gustan las fiestas u otras reuniones sociales.

1.12.4.2 FAM (Problemas familiares) 25 reactivos. Hay considerables problemas familiares; sus familias se describen como carentes de afecto, pendencieras, y displacenteras. Pueden

hasta sentir odio por sus familias. Pueden recordar abusos en su infancia, y ver sus matrimonios como infelices y faltos de afecto.

1.12.4.3 WRK (Interferencia con el trabajo), 33 reactivos. Se indican conductas o actitudes que tienden a llevar a un pobre desempeño laboral. Algunos de los problemas se relacionan con baja auto-confianza, dificultades en la concentración, obsesividad, tensión y presión, y dificultades para tomar decisiones. Otros sugieren falta de apoyo familiar en su elección de carrera, cuestionamientos personales sobre esta elección, y actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo.

1.12.4.4 TRF (Indicadores negativos para el tratamiento), 26 reactivos. Hay actitudes negativas hacia los especialistas y el tratamiento en salud mental. No creen que alguien pueda entenderlos y ayudarlos. Tienen asuntos o problemas que les resultan muy incómodos de discutir. Pueden desear no cambiar nada en su vida, ni creer que el cambio es posible. Prefieren pasar por alto una crisis o dificultad que enfrentarla (Butcher et al. 1990).

1.13 ESTUDIOS CLINICOS COMPARATIVOS REALIZADOS CON EL MMPI

La literatura menciona que se han realizado más de 10000 investigaciones con el MMPI original. Aquí se mencionarán los estudios clínicos más relevantes y significativos para el propósito de este estudio, tomando en cuenta aquellos efectuados en poblaciones psiquiátricas u otros grupos clínicos. Se tomaron también en cuenta algunas investigaciones que sin ser estrictamente clínicas tienen valor como antecedentes.

Warbin, Altman, Gynther y Sletten (1972) realizaron un programa automatizado de interpretación de perfiles 2-8 y 8-2. Se realizaron correlaciones con estas dos claves comparando personas con estos perfiles con todos los otros tipos de perfil en dos muestras independientes de pacientes psiquiátricos. Se encontró que tanto para los perfiles 2-8 y 8-2 se incluían más pensamientos suicidas, voces, retraimiento y mayores puntajes medios en lenguaje disminuido. Los puntajes 2-8/8-2 tuvieron mayor frecuencia de humor deprimido. Para los 8-2 eran más frecuentes las alucinaciones auditivas, delirios de persecución y negativismo.

Reyes y López (1977), en un estudio con un grupo de estudiantes mexicanos, utilizaron el MMPI en la detección de psicopatología en casos de desorientación vocacional.

Ampudia (1977) aplicó el MMPI junto con otras pruebas de personalidad en un grupo mexicano de 10 mujeres alcohólicas hospitalizadas. Las escalas más elevadas en el grupo fueron la 8 (esquizofrenia), 6 (paranoia), y 4 (desviación psicopática).

Somarriva (1978) reportó un estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes alcohólicos mexicanos.

González (1979), en una muestra clínica mexicana, realizó una comparación de las escalas L, F, K, D y Si entre 50 sujetos normales, 50 neuróticos depresivos y 50 esquizofrénicos, encontrándose diferencias significativas entre los tres grupos.

Ky (1980) identifica tres tipos de perfiles en pacientes psiquiátricos: el perfil neurótico (con elevación en Hs, D, Hi), el perfil relativo a los problemas de comportamiento (Dp, Ma, Mf), y el perfil psicótico (Es y Pa).

Balzaretti y López (1981) utilizando el MMPI y el E.P.Q. hicieron un estudio comparativo de rasgos de personalidad entre adolescentes farmacodependientes inhaladores y no inhaladores.

Kales y Kales (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1982) realizaron un estudio sobre el insomnio, presentando a éste como secundario a alteraciones psicológicas, y señalando que más del 85% de los pacientes evaluados por ellos tenían escalas del MMPI dentro de los límites patológicos, con D, Dp, Pt y Es como las escalas más elevadas del perfil.

Freedman, Kaplan y Sadock (1982) señalan estas características en los perfiles de depresión psicótica de nuestras psiquiátricas: muchos "no lo sé decir", tiempo de prueba demasiado largo, D, Pt y tríada psicótica altas, Ma y Pd bajas, F muy alta. La depresión neurótica en cambio mostraba las escalas D y Pt altas, F más o menos alta, Ma más o menos alta, y K baja.

Los mismos autores señalan el perfil típico para la personalidad antisocial, con Dp y Ma altas. La esquizofrenia mostraba elevaciones en Pa y Es, teniendo la mayoría de pacientes psiquiátricos perfiles altos en las escalas D y Pt.

Pancheri (1982) también reporta perfiles típicos en el MMPI, basados en sus evaluaciones clínicas. La esquizofrenia se caracterizaba por tres "picos" en F, Pa y Es, con valores altos en Pt, con valor alto en D en caso de haber un componente depresivo. Este autor menciona que el perfil es un índice bastante sensible a las variaciones de la sintomatología esquizofrénica, pudiendo ser útil en el control periódico de las condiciones del paciente.

En ese mismo reporte, se señalan elevaciones en D, Es, e Is, elevación no excesiva en Hi e Hs, y frecuentes F altas en la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva. El perfil de excitación maniaca tiene rasgos en común con el de esquizofrenia, pero se diferencia por los valores altos en Dp, Ma y valores bajos en D. En el caso de la paranoia, a veces pueden haber perfiles normales; en orden de frecuencia, los perfiles tipo serían : a) perfil aplanado con "pico" en Pa, más frecuente en una verdadera personalidad paranoide, b) tipo psicopático-paranoide, con elevación en Pd y Pa y carga de agresividad social, c) perfiles "paradójicos", con un valle en Pa. Un perfil normal puede presentar a veces baja Pa, como si el paciente hubiera utilizado mecanismos de defensa y negación frente a su conflicto.

Se reportan perfiles sociopáticos (Pancheri, 1982), con picos en Pd, asociados con altas Ma. Los perfiles esquizofreniformes con tres puntas más o menos típicas (F, Pa, Es), difiriendo de los esquizofrénicos típicos por altas Pd y Ma, por valores menos elevados en Pa y Es, y por valores más altos en las escalas de validez L y K.

Watson, Harris, Johnson y Labeck (1983) desarrollaron un conjunto de normas para un grupo psiquiátrico mixto de adolescentes, estableciendo categorías para cinco grupos de edad (13-14, 15,16,17 y 18). Los datos fueron obtenidos de una amplia muestra de pacientes adolescentes internos y externos que habían completado el MMPI en el Departamento de Salud Mental de Missouri. Se encontró que las medias y desviaciones estandar para las escalas clínicas y de validez eran mayores que las reportadas por otros estudios en adolescentes normales, dado que fueron derivadas de una muestra psiquiátrica.

Wooten (1984) analizó la eficiencia de normas locales del MMPI en la detección de psicopatología frente a las normas estandar. Usando un grupo de pacientes, se hizo la comparación entre las dos normas para determinar su influencia en la configuración del perfil. Las normas estandar produjeron mayor éxito en la evaluación global que las locales, concluyéndose que para estos sujetos las normas estandar eran más efectivas.

Colligan, Osborne, Swenson y Offord (1985) desarrollaron nuevas normas para el MMPI en población que vivía en la misma zona que la muestra original (1408 sujetos). Posteriormente se compararon las frecuencias por escala en cuatro muestras clínicas, de pacientes psiquiátricos dependientes del alcohol y las drogas, y de pacientes de otras enfermedades. Se obtuvo que con las normas originales las escalas más elevadas eran la 0, 6 y 4 para las mujeres. Con las nuevas normas las escalas más altas fueron la 5, 0, y 9. Para los hombres fueron las escalas 5, 9, 2 y 9, 0 y 5, respectivamente.

Ehrenworth y Archer (1985) realizaron una comparación del éxito y la precisión clínica en los enfoques interpretativos para adolescentes con el MMPI. Se utilizaron tres estrategias interpretativas en 26 varones y 34 mujeres pacientes psiquiátricos. Los tres protocolos interpretativos generados fueron: normas adultas usando indicadores adultos, normas adolescentes con indicadores adolescentes, y normas adolescentes con indicadores adultos. La interpretación con enfoque adolescente fue menos precisa que aquellas con aproximaciones adultas o mixtas. Sin embargo, las tres estrategias fueron juzgadas como poseedoras de precisión clínica limitada.

En pacientes mexicanos con hipertensión arterial, Osorio y Ríos (1986) compararon los perfiles de estos pacientes con personas normo-tensas. Los hipertensos mostraron elevaciones en F y puntajes bajos en K. Las hipertensas mostraron elevaciones en 1 (hipocondriasis), 2 (depresión) y 7 (psicastenia), y los hipertensos en 1, 2 y 8 (esquizofrenia).

En México, Rivera y Ampudia (en Rivera, 1987) realizaron una investigación referida a la detección de elementos psicopatológicos en estudiantes universitarios. En la distribución de cuatro grupos de estudiantes de Medicina de la UNAM según cuatro grados de psicopatología, se encontró que si se efectuaban comparaciones con las normas norteamericanas, el grado aparente de patología de las muestras mexicanas era más severo. En cambio, si se utilizaban normas de estudiantes mexicanos, la distribución se aproximaba a lo esperado, con casos de patología severa que no pasaban del 5% en una población considerada normal.

Utilizando los criterios de Rivera y Ampudia (en Rivera, 1987), De La Selva (1987) hizo un estudio sobre el perfil de la personalidad de la mujer policía, comparándolo con otros grupos. Se clasificaron los perfiles individuales en criterios psicopatológicos, y se los comparó con perfiles de mujeres normales, delincuentes y alcohólicas.

Núñez (1987) realizó la adaptación del MMPI en 400 hombres y 400 mujeres de la ciudad de México. Aunque no se realizó este estudio en población psiquiátrica, es importante como antecedente de investigación. En esta ocasión, Núñez dividió su población en estos grupos socioeconómicos: bajo, bajo-alto, medio y alto, a fin de efectuar comparaciones.

Este mismo autor señala varias características del MMPI en población psiquiátrica. Se discute la interpretación del puntaje de la escala F, señalándose que neuróticos y psicóticos obtienen puntuaciones entre 10 y 16. Los puntajes entre 16 y 20 son propios de psicosis franca en los pacientes.

Kazan y Scheinberg (en Núñez, 1987) señalan que los puntajes altos en F se asocian por lo general con varias elevaciones en las escalas clínicas, lo cual, en vez de restar importancia al instrumento, debería considerarse como índice de patología grave.

Kauffman (op. cit.) señala que más que una escala de validez, F señalaría perturbación mental, señalando al respecto la disminución de esta escala en un grupo de pacientes luego de otra aplicación del MMPI luego de psicoterapia.

En grupos psiquiátricos, la escala F reflejaría la gravedad del cuadro patológico, lo cual implica el vivir experiencias extrañas.

Dahlstrom (op. cit.) también reporta que una F mayor a T 70 implica conducta psicótica manifiesta. Si la persona indica que necesita ayuda, las escalas 2 y 7 también se elevan, mostrando inquietud y ansiedad. Por otro lado, los valores inferiores en L y K, junto con F alta, se pueden encontrar también en pacientes psicóticos agudos, quienes muestran esta configuración como parte de su cuadro.

Ya se han mencionado las relaciones entre las escalas 1, 2 y 3, por un lado, y las escalas 6, 7, 8 y 9, por otro. Originalmente, McKinley y Hathaway (ibid, pág. 110) denominaron como "trío neurótico" a la interrelación entre 1, 2 y 3. denominándose luego tríada neurótica.

Gough (ibid, pág. 128) denominó como tríada psicótica a las escalas 6, 7 y 8, en tanto que otros lo hicieron con la 6, 8 y 9. Actualmente esta configuración, en sus diferentes combinaciones, se denomina tétrada psicótica, pues se ha observado frecuentemente la combinación de estas escalas en los perfiles de psicóticos. Cuadra y Redd (ibid, pág.110) llaman declinación positiva a la predominancia de la tétrada psicótica, y negativa a la neurótica.

Venn (1988) encontró puntuaciones bajas en las escalas 2 y 0 como indicadores de patología del carácter en un grupo de 70 sujetos varones. De un total de 7153 hombres que contestaron el MMPI como parte de evaluación para empleo, se seleccionaron estos 70 sujetos, sirviendo otros 142 escogidos al azar como grupo de control. Los 70 hombres con puntuaciones bajas en 2 y 0 mostraron relativamente altas de incidencias en arrestos, daños personales, impulsividad, temeridad, engaños, y otros indicadores de probable patología del carácter. Algunos de ellos eran tan desinhibidos que podían ser peligrosos para ellos mismos y para los demás.

Raskin y Novacek (1989) aplicaron el MMPI y el NPI (Narcissistic Personality Inventory) en dos muestras de 57 y 173 sujetos. Se encontró, luego de analizar los puntajes altos en el NPI, que las elevaciones 98/89 en el perfil del MMPI y una F elevada eran muy representativas de una personalidad narcisista (en población no clínica).

Risetti, Himmel, Maltez, Gonzalez y otros (1989) realizaron la estandarización del MMPI en población chilena, en una muestra de 284 pacientes psiquiátricos, hombres y mujeres, con edades entre 25 y 65 años, y otra muestra de 608 personas normales de ambos sexos.

Henrichs (1990) efectuó una investigación sobre la precisión del juicio clínico en la identificación de neurosis y psicosis en los patrones de perfiles del MMPI. Veintidós estudiantes graduados, con una experiencia moderada, debían juzgar los perfiles de 20 pacientes psiquiátricos externos, 10 neuróticos y 10 psicóticos. Los resultados mostraron un buen nivel de discriminación.

Dacey, Nelson y Aikman (1990) compararon los resultados de un grupo de bulímicos con un grupo de no bulímicos. Se encontró buena capacidad discriminativa entre los dos grupos utilizando las escalas 6, 3, 5 y 8. Se encontró que la combinación de estas cuatro escalas podía ser usada para predecir la bulimia en estudiantes.

Cabiya y Vélez (1989) estudiaron la capacidad discriminativa del MMPI en tres muestras de población en Puerto Rico, compuesta por 30 pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, 30 pacientes psiquiátricos no hospitalizados, y 30 adultos normales, encontrándose buena capacidad discriminativa entre los grupos psiquiátricos y normal.

Knowles y Schroeder (1990) investigaron las diferencias en características de personalidad en 199 hijos de consumidores excesivos de alcohol y 601 controles. Se encontró que ambos grupos diferían significativamente en las 10 escalas clínicas, señalándose una relativamente pequeña elevación en el perfil de los hijos de alcohólicos con buen funcionamiento psicológico.

Hurt, Clarkin y Morey (1990) trataron de ver si los desórdenes de personalidad, considerados como rasgos de larga duración, podían ser medidos en forma estable a lo largo del tiempo y relativamente libre de otras influencias situacionales, usando un conjunto de escalas para desórdenes de personalidad del MMPI. Se aplicó la prueba en 67 sujetos diagnosticados de acuerdo con el DSM-III como dependientes del alcohol, con abuso de sustancias mixtas o cocaína, o personalidad antisocial, mixta o

dependiente, a lo largo de un tratamiento corto por abuso de sustancias, y se encontraron altos niveles de estabilidad a lo largo de las 4 semanas del tratamiento.

En México, Acevedo (1990) realizó una investigación sobre la evaluación e interpretación automatizadas del MMPI. Concluyó que con esta forma de evaluación habían menos errores de interpretación, señalando sin embargo que el informe final debe complementarse con otras técnicas.

Ladrón de Guevara y Muñoz (1992) aplicaron el MMPI para evaluar trastornos neuróticos en estudiantes universitarios mexicanos. Encontraron que en los varones las mayores elevaciones de daban en las escalas 2 (depresión) y 7 (psicastenia), y en las mujeres, en las escalas 8 (esquizofrenia) y 2 (depresión). Se encontró como dominante la neurosis o reacción depresiva en el grupo de 200 estudiantes que acudieron a un centro de salud mental universitario.

El análisis de los estudios anteriores muestra la aplicabilidad del MMPI en la evaluación de psicopatología y en los estudios comparativos. En el caso de pacientes psiquiátricos, la literatura señala la presencia de características en los perfiles de personalidad que diferencian un cuadro nosológico de otro. Aunque ya se ha señalado que no existen dos perfiles que sean idénticos, se puede observar que, considerados en grupo, los diferentes cuadros clínicos presentan elevaciones en determinadas escalas particulares.

En el caso de la evaluación clínica en psicopatología, esta evaluación es un factor de importancia, debido al manejo especial que debe proporcionarse a un paciente psiquiátrico. Más allá de las puras etiquetas diagnósticas, la consideración del perfil del MMPI es valiosa para las implicaciones terapéuticas y de pronóstico, y para el análisis de la estructura de personalidad del sujeto que pueda dar elementos de apoyo para la intervención clínica. Como lo muestran los estudios mencionados, la capacidad predictiva del instrumento constituye una de sus características más importantes para el clínico.

1.14 ESTUDIOS CLINICOS CON EL MMPI-2

Se mencionarán inicialmente tres estudios que no fueron hechos con población psiquiátrica, pero que tienen relevancia por los resultados obtenidos, y que forman parte de las investigaciones iniciales con el MMPI-2. Por otra parte, estos estudios respaldan la continuidad conceptual entre el Minnesota original y la segunda versión. El primer estudio que se realizó

en México (Lucio y Reyes, 1992), que se detallará más adelante, se realizó con población no psiquiátrica, lo cual obedece a la lógica de investigación con este tipo de instrumentos, pues inicialmente deben establecerse las normas para la población en general, las que permiten luego la comparación con grupos clínicos.

Porath y Butcher (1989) realizaron un estudio en el que compararon las escalas y perfiles del MMPI-2 y MMPI-A de un grupo de 377 estudiantes universitarios; 189 estudiantes completaron la forma original y la revisada del MMPI, mientras que los restantes 188 completaron el MMPI original dos veces. Los resultados mostraron una congruencia sustancial entre la estabilidad de la administración cruzada de puntajes y los perfiles obtenidos por los dos grupos. En esta ocasión se recalcó la necesidad de investigación que comprobara el nivel de generalización de los hallazgos en muestras clínicas.

Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman (1990) examinaron las respuestas de un grupo de estudiantes universitarios (515 varones y 797 mujeres) en el MMPI-2, comparándolas con las de la muestra normativa en las escalas clínicas y de validez. Las diferencias de la media en las escalas clínicas y de validez fueron entre 1 y 3 puntos en puntuación T en la mayoría de las escalas; las distribuciones de frecuencia fueron ampliamente similares a las de la muestra normativa.

Munley y Zarantonello (1990) examinaron los cambios en la elevación de la media, la dispersión, configuración total y tipos de código de perfiles bien definidos del MMPI luego de su transformación a los perfiles del MMPI-2. La configuración total del MMPI y de los perfiles de puntuación T estimada del MMPI-2 se correlacionaron fuertemente una con otra.

En un ambiente propiamente clínico, Weida (1992) comparó los perfiles de 81 varones adultos internos en un hospital de salud mental, de los cuales 33 presentaban una historia de abuso sexual, frente a 48 que no reportaban ese tipo de historia. Se hipotetizó que ambos grupos diferirían en las escalas F, K, 5, 7, y 0. Las pruebas t y el análisis de regresión simple no apoyaron estas hipótesis, pero sí se presentaron diferencias en otras escalas: el grupo con abuso mostró puntuaciones más bajas en L y K, y puntuaciones más altas en las escalas 8 y 9.

Ben-Porath, Marshall, Beniak y Heck (1992) realizaron un estudio sobre las características de pacientes epilépticos, obteniendo puntuaciones más elevadas en las escalas 2 y 8 en el caso de los varones, y en las escalas 1, 2, 3 y 8 en el caso de las mujeres. También se encontraron diferencias generales comparando esta muestra con el grupo normativo y con pacientes psiquiátricos.

En México, Lucio y Reyes (1992) realizaron la primera investigación con el MMPI-2, en 1920 estudiantes universitarios de la UNAM (813 hombres y 1107 mujeres, con media de edad de 20.8 años). Se encontró que las normas para este grupo eran diferentes a las de la población normativa y estudiantes norteamericanos. Algunas de las diferencias encontradas con el MMPI original se mantuvieron, como los puntajes altos en las escalas L y 2 para los mexicanos; en la escala 8, los mexicanos puntuaron más alto en relación con la muestra normativa norteamericana, pero no lo hicieron en comparación con los estudiantes norteamericanos.

Taboada (1993) efectuó la primera investigación en población nicaragüense no clínica, obteniendo la normalización del MMPI-2 en estudiantes universitarios.

Butcher (1993) reporta grupos adicionales que se estudiaron en el proceso de normalización del MMPI-2; además de otros sujetos normales como militares y ancianos, se obtuvieron muestras clínicas de diferente naturaleza (abuso de drogas o abuso de niños, entre otras), entre las cuales se incluyeron 232 hombres y 191 mujeres pacientes psiquiátricos.

Arbisi (1993) plantea el problema de la elevación de F, que en pacientes internos generalmente puede presentarse por encima de 100, muy raras veces por debajo de 65. Hay tres cosas que deben tomarse en cuenta, primero, la escala F tiende a ser mayor en el MMPI-2 frente al MMPI debido tal vez a que 8 de los reactivos (12 para hombres) no se encuentran más que en el 10% de la muestra normativa. En segundo lugar, los pacientes psiquiátricos, por definición, experimentan eventos poco frecuentes para la población general. Finalmente, la F está significativamente relacionada con las escalas 6 y 8, indicadoras de psicopatología seria, y más frecuentes en un ambiente psiquiátrico.

El ambiente en el que se tome la prueba es entonces crucial para la interpretación de las F elevadas. Arbisi menciona a Graham, Watts y Timbrook (1991) que recomiendan usar un puntaje bruto de corte de 27 para hombres y de 29 para mujeres en un ambiente psiquiátrico. Deben también usarse el TRIN, VRIN, y Fb, y aceptar el hecho de que el paciente está pasando por una fuerte alteración.

El mismo autor reporta ejemplos de elevaciones principales en las escalas en los pacientes. Una elevación 2, 7, 8 muestra un perfil de gran tensión y ansiedad, en especial si las tres están elevadas; si 2 y 8 están más elevadas que 7, se consideraría más bien una depresión mayor con rasgos psicóticos. Una elevación 6-8/8-6 mostraría paranoia y desórdenes en el pensamiento; el incremento de 8 señala más un desorden delirante o agresividad proyectada, en especial si hay elevaciones secundarias en 7 y 2. Una elevación en 8,9/9,8 señala alteraciones emocionales,

cognitivas y motoras; si 9 está más elevada que 8, se aumenta la probabilidad de un episodio maniaco agudo; si ambas están igualmente elevadas, se puede considerar un factor orgánico como un desorden agudo o un abuso de sustancias. Un alza 2,1,3, señala más bien una depresión en un sujeto que tiende a reprimir o negar emociones desagradables, generalmente presente en ancianos. La elevación 2,4,7, señala una situación aguda de tensión, en un sujeto impulsivo, que probablemente abusa del alcohol u otras sustancias, y que exterioriza la culpa.

Las anteriores elevaciones primarias reflejan el grado agudo de tensión y alteración, mientras que las elevaciones secundarias reflejan el estilo de afrontar las cosas y las defensas subyacentes. Así, una elevación secundaria en 3-4 muestra una hostilidad expresada indirectamente por medios pasivo-agresivos, un 4-3 muestra impulsos agresivos y hostiles expresados en conducta violenta, y aunque los pacientes pueden estar conscientes de los hechos que condujeron a su internamiento, pueden fallar en reconocer su propio rol en esto. El perfil secundario 4-8 es propio de personas aisladas y excéntricas, que se sienten alienadas y solas, con juicio pobre, y que pueden mostrar conducta de "acting-out" sexual en su historia. Las elevaciones secundarias en 6 reflejan enojo proyectado y hostilidad, se ven a sí mismos como víctimas, y aunque no son abiertamente paranoides, pueden ser hostiles si se toca material que sienten como delicado o amenazante para ellos, aunque sea aparentemente inocuo.

El estudio de Arbisi es especialmente valioso pues coloca la administración del MMPI-2 en pacientes psiquiátricos dentro de un contexto en el cual se brinda retroalimentación al paciente y se recurre a las entrevistas y a la exploración clínica para obtener una mayor integración de resultados. Además, se aconseja recurrir a otros elementos de la prueba, como las escalas de contenido y los reactivos críticos para generar hipótesis diagnósticas, interpersonales y dinámicas.

El mismo autor (1993b), en relación con la validez del perfil, señala los criterios de exclusión que se utilizaron en una muestra de 747 pacientes: "No lo sé decir" mayor a 15, VRIN igual o mayor a 80, y TRIN igual o mayor a 100. Con estos criterios de exclusión, la muestra quedó en 706 sujetos. En su estudio, en el grupo de hombres se reportó un puntaje T de la escala F igual o mayor a 90 en 29.3% sujetos, T mayor o igual a 100 en 19.5 %, T igual o mayor a 110 en 13.2 %, y T igual a 120 con 7.2% de sujetos.

En el mismo estudio, es importante señalar que se efectuó una correlación entre la escala F y las escalas clínicas. En las escalas 6 (Pa) y 8 (Es) se obtuvieron las mayores correlaciones, con 0.51 y 0.56, respectivamente. Esto señala que los puntajes más altos en 6 y 8 se relacionan con puntajes más altos en F.

Esto se corrobora con las escalas de contenido, pues la mayor correlación de F con estas escalas se encontró en BIZ (pensamiento bizarro, psicótico), con 0.77.

Harkness, McNulty y Ben Porath diseñaron un modelo de cinco factores psicopatológicos de personalidad (Psy-5), desarrollando escalas del MMPI-2 para este modelo. Una de las dimensiones fue la de Psicoticismo vs. Buenos Modelos de la Realidad. Se obtuvo buena consistencia interna de estas las escalas Psy-5 basadas en el MMPI-2 en cuatro muestras, dos de las cuales eran de pacientes psiquiátricos, una de estudiantes y una de una dependencia química.

Graham (1993) señala criterios sobre la validez de las escalas. Con relación a la escala F, una T entre 65 y 80 muestra un cuadro neurótico serio o una psicosis, una T entre 80 y 100 (de considerarse válida) indica psicopatología seria, y T mayor de 100 (en el caso de pacientes psiquiátricos) señala desorientación, confusión, y clara conducta psicótica.

Butcher (1992) señala que una puntuación en F mayor a T 100 sólo debe interpretarse con precaución en el caso de admisiones psiquiátricas o encarcelamientos .

Tinius y Ben Porath (1993) realizaron un estudio comparativo entre norteamericanos caucásicos y de origen indígena en relación con el tratamiento de abuso de sustancias. Aquí se incluyó una comparación de reactivos que diferenciaban entre casos psiquiátricos y consumidores de sustancias. Se encontraron diferencias en varios reactivos tanto entre caucásicos y nativos como entre casos psiquiátricos y consumidores.

Los estudios anteriores señalan el interés en la investigación sobre la capacidad del MMPI-2 para la evaluación y discriminación de grupos clínicos. Es importante señalar que la investigación enfatiza más la consideración del entorno del paciente y el empleo del MMPI-2 en un sentido amplio, es decir, con la utilización no solamente de las escalas clínicas, sino también de las escalas de contenido y las suplementarias, a fin de lograr una mayor precisión diagnóstica y evaluativa. El MMPI ratifica así su doble naturaleza de instrumento clínico y de instrumento de investigación, aspecto este último que constituye su verdadera fuerza.

La revisión de la literatura llama también la atención sobre la necesidad de considerar los resultados de acuerdo con el ambiente clínico en el que se los ha recogido, lo que conlleva problemas específicos, por ejemplo, los relativos a las particulares elevaciones de la escala F.

II. METODO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El MMPI-2 se desarrolló ante la necesidad de obtener una mejoría en la capacidad descriptiva y evaluativa de la personalidad normal y anormal de la que tenía el MMPI original. A fin de obtener criterios de evaluación sólidamente fundamentados en la investigación clínica y los procedimientos estadísticos de rigor, y a fin de analizar la sensibilidad discriminativa del instrumento, se hace necesario establecer comparaciones de las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas, de validez y de contenido del MMPI-2, tanto por grupos normales como por grupos clínicos.

2.2 HIPOTESIS

2.2.1 Hipótesis conceptual

El MMPI-2, como instrumento clínico de evaluación de la personalidad, posee la sensibilidad psicométrica que le permite discriminar rasgos específicos de personalidad entre un grupo de estudiantes universitarios y un grupo de pacientes psiquiátricos.

2.2.2 Hipótesis de trabajo

Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de estudiantes universitarios en las escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2.

2.2.3 Hipótesis nula

No existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de estudiantes universitarios en las escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2.

2.2.4 Hipótesis estadísticas

- Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de estudiantes universitarios en las escalas clínicas del MMPI-2.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de estudiantes universitarios en las escalas de validez del MMPI-2.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de estudiantes universitarios en las escalas de contenido del MMPI-2.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por el grupo de pacientes psiquiátricos en las escalas clínicas, de validez y de contenido del MMPI-2, de acuerdo con el sexo.

2.3 TIPO DE INVESTIGACION

Es una investigación de campo, pues busca de manera sistemática relaciones y pruebas de hipótesis de carácter no experimental, y se lleva a cabo en situaciones de la vida real donde se encuentran los sujetos. Es transversal pues evalúa la conducta en un momento determinado. Es una investigación ex-post-facto pues es una indagación empírica y sistemática en la cual no hay control directo sobre la variable independiente, dado que no es manipulable; las inferencias de relaciones entre variables se hacen en este caso sin intervención directa del investigador (Kerlinger, 1988).

2.4 DISEÑO

Se utilizó un diseño de dos muestras independientes (Pick y López, 1990), con un grupo clínico de pacientes psiquiátricos y un grupo de universitarios.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Variable independiente

2.5.1.1 Definición conceptual: Se considera al internamiento psiquiátrico como un periodo de tratamiento dentro de un ambiente hospitalario restrictivo, con el fin de lograr un contacto terapéutico (Kolb, 1985). Este tratamiento hospitalario se aplica cuando la conducta está tan desorganizada y alejada de la realidad externa que pone en peligro la vida del paciente o constituye una amenaza para la comunidad (Page, 1982).

2.5.1.2 Definición operacional: De acuerdo con los criterios metodológicos, se usará el criterio de control selectivo de la variable independiente, dado que en este caso los niveles de esta variable se producen naturalmente, seleccionándose a las personas que ya de por sí corresponden a esos niveles (Kendall y Norton-Ford, 1988). La variable independiente va a estar definida entonces como el internamiento en un hospital psiquiátrico, en calidad de paciente, con el primer nivel de esta variable correspondiente a los pacientes psiquiátricos, y el segundo nivel correspondiente a los estudiantes universitarios, sin internamiento psiquiátrico.

2.5.2 Variable dependiente

2.5.2.1 Definición conceptual: Los rasgos de personalidad representan tendencias de respuesta generales, y expresan características de conducta relativamente permanentes. El concepto de rasgo implica entonces cierta configuración y regularidad de la conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones (Pervin, 1988).

2.5.2.2 Definición operacional: Se define como variable dependiente las respuestas dadas por los sujetos ante los reactivos del MMPI-2, en términos de diferencias en rasgos de personalidad obtenidas por las puntuaciones en las escalas clínicas, de validez y de contenido.

2.6 SUJETOS

2.6.1 Pacientes Psiquiátricos.

La muestra de pacientes psiquiátricos estuvo formada por 200 personas diagnosticadas con trastornos psicóticos, de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (1988). Estos pacientes estaban internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Alvarez, la Unidad Médico-Psiquiátrica del Reclusorio Preventivo Sur, El Hospital Psiquiátrico de San Fernando del IMSS, y la Casa de Protección Social para pacientes psiquiátricos No. 4 de Cuernavaca. El rango de edades fluctuó entre 17 y 50 años, con media de 40 años.

2.6.2 Muestreo

En el caso de pacientes psiquiátricos, el muestreo fue de naturaleza no probabilística, intencional, caracterizado por el uso de juicios y el esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos típicos de la muestra" (Kerlinger, 1988).

2.6.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de pacientes psiquiátricos fueron los siguientes: 1) que el sujeto se encontrara internado en el momento de administración de la prueba, 2) que hubiera recibido una evaluación diagnóstica hecha por el equipo psiquiátrico-psicológico de la institución respectiva, 3) que supiera leer y escribir, 4) que en el momento de administración del inventario se encontrara controlado, sin confusión, delirios, agitación o depresión grave.

Los criterios de invalidez de la prueba contestada consistieron en 15 o más reactivos sin contestar, en un TRIN con menos de 9 y más de 13 reactivos (Butcher, 1992), y un VRIN de 15 o más reactivos.

Con estos criterios, de un total de 217 pacientes, se excluyeron 17 sujetos, quedando 200 pacientes en la muestra final.

2.6.3.1 Sujetos universitarios

El grupo de sujetos universitarios con el que se realizó la comparación de resultados se compuso obtuvo de la muestra que sirvió para la normalización del MMPI-2 en población universitaria (Lucio y Reyes, 1992), consistente en 813 hombres y 1107 mujeres, con edades entre 17 y 36 años, con media de 20 años, correspondientes al 10% de la población universitaria de nivel licenciatura de la UNAM.

2.6.3.1.1 Muestreo

Las Facultades, carreras y grupos de donde se tomó la muestra se determinaron en forma aleatoria, administrándose la prueba en las carreras de Artes Plásticas, Ciencias y Contaduría y Administración.

2.6.3.1.2 Criterios de exclusión

En este grupo, los criterios de exclusión fueron más de 15 respuestas en "no lo puedo decir", un puntaje neto mayor de 20 en F, y un puntaje natural mayor de 20 en back-F.

2.7 INSTRUMENTO

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2, en la versión en español traducida para México (Lucio y Reyes, 1992). El inventario consta de un cuadernillo con 557 reactivos y una hoja de respuestas individual. La calificación global del instrumento se realizó por medio de un sistema de lectura óptica.

En relación con la validez del instrumento, la investigación que apoya la validez del MMPI original sirve también de referencia al MMPI-2, debido a la continuidad entre las dos versiones (Graham, 1990). Sin embargo, es importante establecer la validez de un instrumento revisado comparando los puntajes obtenidos con criterios externos relevantes.

Graham (en Graham, 1990) reporta datos preliminares acerca de estas correlaciones externas del MMPI-2. Se utilizaron datos de 822 parejas normales que participaron en la reestandarización, correlacionando los puntajes de las escalas clínicas con

mediciones conductuales. Se encontró que los patrones de correlación mostraron validez tanto convergente como discriminante para las escalas clínicas del MMPI-2 (la convergencia se refiere a la evidencia proveniente de diferentes fuentes, reunida en diferentes formas, que muestran un mismo significado o un significado similar acerca de un constructo, y la discriminación se refiere a que se puede diferenciar en forma empírica un constructo de otros que pueden ser similares, siendo posible distinguir lo que no está relacionado con el constructo (Kerlinger, 1988)).

Graham (en Graham, 1990) también reporta este tipo de correlación con pacientes psiquiátricos. Los puntajes de las escalas clínicas se relacionaron con evaluaciones de síntomas realizadas por psiquiatras y psicólogos que habían observado y entrevistado a los pacientes. Al igual que con los sujetos normales, se encontraron correlaciones confiables entre los puntajes de la prueba y los datos externos, de manera similar a lo reportado en el MMPI original.

Aunque la investigación con el MMPI-2 se encuentra aún en su época temprana, los datos obtenidos apoyan la validez del instrumento. No obstante, se precisa mucha mayor investigación adicional para clarificar más su validez en diferentes tipos de población y en diferentes tipos de propósitos clínicos.

2.8 PROCEDIMIENTO

2.8.1 Escenario

En el caso de los estudiantes universitarios, el MMPI-2 fue aplicado en las aulas donde se desempeñaban las actividades académicas, efectuándose una aplicación por grupos..

En el grupo de pacientes psiquiátricos, la aplicación se efectuó en los consultorios de Psicología ubicados en los pabellones de hospitalización de las diferentes instituciones psiquiátricas. La aplicación en la mayoría de los casos fue individual o en parejas, debido tanto a la disponibilidad de los pacientes y consultorios en un momento determinado, como a la necesidad de mantener un control adecuado a fin de evitar respuestas al azar o interpretaciones erróneas de los reactivos.

En el 70% (140) de sujetos psiquiátricos, el aplicador debió leer los reactivos de la prueba, debido a la necesidad de mantener la concentración y cooperación de los pacientes que se

fatigaban pronto con la lectura, especialmente con sujetos con alguna sintomatología orgánica asociada. Butcher et al. (1989) señalaron la posibilidad de la administración de los reactivos del MMPI-2 por medio de una grabadora, procedimiento similar (aunque tecnológicamente más desarrollado) al que se empleó con este grupo de pacientes.

2.8.2 Instrucciones

Las instrucciones o consigna de aplicación fueron las siguientes, para ambos grupos:

"En este cuadernillo le presentamos una serie de frases o proposiciones numeradas. Lea cada una de ellas y decida si es cierta o falsa, en referencia a usted. No escriba en este cuadernillo. Anote sus respuestas en la hoja correspondiente.

Si una frase, aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos CIERTA, rellene el círculo marcado con la letra C (cierto), tal como se muestra en el ejemplo A, que está en la parte inferior de esta hoja. Si una frase, aplicada a su situación personal es en la mayoría de los casos FALSA, rellene el círculo marcado con la F (falso), como está en el ejemplo B".

En el caso de los pacientes psiquiátricos, se tuvo especial cuidado al señalar que la prueba era una evaluación de su personalidad que no tenía nada que ver con su posible salida del hospital. Se hizo esto a fin de evitar, en algunos casos, alguna manipulación que pretendiera dar una imagen más favorable.

2.9 ANALISIS DE LOS DATOS

En el nivel de estadística descriptiva, se obtuvieron las frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión de los puntajes obtenidos en las escalas de validez, clínicas y de contenido.

En el nivel de estadística inferencial, se aplicó la prueba t de student a fin de evaluar la hipótesis de trabajo y la significatividad estadística de las diferencias encontradas en las puntuaciones obtenidas por ambos grupos. También se aplicó la prueba t para establecer la significatividad de las diferencias entre pacientes hombres y mujeres.

En los datos del grupo psiquiátrico, se aplicaron pruebas de correlación (r de Pearson) inter-escalar e intra-escalar con las escalas de validez, clínicas y de contenido.

Finalmente, con objeto de obtener información adicional realizó un análisis factorial (rotación varimax) de las puntuaciones por escala obtenidas por los pacientes en las escalas de validez, clínicas y de contenido.

Para el procesamiento estadístico de los datos, se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, SPSS, versión 4.0.1.

III. RESULTADOS

Se aplicó el procedimiento que permite efectuar comparaciones entre muestras de distinto tamaño, a fin de dar el peso apropiado a la influencia relativa de cada muestra, obteniéndose el error estándar de la diferencia (Lewin, 1979).

Aplicada la prueba t, se obtuvieron estos resultados.

TABLA 1. PRUEBA t - HOMERES, ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

| | GRUPO 1 (PSIQUIATRICO) n=113 | | GRUPO 2 (ESTUDIANTES) n=813 | | t sign. |
|---|---------------------------------|-------|--------------------------------|------|---------|
| | X | D.S. | X | D.S. | |
| L | 6.47 | 3.18 | 5.2 | 2.6 | 4.72 * |
| F | 17.99 | 9.55 | 5.7 | 3.4 | 26.54 * |
| K | 12.69 | 6.07 | 16.0 | 4.4 | -7.11 * |
| 1 | 10.38 | 4.83 | 6.1 | 3.8 | 10.32 * |
| 2 | 23.40 | 4.81 | 20.1 | 4.7 | 6.97 * |
| 3 | 21.23 | 6.72 | 21.1 | 4.9 | 0.25 |
| 4 | 21.71 | 4.73 | 17.4 | 4.3 | 9.86 * |
| 5 | 25.12 | 4.16 | 24.1 | 4.1 | 2.47 |
| 6 | 15.37 | 5.14 | 9.2 | 3.0 | 18.42 * |
| 7 | 21.29 | 9.40 | 11.9 | 5.0 | 16.35 * |
| 8 | 30.22 | 13.75 | 13.2 | 5.9 | 23.15 * |
| 9 | 22.43 | 5.73 | 18.8 | 4.0 | 8.51 * |
| 0 | 31.23 | 6.93 | 25.6 | 7.6 | 7.46 * |

* sign. = 0.01

Se observa en la tabla 1 que, con excepción de la escalas 3 (Histeria) y 5 (Masculinidad-feminidad), todas las escalas mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.01$).

TABLA 2. PRUEBA t - MUJERES, ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

| | GRUPO 1 (PSIQUIATRICO) n=87 | | GRUPO 2 (ESTUDIANTES) n=1107 | | t | sign. |
|---|--------------------------------|-------|---------------------------------|------|-------|-------|
| | X | D.S. | X | D.S. | | |
| L | 5.26 | 3.01 | 5.1 | 2.2 | 0.63 | |
| F | 17.94 | 8.55 | 4.9 | 3.1 | 31.04 | * |
| K | 10.49 | 4.84 | 15.5 | 4.3 | 10.36 | * |
| 1 | 12.22 | 5.91 | 7.2 | 4.1 | 10.59 | * |
| 2 | 24.28 | 6.15 | 22.4 | 4.9 | 3.38 | * |
| 3 | 22.54 | 5.97 | 21.9 | 4.9 | 1.15 | |
| 4 | 23.34 | 4.83 | 16.5 | 4.2 | 14.46 | * |
| 5 | 29.70 | 3.57 | 30.3 | 3.7 | -1.46 | |
| 6 | 17.11 | 5.18 | 9.6 | 3.1 | 20.46 | * |
| 7 | 23.75 | 9.46 | 13.1 | 5.0 | 17.55 | * |
| 8 | 33.01 | 13.36 | 13.1 | 5.9 | 26.57 | * |
| 9 | 24.52 | 5.34 | 18.1 | 3.7 | 15 | * |
| 0 | 31.82 | 7.61 | 27.4 | 8.1 | 4.92 | * |

* sign. = 0.01

Se observa en esta tabla que con excepción de la escala de validez L, y las clínicas 3 (Histeria) y 5 (Masculinidad-Feminidad), las escalas de validez y clínicas presentan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.01$).

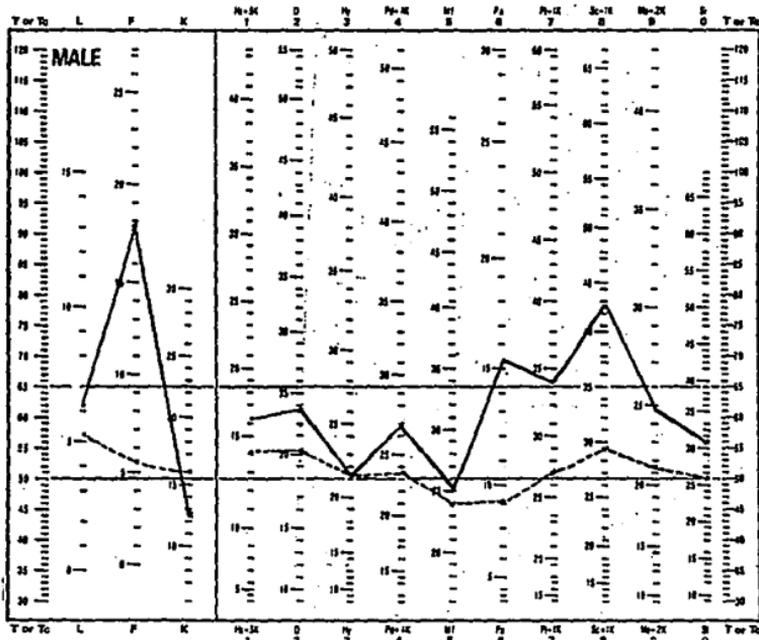


Figura 1.- Perfiles de escalas clínicas y de validez de pacientes psiquiátricos y de estudiantes (Hombres). La línea continua corresponde a los pacientes, la línea punteada a los estudiantes del grupo de comparación.

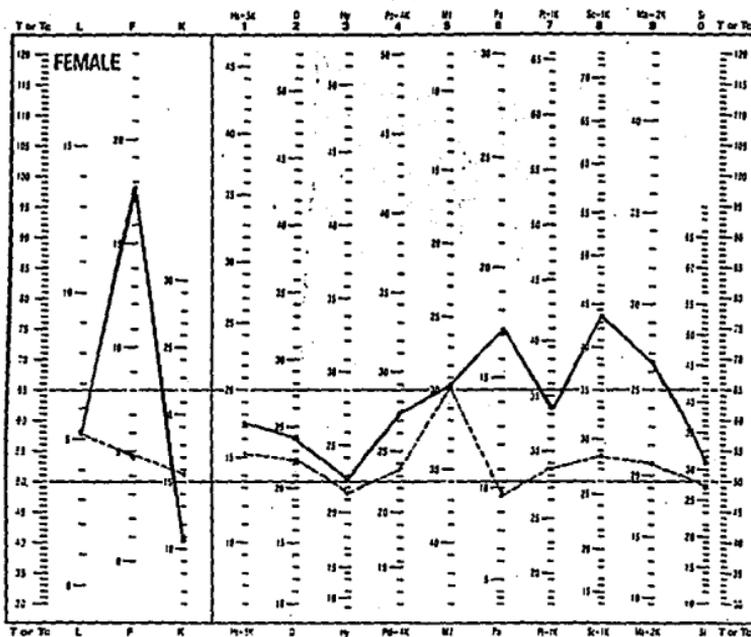
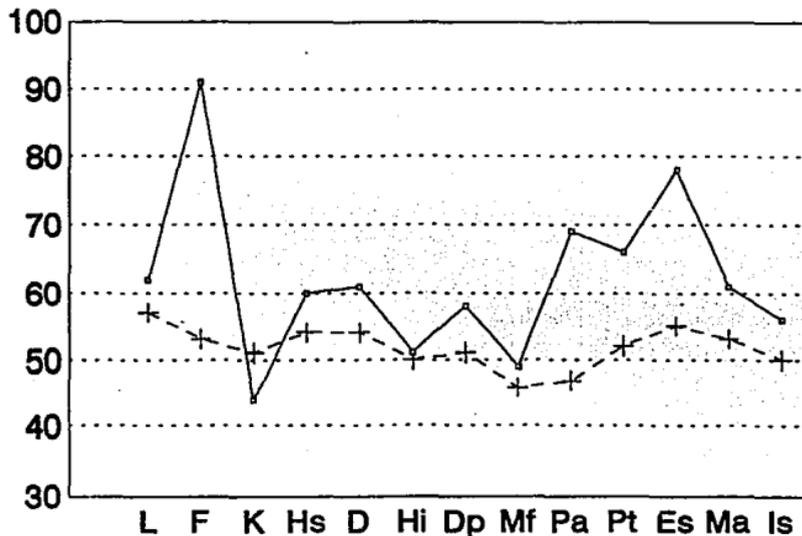


Figura 2.- Perfil de escalas clínicas y de validez de pacientes psiquiátricas y estudiantes (Mujeres). La línea continua corresponde a las pacientes, la línea punteada a las estudiantes del grupo de comparación.

PERFILES MASCULINOS DEL MMPI-2

PACIENTES PSIQUIATRICOS Y ESTUDIANTES.

PUNTAJES T



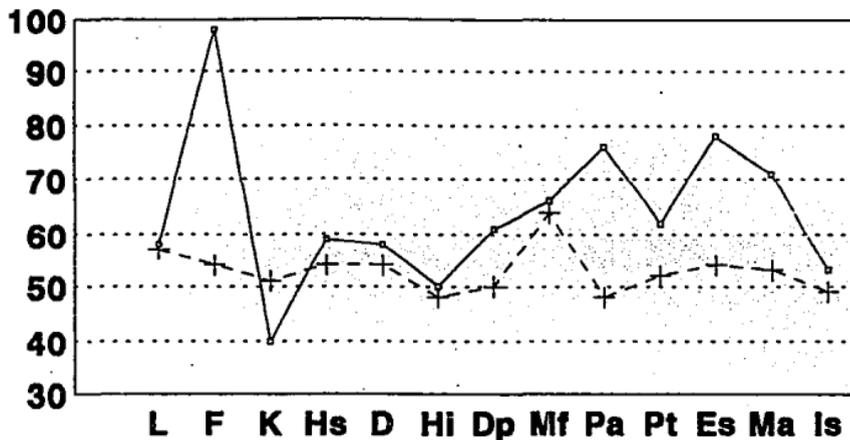
| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PACIENTES | —○— | 62 | 91 | 44 | 60 | 61 | 51 | 58 | 49 | 69 | 66 | 78 | 61 | 56 |
| ESTUDIANTES | -+- | 57 | 53 | 51 | 54 | 54 | 50 | 51 | 46 | 47 | 52 | 55 | 53 | 50 |

FIGURA 3

PERFILES FEMENINOS DEL MMPI-2

PACIENTES PSIQUIATRICAS Y ESTUDIANTES

PUNTAJES T



| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PACIENTES | 58 | 98 | 40 | 59 | 58 | 50 | 61 | 66 | 76 | 62 | 78 | 71 | 53 |
| ESTUDIANTES | 57 | 54 | 51 | 54 | 54 | 48 | 50 | 64 | 48 | 52 | 54 | 53 | 49 |

○ PACIENTES + ESTUDIANTES

FIGURA 4

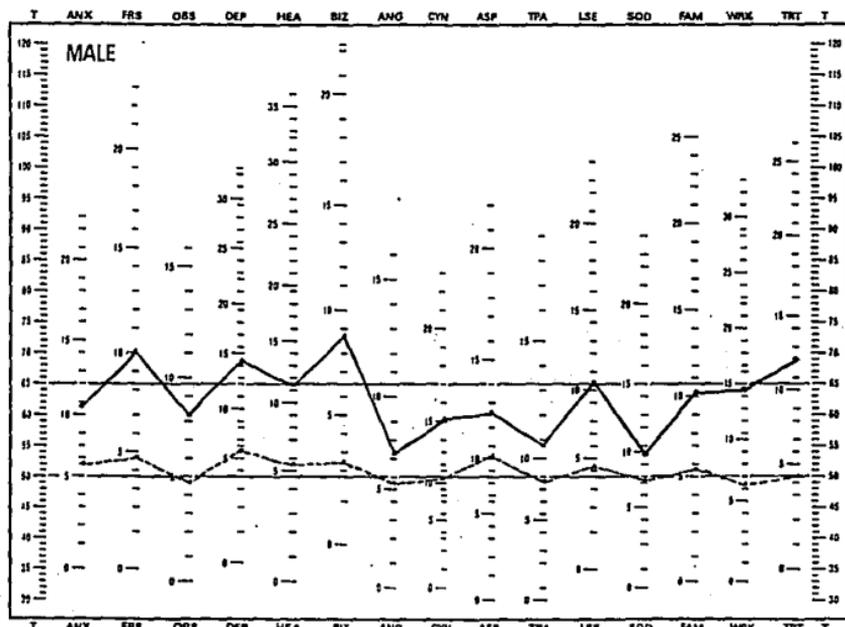


Figura 5.- Perfil de escalas de contenido (hombres). La línea continua corresponde a los pacientes psiquiátricos; la punteada a los estudiantes del grupo de comparación.

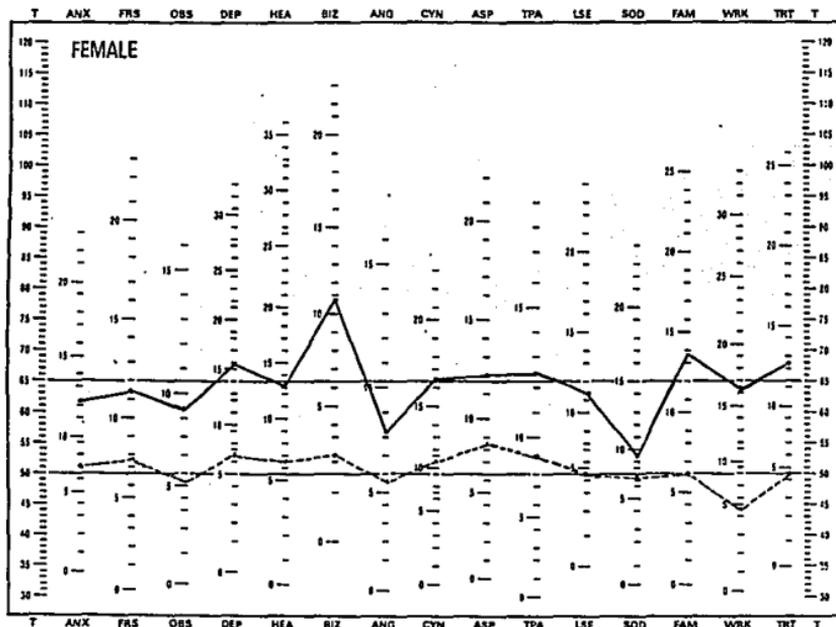


Figura 6.- Perfil de escalas de contenido (mujeres). La línea continua corresponde a las pacientes psiquiátricas, la punteada a las estudiantes del grupo de comparación.

TABLA 3. PRUEBA t PARA ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ ENTRE HOMBRES Y MUJERES DEL GRUPO PSIQUIATRICO

| | MUJERES n=87 | | HOMBRES n=113 | | t | sign. |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| | X | D.S. | X | D.S. | | |
| L | 5.26 | 3.01 | 6.47 | 3.18 | 2.73 | * |
| F | 17.94 | 8.55 | 17.99 | 9.55 | 0.04 | |
| K | 10.49 | 4.84 | 12.69 | 6.07 | 2.77 | * |
| 1 | 12.22 | 5.91 | 10.38 | 4.83 | -2.42 | |
| 2 | 24.28 | 6.15 | 23.40 | 4.81 | -1.14 | |
| 3 | 22.54 | 5.97 | 21.23 | 6.72 | -1.43 | |
| 4 | 23.34 | 4.83 | 21.71 | 4.73 | -2.39 | |
| 5 | 29.70 | 3.57 | 25.12 | 4.16 | -8.20 | * |
| 6 | 17.11 | 5.18 | 15.37 | 5.14 | -2.37 | |
| 7 | 23.75 | 9.46 | 21.29 | 9.40 | -1.83 | |
| 8 | 33.01 | 13.36 | 30.22 | 13.75 | -1.44 | |
| 9 | 24.52 | 5.34 | 22.43 | 5.73 | -2.63 | * |
| 0 | 31.02 | 7.61 | 31.23 | 6.93 | -0.57 | |

* sign.= 0.01

Como se observa en la tabla 3, entre hombres y mujeres del grupo psiquiátrico, se encontraron diferencias significativas en las escalas de validez L y K, y en las escalas 5 y 9 (Masculinidad-feminidad y Mania).

TABLA 4 . PRUEBA t DE ESCALAS DE CONTENIDO - HOMBRRES

| | GRUPO 1 (PSIQUIATRICO) n=113 | | GRUPO 2 (ESTUDIANTES) n=813 | | t | sign. |
|-----|---------------------------------|------|--------------------------------|------|-------|-------|
| | X | D.S. | X | D.S. | | |
| ANX | 10.68 | 4.76 | 6.35 | 4.29 | 9.91 | * |
| FEA | 10.08 | 4.39 | 4.92 | 3.38 | 14.61 | * |
| OBS | 8.31 | 4.23 | 4.83 | 3.04 | 10.80 | * |
| DEP | 14.20 | 6.54 | 5.85 | 4.25 | 18.12 | * |
| HEA | 11.37 | 5.31 | 5.97 | 3.82 | 13.34 | * |
| BIZ | 8.83 | 5.50 | 2.67 | 2.37 | 20.89 | * |
| ANG | 7.14 | 3.82 | 5.56 | 3.14 | 4.87 | * |
| CIN | 15.17 | 5.35 | 11.32 | 4.88 | 7.76 | * |
| ASP | 12.76 | 4.30 | 10.23 | 3.77 | 6.56 | * |
| TPA | 10.85 | 4.52 | 8.84 | 3.67 | 5.29 | * |
| LSE | 10.39 | 5.66 | 4.35 | 3.36 | 16.18 | * |
| SOD | 9.90 | 3.91 | 7.40 | 4.32 | 5.83 | * |
| FAM | 10.15 | 4.86 | 5.63 | 3.95 | 11.06 | * |
| WRK | 14.50 | 7.19 | 6.68 | 4.70 | 15.36 | * |
| TRT | 12.08 | 5.57 | 4.31 | 3.24 | 21.46 | * |

* sign.= 0.01

La tabla 4 muestra que en todas las escalas de contenido existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes psiquiátricos y los estudiantes varones ($p=0.01$).

TABLA 5. PRUEBA t DE ESCALAS DE CONTENIDO-MUJERES

| | GRUPO 1 (PSIQUIATRICO) n=87 | | GRUPO 2 (ESTUDIANTES) n=1107 | | t | sign |
|-----|--------------------------------|------|---------------------------------|------|-------|------|
| | X | D.S. | X | D.S. | | |
| ANX | 12.24 | 4.67 | 7.15 | 4.23 | 10.72 | * |
| FEA | 11.41 | 4.72 | 7.58 | 4.01 | 8.46 | * |
| OBS | 9.42 | 3.64 | 5.27 | 2.94 | 12.44 | * |
| DEP | 15.69 | 7.39 | 6.84 | 4.55 | 16.47 | * |
| HEA | 13.10 | 6.06 | 6.66 | 3.99 | 13.85 | * |
| BIZ | 10.79 | 6.08 | 2.42 | 2.32 | 27.12 | * |
| ANG | 8.35 | 3.66 | 5.59 | 2.96 | 8.22 | * |
| CIN | 16.69 | 4.51 | 10.79 | 4.47 | 11.85 | * |
| ASP | 12.19 | 3.88 | 8.68 | 3.10 | 9.97 | * |
| TPA | 12.50 | 4.03 | 9.10 | 3.26 | 9.19 | * |
| LSE | 11.62 | 5.80 | 4.81 | 3.71 | 15.68 | * |
| SOD | 9.35 | 3.87 | 7.53 | 4.16 | 3.95 | * |
| FAM | 13.42 | 4.72 | 6.14 | 4.08 | 15.83 | * |
| WRK | 16.34 | 6.88 | 7.83 | 4.98 | 14.86 | * |
| TRT | 12.51 | 5.64 | 4.65 | 3.48 | 19.18 | * |

* sign.= 0.01

Como se observa en esta tabla, en el caso de las mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas de contenido ($p=0.01$).

TABLA 6. PRUEBA t DE ESCALAS DE CONTENIDO ENTRE
HOMBRES Y MUJERES DEL GRUPO PSIQUIATRICO

| | MUJERES n=87 | | HOMBRES n=113 | | t | sign. |
|-----|-----------------|------|------------------|------|-------|-------|
| | X | D.S. | X | D.S. | | |
| ANX | 12.24 | 4.67 | 10.68 | 4.76 | -2.32 | |
| FEA | 11.41 | 4.72 | 10.08 | 4.39 | -2.06 | |
| OBS | 9.42 | 3.64 | 8.31 | 4.23 | -1.95 | |
| DEP | 15.69 | 7.39 | 14.20 | 6.54 | -1.51 | |
| HRA | 13.10 | 6.06 | 11.37 | 5.31 | -2.15 | |
| BIZ | 10.79 | 6.08 | 8.83 | 5.50 | -2.25 | |
| ANG | 8.35 | 3.66 | 7.14 | 3.82 | -2.26 | |
| CIN | 16.69 | 4.51 | 15.17 | 5.35 | -2.13 | |
| ASP | 12.19 | 3.88 | 12.76 | 4.30 | 0.97 | |
| TPA | 12.50 | 4.03 | 10.85 | 4.52 | -2.68 | * |
| LSE | 11.62 | 5.80 | 10.39 | 5.66 | -1.51 | |
| SOD | 9.35 | 3.87 | 9.90 | 3.91 | 0.99 | |
| FAM | 13.42 | 4.72 | 10.15 | 4.86 | -4.78 | * |
| WRK | 18.34 | 6.88 | 14.50 | 7.19 | -1.83 | |
| TRT | 12.51 | 5.64 | 12.08 | 5.57 | -0.54 | |

* sign.= 0.01

En esta tabla se observa que existen diferencias estadísticamente significativas solamente en las escalas TPA (Personalidad de tipo A) y FAM (Problemas familiares).

Se aplicó la correlación de Pearson entre escalas clínicas, de validez y de contenido, y se encontraron los siguientes resultados:

TABLA 7. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE VALIDEZ Y CLINICAS
HOMBRES

| | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| L | 1.00 | -.43 | .63 | -.17 | .05 | .28 | -.41 | .04 | -.42 | -.63 | -.57 | -.53 | .37 |
| F | -.43 | 1.00 | -.58 | .52 | .19 | -.01 | .37 | .11 | .78 | .74 | .87 | .63 | .51 |
| K | .63 | -.58 | 1.00 | -.21 | .13 | .51 | -.19 | .09 | -.53 | -.79 | -.74 | -.68 | -.51 |
| 1 | -.17 | .52 | -.21 | 1.00 | .62 | .56 | .52 | .25 | .54 | .50 | .56 | .30 | .38 |
| 2 | .05 | .19 | .13 | .62 | 1.00 | .65 | .48 | .14 | .26 | .22 | .23 | -.18 | .36 |
| 3 | .28 | -.01 | .51 | .56 | .65 | 1.00 | .33 | .32 | .10 | -.12 | -.07 | -.28 | -.07 |
| 4 | -.41 | .37 | -.19 | .52 | .48 | .33 | 1.00 | .08 | .43 | .46 | .46 | .25 | .33 |
| 5 | .04 | .11 | .09 | .25 | .14 | .32 | .08 | 1.00 | .18 | .06 | .13 | .07 | -.02 |
| 6 | -.42 | .78 | -.53 | .54 | .26 | .10 | .43 | .18 | 1.00 | .66 | .78 | .54 | .52 |
| 7 | -.63 | .74 | -.79 | .50 | .22 | -.12 | .46 | .06 | .66 | 1.00 | .90 | .71 | .58 |
| 8 | -.57 | .87 | -.74 | .56 | .23 | -.07 | .46 | .13 | .78 | .90 | 1.00 | .74 | .59 |
| 9 | -.53 | .63 | -.68 | .30 | -.18 | -.28 | .25 | .07 | .54 | .71 | .74 | 1.00 | .24 |
| 0 | -.37 | .51 | -.51 | .38 | .36 | -.07 | .33 | -.02 | .52 | .58 | .59 | .24 | 1.00 |

En los hombres, se observan las mayores correlaciones entre las escalas clínicas 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), con $r=.78$, y 7 (psicastenia) con 8 (esquizofrenia), con $r=.90$. También se observan altas correlaciones entre la escala de validez F y 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia) con $.78$ y $.87$, respectivamente. 6, 7 y 8 son componentes de la tetrada psicótica.

TABLA 8. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE VALIDEZ Y CLINICAS MUJERES

| | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| L | 1.0 | -.37 | .57 | -.24 | -.21 | .06 | -.45 | -.05 | -.26 | -.56 | -.54 | -.39 | -.24 |
| F | -.37 | 1.00 | -.57 | .45 | .08 | -.03 | .45 | -.25 | .70 | .70 | .88 | .53 | .46 |
| K | .57 | -.57 | 1.00 | -.29 | -.01 | .25 | -.25 | .06 | -.47 | -.63 | -.69 | -.56 | -.35 |
| 1 | -.24 | .45 | -.29 | 1.00 | .49 | .65 | .37 | .03 | .28 | .61 | .58 | .16 | .35 |
| 2 | -.21 | .08 | -.01 | .49 | 1.00 | .60 | .39 | .26 | .04 | .47 | .25 | -.36 | .54 |
| 3 | .06 | -.03 | .25 | .67 | .60 | 1.00 | .23 | .22 | -.01 | .28 | .10 | -.30 | .23 |
| 4 | -.45 | .45 | -.25 | .37 | .39 | .23 | 1.00 | .13 | .47 | .51 | .54 | .25 | .28 |
| 5 | -.05 | -.25 | .06 | .03 | .26 | .22 | .13 | 1.00 | -.06 | -.00 | -.13 | -.16 | .02 |
| 6 | -.26 | .70 | -.47 | .28 | .04 | -.01 | .47 | -.06 | 1.00 | .58 | .70 | .45 | .38 |
| 7 | -.56 | .70 | -.63 | .61 | .47 | .28 | .51 | -.00 | .58 | 1.00 | .88 | .39 | .60 |
| 8 | .54 | .88 | -.69 | .58 | .25 | .10 | .54 | -.13 | .70 | .88 | 1.00 | .57 | .56 |
| 9 | -.39 | .53 | -.56 | .16 | -.36 | -.30 | .25 | -.16 | .45 | .39 | .57 | 1.00 | -.10 |
| 0 | -.24 | .46 | -.35 | .35 | .54 | .23 | .28 | .02 | .38 | .60 | .56 | -.10 | 1.00 |

En las mujeres, también se encontró correlación positiva alta entre la escala de validez F y las escalas 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), con $r=.70$ y $.88$, respectivamente. También se encontraron altas correlaciones entre 6 y 8 ($r=.70$) y entre 7 y 8 ($r=.88$).

TABLA 9. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE VALIDEZ, CLINICAS Y DE CONTENIDO - HOMBRES

| | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|----|------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| AN | -.49 | .58 | -.77 | .01 | .22 | -.13 | -.05 | .05 | .58 | .50 | .58 | .47 | .52 |
| FR | -.34 | .58 | -.51 | .04 | .28 | -.00 | .00 | .11 | .56 | .46 | .52 | .22 | .48 |
| OB | -.62 | .59 | -.81 | -.23 | .02 | -.29 | -.09 | .02 | .53 | .54 | .58 | .59 | .44 |
| DE | -.60 | .76 | -.77 | -.05 | .18 | -.15 | .01 | .05 | .66 | .62 | .73 | .57 | .54 |
| HR | -.13 | .51 | -.23 | .72 | .47 | .46 | .29 | .31 | .54 | .50 | .60 | .33 | .32 |
| BI | -.47 | .79 | -.73 | -.09 | -.00 | -.23 | -.12 | .00 | .74 | .47 | .73 | .65 | .43 |
| AN | -.60 | .66 | -.81 | -.23 | -.01 | -.34 | -.05 | .05 | .58 | .50 | .58 | .47 | .52 |
| CI | -.47 | .36 | -.81 | -.47 | -.24 | -.60 | -.32 | -.21 | .28 | .16 | .25 | .52 | .31 |
| AS | -.53 | .48 | -.74 | -.35 | -.16 | -.49 | -.18 | -.18 | .29 | .24 | .33 | .61 | .24 |
| TP | -.61 | .46 | -.84 | -.43 | -.24 | -.51 | -.30 | -.12 | .36 | .23 | .30 | .46 | .33 |
| LS | -.60 | .66 | -.75 | -.20 | .08 | -.28 | -.05 | .02 | .56 | .53 | .61 | .45 | .56 |
| SO | -.42 | .60 | -.53 | -.05 | .10 | -.25 | -.05 | .04 | .53 | .35 | .52 | .32 | .75 |
| FA | -.56 | .75 | -.67 | -.03 | .07 | -.16 | .07 | .04 | .58 | .47 | .69 | .60 | .46 |
| WR | -.64 | .73 | -.77 | -.08 | .12 | -.20 | -.01 | .01 | .62 | .60 | .71 | .52 | .62 |
| TR | -.55 | .67 | -.75 | -.18 | .11 | -.27 | -.14 | -.07 | .54 | .53 | .62 | .43 | .57 |

La mayor correlación positiva se observa entre la escala de contenido BIZ (pensamiento extraño, psicótico) y la escala de validez F, cuya elevación implica presencia de psicopatología ($r=.79$). Con 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), BIZ correlacionó con .74 y .73.

TABLA 10. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE VALIDEZ, CLINICAS Y DE CONTENIDO - MUJERES

| | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|----|------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|------|-----|
| AN | -.49 | .66 | -.65 | .30 | .45 | .25 | .24 | .07 | .51 | .65 | .69 | .28 | .46 |
| FR | -.30 | .50 | -.39 | .28 | .34 | .25 | .10 | -.09 | .39 | .51 | .58 | .07 | .57 |
| OB | -.54 | .64 | -.76 | .09 | .22 | -.00 | .11 | -.09 | .50 | .57 | .64 | .40 | .49 |
| DE | -.54 | .67 | -.65 | .24 | .50 | .20 | .30 | .05 | .53 | .65 | .68 | .19 | .61 |
| HE | -.25 | .49 | -.36 | .81 | .39 | .58 | .18 | .04 | .39 | .55 | .61 | .20 | .37 |
| BI | -.34 | .81 | -.61 | .16 | -.07 | -.11 | .10 | -.22 | .75 | .46 | .75 | .59 | .33 |
| AN | -.58 | .54 | -.71 | .11 | .03 | -.07 | .24 | .07 | .51 | .65 | .69 | .28 | .46 |
| CI | -.42 | .46 | -.73 | -.15 | -.17 | -.33 | -.04 | -.22 | .32 | .09 | .38 | .50 | .12 |
| AS | -.52 | .57 | -.64 | -.08 | -.18 | -.33 | -.01 | -.17 | .23 | .15 | .43 | .58 | .06 |
| TP | -.54 | .57 | -.72 | -.04 | -.14 | -.25 | .00 | -.04 | .50 | .26 | .48 | .51 | .09 |
| LS | -.45 | .63 | -.62 | .24 | .40 | .17 | .14 | -.08 | .42 | .62 | .66 | .17 | .66 |
| SO | -.23 | .50 | -.27 | .03 | .28 | -.04 | .07 | -.11 | .43 | .35 | .51 | -.06 | .78 |
| FA | -.53 | .63 | -.65 | .00 | .02 | -.17 | .32 | -.04 | .51 | .27 | .59 | .53 | .21 |
| WR | -.50 | .73 | -.68 | .25 | .41 | .15 | .16 | -.01 | .52 | .63 | .70 | .22 | .61 |
| TR | -.45 | .76 | -.67 | .15 | .30 | .04 | .12 | -.18 | .53 | .57 | .70 | .21 | .66 |

BIZ (pensamiento extraño, psicótico) muestra correlaciones positivas de .75 y .75 con 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia). La escala de validez F y TRT (indicadores negativos de tratamiento) también muestran una alta correlación positiva ($r=.76$).

TABLA 11. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE CONTENIDO - HOMBRES

| | AN | FE | OB | DE | HE | BI | AG | CI | AS | TA | LS | SO | FA | WR | TR |
|----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|
| AN | 1.0 | .57 | .79 | .72 | .50 | .67 | .68 | .58 | .51 | .62 | .66 | .50 | .59 | .79 | .72 |
| FE | .57 | 1.00 | .56 | .59 | .33 | .53 | .52 | .30 | .33 | .46 | .59 | .41 | .45 | .60 | .62 |
| OB | .79 | .56 | 1.00 | .82 | .25 | .72 | .77 | .71 | .65 | .76 | .80 | .46 | .65 | .87 | .81 |
| DE | .72 | .59 | .82 | 1.00 | .37 | .75 | .75 | .63 | .63 | .68 | .84 | .54 | .73 | .86 | .84 |
| HE | .50 | .33 | .25 | .37 | 1.00 | .35 | .22 | .03 | .07 | .09 | .20 | .27 | .36 | .35 | .20 |
| BI | .67 | .53 | .72 | .75 | .35 | 1.00 | .73 | .59 | .58 | .59 | .71 | .54 | .70 | .75 | .72 |
| AG | .68 | .52 | .77 | .75 | .22 | .73 | 1.00 | .68 | .68 | .78 | .77 | .51 | .72 | .78 | .73 |
| CI | .58 | .30 | .71 | .63 | .03 | .59 | .68 | 1.00 | .78 | .76 | .58 | .35 | .50 | .58 | .64 |
| AS | .51 | .33 | .65 | .63 | .07 | .58 | .68 | .78 | 1.00 | .78 | .62 | .32 | .57 | .58 | .59 |
| TA | .62 | .46 | .76 | .68 | .09 | .59 | .78 | .76 | .78 | 1.00 | .66 | .44 | .60 | .72 | .70 |
| LS | .66 | .59 | .80 | .84 | .20 | .71 | .77 | .58 | .62 | .66 | 1.0 | .53 | .69 | .84 | .85 |
| SO | .50 | .41 | .46 | .54 | .27 | .54 | .51 | .35 | .32 | .44 | .53 | 1.0 | .55 | .61 | .57 |
| FA | .59 | .45 | .65 | .73 | .36 | .70 | .72 | .50 | .57 | .60 | .69 | .55 | 1.0 | .75 | .67 |
| WR | .79 | .60 | .87 | .86 | .35 | .75 | .78 | .59 | .58 | .72 | .84 | .61 | .75 | 1.0 | .87 |
| TR | .72 | .62 | .81 | .84 | .20 | .72 | .73 | .64 | .59 | .70 | .85 | .57 | .67 | .87 | 1.00 |

Como se observa en la tabla 11, las escalas de contenido OBS (obsesividad) y WRK (problemas en el trabajo) muestran una correlación de .87. También se observa una correlación similar entre WRK y TRI (indicadores negativos de tratamiento). DEP (pensamientos depresivos) muestra una correlación de .66 con WRK.

TABLA 12. CORRELACION ENTRE ESCALAS DE CONTENIDO- MUJERES

| | AN | FR | OB | DE | HE | BI | AN | CI | AS | TP | LS | SO | FA | WR | TR |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| AN | 1.0 | .49 | .77 | .80 | .55 | .60 | .57 | .44 | .47 | .56 | .71 | .27 | .57 | .81 | .71 |
| FR | .49 | 1.0 | .50 | .53 | .49 | .42 | .21 | .28 | .24 | .20 | .51 | .44 | .30 | .55 | .60 |
| OB | .77 | .50 | 1.0 | .78 | .42 | .67 | .63 | .63 | .56 | .68 | .76 | .35 | .61 | .83 | .80 |
| DE | .80 | .53 | .78 | 1.0 | .48 | .51 | .60 | .42 | .43 | .49 | .83 | .46 | .55 | .86 | .81 |
| HE | .55 | .49 | .42 | .48 | 1.0 | .46 | .40 | .20 | .23 | .29 | .47 | .18 | .31 | .52 | .45 |
| BI | .60 | .42 | .67 | .51 | .46 | 1.0 | .56 | .57 | .52 | .69 | .51 | .37 | .85 | .60 | .62 |
| AN | .57 | .21 | .63 | .60 | .40 | .56 | 1.0 | .51 | .66 | .71 | .57 | .23 | .63 | .63 | .54 |
| CI | .44 | .28 | .63 | .42 | .20 | .57 | .51 | 1.0 | .69 | .69 | .42 | .16 | .63 | .44 | .52 |
| AS | .47 | .24 | .56 | .43 | .23 | .52 | .66 | .69 | 1.0 | .63 | .44 | .16 | .58 | .48 | .54 |
| TP | .56 | .20 | .68 | .49 | .29 | .69 | .71 | .69 | .63 | 1.0 | .46 | .14 | .71 | .63 | .55 |
| LS | .71 | .51 | .76 | .83 | .47 | .51 | .57 | .42 | .44 | .46 | 1.0 | .44 | .51 | .86 | .82 |
| SO | .27 | .44 | .35 | .46 | .18 | .37 | .23 | .16 | .16 | .14 | .44 | 1.0 | .24 | .44 | .53 |
| FA | .57 | .30 | .61 | .55 | .31 | .65 | .63 | .63 | .58 | .71 | .51 | .24 | 1.0 | .60 | .54 |
| WR | .81 | .55 | .83 | .86 | .52 | .60 | .63 | .44 | .48 | .63 | .86 | .44 | .60 | 1.0 | .84 |
| TR | .71 | .60 | .80 | .81 | .45 | .62 | .54 | .52 | .54 | .55 | .82 | .53 | .54 | .84 | 1.0 |

La escala DEP (pensamientos depresivos), como se observa en la tabla 12, muestra una correlación alta con WRK (problemas en el trabajo), con $r=.86$. WRK muestra también la misma correlación con LSE (baja autoestima). WRK y TRT (indicadores negativos de tratamiento) muestran una correlación de .84.

Efectuado el análisis factorial de las escalas clínicas, de validez y de contenido, se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 13. MATRIZ DE FACTORES ROTADOS (ROTACION VARIMAX) DE ESCALAS CLÍNICAS Y DE VALIDEZ- HOMBRES

| | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | Comunalidad |
|----|----------|----------|----------|-------------|
| L | -.67 | | | .53 |
| F | .88 | | | .79 |
| K | -.76 | .43 | | .83 |
| Hs | | .87 | | .82 |
| D | | .86 | | .82 |
| Hi | | .88 | | .86 |
| Pd | | .73 | | .54 |
| Mf | | | .71 | |
| Pa | .82 | | | .72 |
| Pt | .66 | | .48 | .69 |
| Sc | .85 | | | .86 |
| Ma | .72 | | | .74 |
| Si | .62 | | | -.52 |

| Factor | Eigenvalue | % de var. |
|--------|------------|-----------|
| 1 | 4.868 | 37.4 |
| 2 | 3.538 | 27.2 |
| 3 | 1.15 | 8.9 |

Como se observa en la tabla 13, las escalas de la tríada neurótica (Hipocondriasis, Depresión e Histeria) muestran un mayor peso factorial en el Factor 2, correspondiente a preocupaciones neuróticas, mientras que las escalas de la tétrada psicótica (Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía) muestran mayor peso factorial en el Factor 1, correspondiente al pensamiento psicótico. La escala F también muestra mayor peso factorial en el Factor 1.

TABLA 14. MATRIZ DE FACTORES ROTADOS (ROTACION VARIMAX) DE ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ- MUJERES

| | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | FACTOR 4 | Comun. |
|----|----------|----------|----------|----------|--------|
| L | -.61 | | | -.52 | .66 |
| F | .89 | | | | .86 |
| K | -.75 | | | | .78 |
| Hs | | .84 | | | .75 |
| D | | .56 | .65 | | .83 |
| H1 | | .85 | | | .81 |
| Pd | | .64 | | | .62 |
| Mf | | | | .80 | .70 |
| Pa | | .77 | | | .62 |
| Pt | .52 | .65 | | | .79 |
| Sc | .83 | .45 | | | .93 |
| Ma | .63 | | | -.63 | .82 |
| Si | .45 | | | .77 | .63 |

| Factor | Eigenvalue | % de var. |
|--------|------------|-----------|
| 1 | 4.677 | 36.0 |
| 2 | 2.991 | 23.0 |
| 3 | 1.303 | 10.0 |
| 4 | 1.106 | 8.5 |

Como se observa en la tabla 14, Las escalas F, Psicastenia y Esquizofrenia muestran mayor peso factorial en el Factor 1 (pensamiento psicótico). Paranoia se agrupó en el Factor 2. Las escalas de la tétada neurótica Hipocondriasis e Histeria concentraron el peso factorial en el factor 2 (preocupaciones neuróticas). Depresión mostró comunalidad entre el Factor 2 y el 3 (correspondiente a identificación con el rol de género).

TABLA 15. MATRIZ DE FACTORES ROTADOS (ROTACION VARIMAX) DE ESCALAS DE CONTENIDO - HOMBRES

| | FACTOR 1 | FACTOR 2 | Comunalidad |
|-----|----------|----------|-------------|
| ANX | .51 | .68 | .73 |
| FEA | | .66 | .53 |
| OBS | .75 | .50 | .83 |
| DEP | .66 | .63 | .84 |
| HEA | | .80 | .68 |
| BIZ | .59 | .60 | .71 |
| ANG | .76 | .45 | .79 |
| CIN | .88 | | .78 |
| ASP | .86 | | .76 |
| TPA | .86 | | .80 |
| LSE | .69 | .54 | .78 |
| SOD | | .59 | .46 |
| FAM | .55 | .59 | .66 |
| WRK | .65 | .67 | .88 |
| TRT | .70 | .55 | .81 |

| Factor | Eigenvalue | % de var. |
|--------|------------|-----------|
| 1 | 8.69 | 64.7 |
| 2 | 1.40 | 9.4 |

En el caso de los hombres, como se observa en la tabla 15, se encontraron dos factores. El significado de esta agrupación por escalas se presenta en la sección de Discusión.

TABLA 16. MATRIZ DE FACTORES ROTADOS (ROTACION VARIMAX) DE ESCALAS DE CONTENIDO - MUJERES

| | FACTOR 1 | FACTOR 2 | Comunalidad |
|-----|----------|----------|-------------|
| ANG | .50 | .68 | .72 |
| FEA | | .76 | .58 |
| OBS | .64 | .63 | .81 |
| DEP | .41 | .80 | .82 |
| HEA | | .60 | .40 |
| BIZ | .66 | .43 | .62 |
| ANG | .75 | | .67 |
| CIN | .82 | | .69 |
| ASP | .81 | | .68 |
| TPA | .88 | | .81 |
| LSE | | .79 | .78 |
| SOD | | .64 | .42 |
| FAM | .77 | | .68 |
| WRK | .50 | .78 | .86 |
| TRT | .46 | .78 | .83 |

| Factor | Eigenvalue | % de var. |
|--------|------------|-----------|
| 1 | 8.70 | 58.0 |
| 2 | 1.73 | 11.6 |

En las mujeres se encontraron también dos factores, como se observa en la tabla 16. En la sección de Discusión se realiza el análisis de esta distribución de factores.

IV. DISCUSION

En el caso de los hombres, los resultados obtenidos con la prueba t (tabla 1) muestran que hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes psiquiátricos y sujetos normales, en todas las escalas de validez y clínicas, con excepción de la escala 3 (histeria) y la escala 5 (Masculinidad-feminidad). Estos datos apoyan la hipótesis de investigación que afirma la presencia de diferencias significativas entre las dos muestras.

La escala 3 (Histeria) forma parte de la tríada neurótica del MMPI. La elevación en esta escala está relacionada con síntomas físicos ante la tensión, siendo muy rara la presencia de alucinaciones o delirios. Si se diera una elevación en pacientes psiquiátricos, el diagnóstico sería un desorden de conversión o de dolor psicogénico (Graham, 1990), lo que no se dio en la muestra estudiada; hay que tomar en cuenta que la sintomatología de conversión es de naturaleza neurótica más que psicótica. Es muy probable que la ausencia de diferencia en las puntuaciones del grupo psicótico se deba a este hecho.

Al respecto, Pancheri (1982) reporta una elevación no muy alta en las escalas de Histeria e Hipocondriasis en la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva, con elevaciones principales en Esquizofrenia, Depresión y en F. En todo caso, la escala de Histeria es secundaria. Igual criterio se encuentra en Arbiel (1993), que menciona elevaciones en 2, 1 y 3 en el caso de representación de emociones desagradables, y generalmente en ancianos, o en elevaciones secundarias de 3-4 o 4-3 que puede mostrar hostilidad ya sea por medios pasivo-agresivos o violentos.

Se puede señalar que la escala de Histeria parece ser secundaria en la interpretación de perfiles de pacientes psicóticos.

Para las mujeres, existen diferencias clínicamente significativas en dos de las escalas de validez y en ocho escalas clínicas. En la escala de validez L y en las escalas 3 (histeria) y 5 (masculinidad-feminidad) no se encontraron diferencias significativas (tabla 2).

La escala L (Mentira) se relaciona con los intentos de presentarse de manera favorable, lo que se relacionaría con una elevación en el puntaje. En ambos grupos, no se presenta esta elevación, lo que podría señalar que las mujeres contestaron la prueba sin exagerar sus características negativas ni presentar una imagen más favorable.

En la escala 3 (Histeria) las consideraciones son las mismas ya mencionadas arriba para los hombres. Esta escala es útil en la evaluación de rasgos neuróticos más que psicóticos.

En relación con la escala 5 (Masculinidad-feminidad), los puntajes no dejan de ser llamativos. Los puntajes altos en las mujeres se han reportado como poco frecuentes (Graham, 1990) y como indicadores de un rechazo al rol tradicional femenino. Por otro lado, en el caso de pacientes psiquiátricas, una elevación en 5 estaría relacionada con la psicosis.

Se puede afirmar que en la muestra psiquiátrica la última relación debe considerarse, pero también deben tomarse en cuenta los factores culturales. La muestra de mujeres estudiantes presenta un puntaje elevado en 5, lo que implica un punto de vista diferente respecto al rol tradicional femenino, lo que podría explicarse por las características educativas del grupo: las mujeres universitarias son, en términos generales, menos proclives a adherirse a los valores que se espera que adopten tradicionalmente las mujeres. Podría suponerse que la muestra de pacientes también tiene un punto de vista diferente del rol femenino tradicional, dados los puntajes obtenidos. Es necesario estudiar con mayor profundidad el comportamiento de la escala 5, tomando en cuenta que en los hombres no se encontró una diferencia significativa en esta escala.

Las puntuaciones bajas en 5, en los varones, significan una elevación de los intereses masculinos estereotipados. Tanto los estudiantes como los pacientes muestran puntajes en esta dirección, mostrándose como muy masculinos, de acuerdo con los valores tradicionalmente asignados (figura 1). La prueba t aplicada a los puntajes de pacientes y estudiantes (tabla 1) muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.01$) entre ambos grupos, que se orientan a apegar a las pautas tradicionales de masculinidad, aunque con relativamente mayor énfasis en los estudiantes. Al parecer, la presencia de trastornos psicóticos no habría interferido con la adopción de estas pautas en los pacientes.

Como ya se había señalado en el caso de las mujeres, es llamativo que tanto en hombres como en mujeres esta escala no muestre diferencias entre pacientes y estudiantes. Parecería que mientras los hombres tratan de mantener una acentuada imagen de masculinidad, las mujeres están cuestionando el rol femenino tradicional. La elevación de 5 en las mujeres no sería solamente una expresión de psicosis en el caso de las pacientes, sino el reflejo de factores culturales que están marcando sus actitudes, independientemente de la presencia de trastornos psicológicos graves.

Esta es la interpretación elaborada con los datos obtenidos con esta escala. Sin embargo, el autor considera que la escala 5 de masculinidad-feminidad debe ser objeto de una evaluación más rigurosa. Como se ha señalado (Graham, 1990), por una parte los reactivos no han sufrido modificaciones sustanciales debido a la necesidad de mantener la continuidad en la investigación: se mantuvieron 56 reactivos, se eliminaron 4 y se cambiaron 8. Por otro lado, los intereses masculinos y femeninos han sufrido modificación y el punto de vista cultural ha cambiado significativamente desde la década de los 40.

La investigación con esta escala debe tomar en cuenta tanto estos dos factores generales, como el contenido de la misma, pues es importante saber si se está midiendo lo que se pretende medir, y por lo tanto determinar el valor clínico real de la escala 5.

Hechas las observaciones sobre las escalas en las cuales no hay diferencias estadísticamente significativas, se pasará ahora a analizar aquellas en las cuales sí se presentaron diferencias, tanto entre pacientes y estudiantes, como entre pacientes hombres y mujeres.

En los varones, las escalas correspondientes a la tríada neurótica (1 Hipocondriasis, 2 Depresión), con excepción de 3 (Histeria) muestran diferencias significativas. La observación del perfil resultante (figuras 1 y 3) muestra que las escalas 1, 2 y 3 se encuentran dentro de T 60 y 65, correspondiente al área de normalidad estadística.

Esto guarda correspondencia con la ausencia de elevaciones muy marcadas, características señaladas para el MMPI en relación con el perfil neurótico, el cual sí presenta las mayores elevaciones en Hs, D y Hi (Ey, 1980; Pancheri, 1982).

Lo anterior no significa que no hayan diferencias clínicas en estas escalas entre pacientes y estudiantes, las escalas 1 y 2 muestran diferencias estadísticamente significativas (tablas 1 y 2). Los rasgos de personalidad asociados (Hipocondriasis y Depresión) están más acentuados en los pacientes, con mayores preocupaciones por la salud y más rasgos depresivos que los sujetos normales. Los rasgos depresivos acentuados se señalaron como factor común en los pacientes psiquiátricos (Freedman, Kaplan y Sadock, 1982; Pancheri, 1982; Arbisí, 1993).

La misma consideración es válida para las mujeres (figuras 2 y 4), que también muestran la acentuación de rasgos hipocondríacos y depresivos.

En la escala 4, los pacientes tanto hombres como mujeres presentan diferencias estadísticamente significativas con los sujetos normales (tablas 1 y 2). La escala 4 (Desviación psicopática) se relaciona con las tendencias antisociales y la

dificultad para incorporar valores y normas sociales. Como rasgos de personalidad, los pacientes muestran mayor impulsividad, juicio pobre, falta de planificación de la conducta y conducta asocial. Sin embargo, posteriormente se discutirá, con la ayuda de las escalas de contenido, si es posible interpretar esta elevación como relacionada con la conducta antisocial o más bien con problemas familiares.

En el caso de la tétrada psicótica (6,7,8,9) es donde se observan las diferencias más notorias entre los pacientes y los sujetos normales (Figuras 1, 2, 3 y 4; tablas 1 y 2). Hay concordancia con lo indicado con Pancheri (1982), Freedman, Kaplan y Sadock (1982), y Arbisi (1993) que indican la presencia de picos en F, Pa y Es, y con elevaciones en Pt, en los perfiles de psicóticos.

Está también presente la elevación marcada en la escala F, en ambos sexos, que como había señalado Arbisi (1993) está relacionada significativamente con la elevación en las escalas 6 y 8, indicadoras de patología seria y frecuentes en hospitales psiquiátricos. Los resultados obtenidos respaldan estas observaciones clínicas, pues se observan tres "picos" en F, 6 y 8.

En otro estudio, el mismo autor (Arbisi, 1993b) obtuvo una alta correlación entre F y las escalas 6 y 8, con 0.51 y 0.56, concluyendo que los puntajes más altos en F se correlacionan con puntajes mayores en 6 y 8, lo que se corrobora aquí. En el presente estudio, en el caso de las pacientes mujeres, la correlación entre F, 6 y 8 fue de 0.70 y 0.88. En los hombres, la correlación entre F, 6 y 8 es de 0.78 y 0.87, respectivamente. Se corrobora también en el caso de los hombres la alta relación señalada por Arbisi (1993b) entre la escala F y las 6 y 8, como indicador de patología grave.

La escala 6 (paranoia) señala el alto grado de pensamiento paranoide presente en la muestra psiquiátrica, y la escala 8 (Esquizofrenia) las profundas alteraciones del pensamiento propias de las psicosis.

La escala 9 (hipomanía) se encuentra también elevada en la muestra psiquiátrica. Como parte de la tétrada psicótica del MMPI, esta escala señala la elevada presencia de conducta maniaca, la actuación eufórica o agresiva y formas de actuar hiperactivas.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el MMPI-2 discriminó claramente entre los puntajes obtenidos por los sujetos normales y los pacientes psiquiátricos, en especial los correspondientes a la tétrada psicótica, que se muestra como la más elevada del perfil (figs. 1, 2, 3 y 4).

En la escala 0 (introversión social) hay una mayor tendencia a la introversión en los pacientes psiquiátricos. Esta escala no forma parte de la tetrada psicótica, pero sí se relaciona con los criterios clínicos que señalan el retraimiento y las dificultades sociales como parte de la sintomatología asociada con las psicosis (DSM-III-R, 1988), en especial cuando la escala 8 está muy elevada (Warbin et al., 1972). Colligan et. al (1985) también reportaron elevaciones en 0 en pacientes psiquiátricos. Esto contrasta con las puntuaciones muy bajas en 0 y 2 como indicadores de patología del carácter (Venn, 1988) diferentes de la psicosis, con presencia muy notoria de impulsividad y desinhibición, que no son caóticas como podrían presentarse en el caso de las psicosis. Esto respalda que es posible obtener buenos criterios de diagnóstico diferencial con el inventario.

En lo que respecta a las diferencias entre pacientes hombres y mujeres, la prueba t (tabla 3) muestra que hay diferencias significativas en las escalas L, K, 5 y 9. La escala de validez L (Mentira) indica que los pacientes varones se mostraron más defensivos ($X = 6.47$) que las mujeres ($X = 5.26$), tratando de presentar una imagen algo más favorable. Hay que recordar que las mujeres no presentaron diferencias significativas con las estudiantes (tabla 2), pudiendo concluirse que se mostraron menos defensivas y presentaron una imagen más exacta de sí mismas.

En la escala K (X para hombres = 12.69, X para mujeres = 10.49) se muestra también mayor defensividad en los pacientes varones, siendo las mujeres algo más francas en su descripción.

Ya se ha discutido sobre las implicaciones de la escala 5, por lo que no sera necesario repetirlo aquí. En la escala 9 (Hipomanía), son las pacientes mujeres quienes muestran mayor conducta maniaca ($X = 24.52$) que los hombres ($X = 22.43$), con mayor hiperactividad y conducta eufórica y/o agresiva.

4.1 Escalas de contenido

La prueba t aplicada a las escalas de contenido, señala que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas de contenido entre pacientes psiquiátricos y sujetos normales, como se observa en las figuras 5 y 6 y en las tablas 4 y 5, tanto en hombres como en mujeres.

En ambos sexos, la escala que muestra la elevación más marcada es BIZ (Pensamiento bizarro, o extraño), lo que muestra que el instrumento evaluó efectivamente la presencia de procesos psicóticos de pensamiento, con posibles alucinaciones, alteración en el curso y contenido del pensamientos, e ideaciones paranoides.

Las restantes escalas de contenido indican la presencia de ansiedad (ANX), miedos (FRS), obsesividad (OBS), pensamientos depresivos (DEP), preocupaciones por la salud (HEA), problemas en el control de la ira (ANG), cinismo (CIN), prácticas antisociales (ASP), impulsividad (TPA), pobre autoestima (LSE), incomodidad social (SOD), problemas familiares y de trabajo (FAM y WRK), e indicadores negativos de tratamiento (TRT). Toda esta sintomatología se presenta muy acentuada en los pacientes en comparación con los sujetos normales.

La comparación de puntajes entre pacientes hombres y mujeres por medio de la prueba t (tabla 6) reportó diferencias significativas solamente en las escalas TPA (Personalidad tipo A) y FAM (Problemas familiares). En la primera, las mujeres ($X=12.50$) muestran mayores problemas de impulsividad, irritabilidad y agresividad que los hombres ($X=10.85$). En la segunda, las mujeres también muestran mayores conflictos familiares ($X=13.42$) que los hombres ($X=10.15$), lo que comprende discordias familiares, carencia de afecto, reporte de abusos en la infancia o matrimonios poco felices. Probablemente esta escala se presente más elevada en las mujeres debido al mayor valor afectivo depositado por estas en las relaciones familiares, que se ven muy perturbadas por la presencia de sintomatología psicótica.

Los datos encontrados permiten sostener las hipótesis de investigación que expresaban que existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los universitarios y los pacientes psiquiátricos en las escalas de validez, clínicas y de contenido. Sin embargo, la hipótesis que sostiene que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres del grupo psiquiátrico en las escalas clínicas, de validez y de contenido, obtuvo apoyo empírico únicamente en lo que respecta a las escalas de validez L y F, en las escalas clínicas 5 y 9, y en las escalas de contenido Personalidad tipo A y Problemas Familiares.

4.2 CORRELACIONES DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Tanto en hombres como en mujeres se observan correlaciones negativas entre la escala F, L y K: $-.43$ y $-.58$ para los hombres (tabla 7) y $-.37$ y $-.57$ para las mujeres (tabla 8). Esta configuración señala que los sujetos remarcaron sus problemas y características psicológicas negativas ($-L$ y $-K$), mostrando la elevación en F el grado de psicopatología. Al contrario de las personas normales, no se puede inferir aquí una exageración intencional de los síntomas o problemas, sino más bien la expresión de dificultades reales, pues de hecho estos pacientes psiquiátricos están experimentando eventos poco frecuentes para la población en general (tensión, delirios, alucinaciones, etc.),

aspecto que fue señalado por Arbisi (1993) y por Graham (1990) como parte de los cuadros psicóticos.

La escala F mostró correlaciones positivas significativas con 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), del orden de .78 y .87 en los hombres, y de .70 y .88 en las mujeres. Esta correlación concuerda por lo señalado por Graham (1990) y Arbisi (1993), que señala la elevación en F junto con elevaciones en 6 y 8 como indicadores de psicopatología seria.

F también muestra correlaciones significativas con 7 (psicastenia) y 9 (hipomanía), con .74 y .63 en los hombres, y .70 y .53 en las mujeres. La elevación en F se acompaña entonces con una elevación en las escalas de la tétrada psicótica 6, 7, 8 y 9. El grado de desorganización psicológica de F se refleja en la ideación paranoide de 6, en la tensión, ansiedad y agitación de 7, en la alteración psicótica del pensamiento de 8, y en la hiperactividad y alteración conductual de 9.

Como había sido señalado por Hathaway y Meehl para el MMPI original (en Núñez, 1987), una puntuación baja en L se relacionaría con elevaciones en 6, 7, 8 y 9. En la muestra, tanto hombres como mujeres obtuvieron correlaciones negativas entre L y las escalas mencionadas (en los hombres, $-.42$, $-.63$, $-.57$ y $-.53$, respectivamente, y en las mujeres, $-.26$, $-.56$, $-.54$, y $-.39$). Así, mientras menos características positivas y estabilidad psicológica reportaron sobre sí mismos los sujetos, mayores fueron las alteraciones expresadas en la tétrada psicótica.

Con K se presentó también una correlación negativa con las escalas 6, 7, 8 y 9 ($-.53$, $-.79$, $-.74$ y $-.68$ para los hombres, y $-.47$, $-.63$, $-.69$ y $-.56$ para las mujeres). Mientras menor era la K, mostrando con esto desorganización de la personalidad, mayor era el cuadro psicótico mostrado por las escalas mencionadas. En el caso de los hombres, la fuerza de la relación con 7 (psicastenia) fue mayor, mostrando mayor tensión y ansiedad, mientras que en las mujeres la relación fue mayor con 8 (esquizofrenia).

4.3 CORRELACION ENTRE ESCALAS CLINICAS

En los hombres, las correlaciones más significativas se dan entre las escalas clínicas 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), con .78, y 7 (psicastenia) con 8 (esquizofrenia), con $r=.90$. En las mujeres, 6 y 8 muestran una $r=.70$, y 7 y 8 una $r=.88$ (tabla 7). La alta correlación entre 7 y 8, en ambos sexos, se explica por la gran aprensión y ansiedad generalizada de 8 (Graham, 1990) que se refleja también en la ansiedad y tensión mostrada por 7.

Al ser parte de la sintomatología psicótica, las escalas 6, 7, 8 y 9 están muy relacionadas entre sí, aunque parece haber diferencias de grado entre ambos sexos. En los hombres, 6 y 7 tienen una $r=.66$, 7 y 9 una $r=.71$, y 8 y 9 una $r=.74$. En las mujeres, 6 y 7 tienen una $r=.58$, menor que los hombres, 7 y 9 una $r=.39$, también menor que en los hombres, y 8 y 9 una $r=.57$, igualmente menor. La mayor fuerza de la correlación en estas variables, para las mujeres, mostraría que las mujeres tienen mayor conducta maniaca que los hombres, lo que se observó en las pruebas t de la escala 9 entre ambos sexos, con media de 24.5 para las mujeres y 22.4 para los hombres (tabla 3).

Como se había señalado en la literatura sobre el MMPI, se esperaba una correlación negativa entre las escalas 2 (depresión) y 9 (hipomanía). Esta correlación fue de $-.18$ en los hombres, y de $-.36$ en las mujeres. Esto implica que la presencia de rasgos depresivos se relaciona con una disminución en la hiperactividad, fuga de ideas y lenguaje acelerado maniaco, relación que se da con mayor intensidad en las mujeres, mostrándose otra vez a las mujeres con más rasgos maniacos.

4.4 CORRELACIONES ENTRE ESCALAS DE VALIDEZ Y ESCALAS DE CONTENIDO

La escala L mostró correlaciones negativas con todas las escalas de contenido, tanto en hombres como en mujeres (tablas 9 y 10). Esto implica que mientras menor sea la presentación favorable del sujeto, expresada por la disminución en L, mayores los problemas expresados por la elevación de las escalas de contenido. Los hombres mostraron las correlaciones más significativas con obsesividad (OBS $r=-.62$), impulsividad (TPA, $r=.61$), problemas en el trabajo (WRK, $r=.64$), y ansiedad (ANX, $r=.60$). Las mujeres mostraron mayores correlaciones con obsesividad, al igual que los varones (OBS, $r=-.54$), problemas en el control de la ira (ANG, $r=-.58$), impulsividad (TPA, $r=-.54$), y depresión (DEP, $r=-.54$).

Con la escala F, se encontraron correlaciones positivas con todas las escalas de contenido, tanto para hombres como para mujeres. En los hombres, a mayor alteración y patología, señalada por la F, hay mayores índices de pensamiento psicótico (BIZ, $r=.79$), pensamiento depresivo (DEP, $r=.76$), problemas familiares (FAM, $r=.75$), y problemas en el trabajo (WRK, $r=.73$).

La correlación más alta se halló aquí con BIZ (pensamiento psicótico), lo que concuerda con lo hallado con Arbisi (1993b), quien efectuó la correlación de F con las escalas de contenido, hallando que la mayor correlación se presentaba con BIZ, con $.77$.

En las mujeres, las mayores relaciones de F se encuentran, al igual que en el caso de los varones, con el pensamiento psicótico (BIZ, $r=.81$), que respalda lo señalado por Arbisi (op.cit.). Las otras correlaciones más importantes se dieron con los indicadores negativos de tratamiento (TRT, $r=.76$), problemas en el trabajo (WRK, $r=.73$), y pensamientos depresivos (DEP, $r=.67$).

La elevación de F y la correspondiente elevación de 6, 7, 8 y 9, respaldan que el concepto de validez de la prueba debe juzgarse de acuerdo con el ambiente en el cual se administre el MMPI-2, en este caso, un ambiente psiquiátrico. El punto de corte de F deberá ser, indudablemente, diferente al del empleado para población normal o que presente alteraciones psicológicas menos graves.

Con la escala K se obtuvieron también correlaciones negativas con todas las escalas de contenido, tanto en hombres como en mujeres. Aquí las correlaciones más significativas fueron las mismas para hombres y mujeres, en obsesividad (OBS), problemas en el control de la ira (ANG), cinismo (CYN) e impulsividad (TPA).

4.5 CORRELACION ENTRE ESCALAS CLINICAS Y DE CONTENIDO

La escala 1 (Hipocondriasis) muestra una correlación positiva significativa ($r=.72$) con HRA (preocupaciones por la salud), lo cual es congruente dado que las dos escalas están midiendo una dimensión relacionada con preocupaciones con la salud más allá de lo usual. Con las mujeres, se presenta también una correlación alta ($r=.81$).

En los hombres, la escala 2 (depresión) muestra las mayores correlaciones con HRA (preocupaciones por la salud) ($r=.47$), y con FEA (miedos) (.28). La correlación con DEP (Depresión) llega a .18. En las mujeres, las mayores correlaciones se dan con ANX (ansiedad), con $r=.45$ y DEP (Depresión), con $r=.50$. Es entonces en las mujeres donde estas escalas correlacionan más.

La escala 3 (histeria) muestra, en los hombres, correlaciones positivas con HEA (preocupaciones por la salud, con .46), y negativas con CYN (-.60), TPA (conducta tipo A, con $r=-.51$), ASP (prácticas antisociales, con $r=-.49$). En las mujeres, 2 correlaciona positivamente con HEA (preocupaciones por la salud, con $r=.58$), y negativamente con CYN (cinismo, $r=-.33$), ASP (prácticas antisociales, $r=-.33$), y TPA (personalidad tipo A, $r=-.25$).

En la escala 4 (desviación psicopática), las mayores correlaciones se dieron con HEA (.29) y CYN (-.32) en los hombres. Con FAM (problemas familiares) no se observó correlación, y en ASP (Prácticas antisociales) se dio una $r=.18$. En las mujeres, las correlaciones mayores se dieron con ANX (ansiedad, $r=.24$), DEP (Depresión, $r=.30$), FAM (problemas familiares $r=.32$); con ASP (prácticas antisociales) no hubo correlación.

Se esperaría que 4 correlacionara positivamente con ASP (prácticas antisociales) y con FAM (problemas familiares), escalas que fueron diseñadas para aclarar las elevaciones en la escala 4. Los hombres no muestran correlación entre 4 y FAM, pero sí hay correlación (.18) con ASP, mientras que en las mujeres ocurre lo contrario, pues no hay correlación con ASP, y sí hay correlación con FAM (.32). De acuerdo con lo obtenido en las escalas de contenido, se puede inferir que la elevación femenina en 4 estaría más bien relacionada con problemas familiares (discordias, familias poco agradables, infancia o matrimonios infelices), mientras que la elevación masculina está más relacionada con prácticas antisociales como tales (problemas de conducta, robos, problemas con o evitación de la ley). Esto apoya lo observado más arriba, al establecer que las mujeres puntúan más alto en FAM (tabla 8).

En la escala 6, los hombres obtuvieron correlaciones significativas con DEP (.66), BIZ (.74) y WRK (.62). La correlación con BIZ respalda el contenido común de ambas escalas en la evaluación de procesos psicóticos de pensamiento, que pueden incluir ideaciones paranoides. Con las mujeres, las mayores correlaciones se dan con BIZ (.75), DEP (.53), y TRT (.53). Como con los hombres, BIZ correlaciona fuertemente con el contenido de ideación paranoide de 6.

En 7, las mayores correlaciones en los hombres se dan en DEP (.66), WRK (.60) y LSE (.53). En las mujeres, en ANX (.65), DEP (.65), WRK (.63), y LSE (.62). La sintomatología de tensión y ansiedad de 7 se relaciona con el pensamiento depresivo de DEP en ambos sexos, con mayor relación con la ansiedad en las mujeres (ANX), y con los problemas en el trabajo de los hombres (WRK). Esta escala de ansiedad y tensión se relaciona en ambos sexos con la baja autoestima (LSE).

En 8, se da una correlación positiva significativa con BIZ tanto en hombres como en mujeres, con .73 y .75, respectivamente, esto es, el pensamiento psicótico de 8 (esquizofrenia) concuerda con el pensamiento extraño y peculiar de BIZ. También aquí hay una correlación alta, para los hombres, con DEP (pensamiento depresivo, $r=.73$, mostrando que los hombres mostrarían un mayor contenido depresivo. En las mujeres, hay mayor relación con ansiedad y tensión (ANX, $r=.69$).

En la escala 9, hombres y mujeres concuerdan en las correlaciones con BIZ (.85 y .59, respectivamente), ASP (.61 y .58), y FAM (.60 y .53). La sintomatología de 9, con la actuación eufórica o agresiva, lenguaje acelerado y posibles alucinaciones e ilusiones de grandeza, se correlaciona con el pensamiento psicótico de BIZ, que puede también presentar alucinaciones.

Las escalas 5 y 0 no son clínicas en el sentido estricto del término. Tanto en hombres como en mujeres, no se presentaron correlaciones significativas entre la escala 5 y 10 de 15 escalas de contenido. En el caso de los hombres, la mayor correlación positiva se da con HEA (.31), esto es, con preocupaciones por la salud.

4.6 ANALISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

En el análisis factorial que Butcher (1989) realizó con la muestra normativa norteamericana, reportó la presencia de 4 factores: I pensamiento psicótico, II preocupaciones neuróticas, III identificación con el rol de género, y IV trastornos de personalidad.

Como se observa en la tabla 13, la rotación varimax aplicada a los puntajes de las escalas clínicas y de validez de la muestra de pacientes mexicanos varones muestra la presencia de tres factores.

En el factor I se agrupan las escalas de validez L, F y K, y las escalas clínicas 6 (Paranoia), 7 (Psicastenia), 8 (Esquizofrenia), 9 (Manía), y Si (Introversión social). Como puede observarse, el factor I agrupa las escalas de la denominada tétrada psicótica (6,7,8,9), siendo 6 (Paranoia), 8 (Esquizofrenia), y 7 las escalas que mayor carga factorial poseen en este factor. Ya se ha mencionado que estas escalas son particularmente importantes en la evaluación de cuadros psicóticos, lo que se confirma por lo encontrado en el análisis factorial, pues este factor corresponde al factor I de Butcher (op. cit) denominado pensamiento psicótico.

El factor II de la muestra de pacientes comprende a las escalas K (que también muestra carga factorial en el factor I), 1 (Hipocondriasis), 2 (Depresión), 3 (Histeria), 4 (Desviación psicopática), y 7 (Psicastenia, que comparte carga factorial con el factor I).

Como se puede observar, en este factor II, que en el análisis de Butcher (op. cit) se denominó de preocupaciones neuróticas, se agrupan las escalas 1 (Hipocondriasis), 2

(Depresión), y 3 (Histeria), las que poseen la mayor carga factorial, y que clínicamente se nombran como la tríada neurótica.

Mientras el factor I (correspondiente al pensamiento psicótico) agrupa las escalas orientadas a lo psicótico, el factor II (correspondiente a las preocupaciones neuróticas) agrupa precisamente las escalas orientadas a lo neurótico, lo que está mostrando la capacidad del instrumento para diferenciar estas dos dimensiones clínicas.

En el factor II se encuentra también la mayor carga factorial de Pd (Desviación psicopática). Clínicamente, esta escala está relacionada con conducta antisocial, y no forma parte de la tétrada psicótica, ni de la tríada neurótica. La escala 7 (Psicastenia) comparte carga factorial con el factor I, en el que posee mayor peso factorial. Esta última escala se relaciona con la ansiedad y la tensión, que clínicamente está presente en los diferentes cuadros neuróticos y también en las alteraciones psicóticas; esta escala se ha denominado precisamente el "termómetro de la ansiedad" (Rivera, 1987), por lo que puede inferirse su presencia en ambos cuadros clínicos.

El factor III, denominado por Butcher (op.cit.) de identificación con el rol de género, muestra a la escala 5 (Masculinidad-feminidad) como la que posee la mayor carga factorial. Puede observarse que existe congruencia entre el contenido de la escala 5 y su carga factorial en III, pudiendo inferirse que en esta muestra se evaluó lo que la escala 5 pretende medir, lo que también concuerda con los resultados mostrados en el perfil clínico.

En el caso de las mujeres, el análisis factorial reportó la presencia de cuatro factores, como se observa en la tabla 14. En el factor I se agrupan L (que también posee carga factorial en el factor IV), F, K, 8 (Paranoia), 7 (Psicastenia, que comparte carga factorial con el factor 2), 9 (Manía, que comparte carga factorial con el factor III), y Si (Introversión social, que comparte carga factorial con el factor III).

La escala de validez F concentra la mayor carga factorial en el factor I, como sucede también en los hombres (tablas 13 y 14), sin carga significativa en los otros factores. Como se ha visto anteriormente, esta escala está particularmente elevada en los casos de alteraciones psicóticas (junto con las escalas clínicas 6 y 8), por lo que se explica su carga factorial en el factor I, correspondiente al pensamiento psicótico. Las escalas F y K, como sucede también en los hombres, concentran su mayor carga factorial en el factor I, aunque en el caso de las mujeres L muestra también carga factorial menor en el factor IV, correspondiente a trastornos de la personalidad (en el caso de

los varones, K comparte carga factorial con el factor 2, correspondiente a preocupaciones neuróticas).

En ambos sexos, L y K guardan una relación inversa con F, lo que se explicaría por la mayor elevación de F ante la presencia de patología, lo que se relaciona con la aguda disminución en la capacidad de manejo de los conflictos y los sentimientos de inadecuación reflejados en L y K.

En relación con la tétrada psicótica, la escala 6 (Paranoia) muestra la mayor carga factorial en el factor I, correspondiente al factor de pensamiento psicótico de Butcher (1989). La escala 7 (Psicastenia) tiene la mayor carga factorial en el factor II, correspondiente a preocupaciones neuróticas, compartiendo esta carga con el factor I. La escala 8 (Esquizofrenia) presenta el mayor peso factorial en el factor I (pensamiento psicótico), aunque comparte esta carga con el factor II (preocupaciones neuróticas). La escala de manía comparte una carga muy similar con el factor III (correspondiente a identificación con el rol de género). A pesar de la comunalidad en el caso de la escala 8, las escalas 6 y 8 tienen el mayor peso factorial en el factor I, o pensamiento psicótico.

En el caso de la tríada neurótica, las escalas 1 (Hipocondriasis) y 3 (Histeria), muestran el mayor peso factorial en el factor II (correspondiente a las preocupaciones neuróticas), como sucede en los varones. La escala 2 (Depresión) comparte carga factorial entre los factores II y III (correspondiente este último a la identificación con el rol de género).

Puede observarse que tanto en hombres como en mujeres, aunque con mayor nitidez en los primeros, la tríada neurótica tendió a mostrar mayor peso factorial precisamente en el factor II, correspondiente a preocupaciones neuróticas, mientras que la tétrada psicótica se agrupó en el factor I, correspondiente al pensamiento psicótico. Esto permite deducir que el instrumento sí está evaluando esas dos dimensiones clínicas, discriminando los rasgos correspondientes.

La comunalidad, en la escala específica 7 (psicastenia) podría explicarse por lo ya mencionado más arriba, esto es, la presencia de ansiedad y tensión en diferentes cuadros clínicos.

La escala 5 (Masculinidad-feminidad) muestra en las mujeres la mayor carga factorial en el factor IV, correspondiente a problemas de personalidad. En el sexo masculino, se agrupó en el factor III, de identificación con el rol de género. Esta diferencia entre géneros debe aún estudiarse con mayor detenimiento, tomando en cuenta los factores culturales que de alguna manera intervienen en ello.

Finalmente, la escala 0 (Introversión social) muestra el mayor peso factorial en el factor III (identificación con el rol de género), compartiendo carga con el factor I (pensamiento psicótico). En el caso de los hombres, Si también mostró comunalidad entre el factor I y el factor III (tabla 13), aunque con mayor carga factorial en el factor I. Probablemente, también aquí hay factores culturales intervinientes en las diferencias entre géneros, recordando sin embargo que ni la escala 5 ni la escala 0 tienen el mismo carácter de evaluación clínica que las restantes escalas clínicas.

4.7 ANALISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO

La rotación Varimax de las escalas de contenido mostró la presencia de dos factores tanto en hombres (tabla 15), como en mujeres (tabla 16).

En el caso de los varones, en el factor I se agruparon las escalas CIN (Cinismo), ASP (Prácticas antisociales), y TPA (Personalidad tipo A). En el factor II presentaron mayor carga factorial las escalas FEA (Miedos), HEA (Preocupaciones por la salud) y SOD (Incomodidad social). Presentaron comunalidad de cargas factoriales en los factores I y II las escalas siguientes: ANX (ansiedad), OBS (Obsesividad), DEP (Pensamiento depresivo), BIZ (Pensamiento extraño), ANG (Ira), LSE (Baja autoestima), FAM (problemas familiares), WRK (Problemas en el trabajo), y TRT (Indicadores negativos de tratamiento).

Las mujeres presentaron mayor carga factorial en el factor I en ANG (Ira), CIN (Cinismo), ASP (Prácticas antisociales), TPA (Personalidad tipo A), y FAM (Problemas familiares). En el factor II se agruparon FEA (Miedos), HEA (Preocupaciones por la salud), LSE (Baja autoestima), y SOD (Incomodidad social). Mostraron comunalidad en los factores I y II estas escalas: ANX (Ansiedad), OBS (Obsesividad), DEP (Pensamientos depresivos), BIZ (Pensamiento extraño), WRK (Problemas en el trabajo), y TRT (Indicadores negativos de tratamiento).

Las escalas ANX (Ansiedad), FEA (Miedos), OBS (Obsesividad), DEP (Pensamientos depresivos), HEA (preocupaciones por la salud), y BIZ (pensamiento extraño), forman parte de la categoría "Conductas sintomáticas internas" de las escalas de contenido. Tanto en hombres como en mujeres, las escalas que componen esta categoría se distribuyen entre los factores I y II de manera similar (tablas 15 y 16) en lo que respecta a la comunalidad de

cargas factoriales en ANX, OBS, DEP y BIZ, y a la concentración de carga factorial en el factor II de FEA y HEA.

Se puede inferir que las conductas sintomáticas internas, en la mayor parte de escalas de contenido de esta categoría, muestran mayor carga factorial en el factor II.

Las escalas ANG (Ira), CIN (Cinismo), ASP (Prácticas antisociales), y TPA (Conducta tipo A), forman parte de la categoría "Tendencias agresivas externas" de las escalas de contenido. Tanto en hombres como en mujeres, el peso factorial de estas escalas se ubica en el factor I; solamente en la escala ANG (Ira) las mujeres muestran comunalidad con el factor II, pero en ambos sexos la carga factorial es mayor en el factor I.

Se observa entonces que el factor I agrupa la categoría de tendencias agresivas externas de las escalas de contenido.

La escala LSE (Baja autoestima) está comprendida en la categoría "Autoconceptos negativos" de las escalas de contenido. Aquí se observa una diferencia en la distribución de carga factorial entre hombres y mujeres. En los hombres, el mayor peso factorial está en el factor I, en los hombres, con comunalidad con el factor II, mientras que en las mujeres el peso factorial mayor descansa en el factor II. Se encuentra aquí otra diferencia entre géneros atribuida posiblemente a factores culturales. El factor II parece reunir la sintomatología interna, y el I la sintomatología agresiva dirigida hacia el exterior; si LSE se agrupa en el factor II en las mujeres, podría inferirse clínicamente una tendencia a una mayor depreciación subjetiva en las mujeres, y una tendencia a expresar este autoconcepto pobre en forma más agresiva en los varones, aspecto que sin embargo debe estudiarse con mayor detenimiento.

Las escalas SOD (Incomodidad social), FAM (Problemas familiares), WRK (Problemas en el trabajo), y TRT (Indicadores negativos de tratamiento) forman la última categoría de las escalas de contenido, denominada "Área de problemas generales". En la escala SOD la carga factorial, en ambos sexos, se ubica en el factor II; en FAM, los varones muestran mayor peso factorial en el factor II, y las mujeres en el I; en WRK hay comunalidad de cargas factoriales, estando la mayor carga, en ambos sexos, en el factor II; en TRT hay comunalidad, con el mayor peso en los hombres en el factor I, y en las mujeres en el II.

Las cargas factoriales mayores en la categoría de problemas generales se ubican más bien en el factor II, con la diferencia en FAM (con mayor peso factorial en el factor II en las mujeres), y TRT (con mayor peso factorial en el factor I, en los hombres).

Con estos datos, se observa que las categorías de conductas sintomáticas internas y área de problemas generales se agrupan en el factor II, y las tendencias agresivas externas en el factor I. Es probable que el factor II de las escalas de contenido, en esta muestra, se relacione con los aspectos de desorganización emocional, cognitiva y social, y que el factor I comprenda la agresividad y cargas emocionales negativas orientadas hacia el exterior, es decir, la parte conductual en sí. En relación con la categoría de baja autoestima, la escala correspondiente se ubicó en el factor II en las mujeres, y en el I en los varones, habiéndose ya hecho una observación anterior sobre el posible significado de esto.

Las escalas de contenido se desarrollaron para aclarar y dar mayor información sobre los datos de las escalas clínicas. En los pacientes psiquiátricos, parecen haber dos dimensiones principales que ayudan a evaluar, la primera referida a la desorganización conductual dirigida hacia el exterior, y la segunda a la desorganización psicológica y emocional. Sin embargo, se precisarán de más datos para obtener un criterio más preciso de las dimensiones conductuales y psicopatológicas generales que evalúan las escalas de contenido.

V. CONCLUSIONES

Se puede señalar, como conclusión general, que el MMPI-2 mostró buena capacidad de discriminación clínica entre las dos muestras comparadas. El perfil esperado con elevación en las escalas 6, 7, 8 y 9, típicamente psicótico, se observó claramente en el perfil general de los pacientes psiquiátricos. La investigación preliminar señalaba la frecuencia de una particular elevación en F, 6 y 8 en este tipo de pacientes, lo cual se reflejó en los perfiles obtenidos.

La marcada elevación en la escala 8 muestra el predominio del pensamiento desorganizado que forma parte de la sintomatología de los pacientes psicóticos. La escala 6 indica la fuerte carga de pensamiento paranoide, y la elevación en F la agudización de los conflictos y experiencias extrañas que vive el sujeto. La elevación en F corresponde a la presencia de psicopatología, y refuerza el criterio de establecer parámetros particulares de validez para pacientes psiquiátricos, pues más que criterio de invalidez, una alta F refleja psicopatología. La consideración de las escalas VRIN y TRIN es muy útil en este punto.

Las diferencias en las elevaciones de la tríada neurótica y de la tétrada psicótica, y lo encontrado en el análisis factorial, muestra que el instrumento permite evaluar y discriminar la sintomatología neurótica de la psicótica, tomando siempre en consideración que en esta evaluación deben tomarse los datos globales del instrumento, es decir, la interpretación debe ser hecha en todo caso de acuerdo con la configuración de las escalas clínicas y de validez, y no solamente con la elevación en una escala particular.

También se puede señalar la importancia de las escalas de contenido en la evaluación del MMPI-2. Como ejemplo, se puede citar la elevación en la escala BIZ, correspondiente al pensamiento psicótico, que concuerda con la información proporcionada por la elevación de la escala clínica 8. Los contenidos de las escalas de contenido muestran buena correlación con los puntajes obtenidos en las escalas clínicas, y muestran ser un respaldo eficaz en la evaluación del paciente individual.

La interpretación global también debe incluir el contexto en el cual de mueve el individuo, en este caso el paciente psiquiátrico. Aunque el MMPI-2 se muestra como un instrumento muy eficaz de evaluación y diagnóstico clínico, es un medio que debe

complementarse con el empleo de otras técnicas, siendo en este caso la entrevista el medio clínico más importante para obtener los datos necesarios que permitan la integración de los datos.

Hay otra variable muy importante que se considera básica en el proceso de interpretación del MMPI-2. La evaluación debe realizarse siempre con el apoyo de la experiencia clínica y de investigación, necesitándose conocimientos adelantados de psicología general, psicopatología y psicometría. Estos conocimientos son imprescindibles debido a la naturaleza del trabajo efectuado. Como ya se mencionó en la parte de consideraciones teóricas, el psicodiagnóstico es un proceso delicado, con implicaciones más allá del ambiente clínico en sí, por lo que la persona que lo realice debe estar muy consciente de que no se trata de aplicar inventarios y buscar en el manual el diagnóstico correspondiente. En todo caso, incluso el mejor instrumento de evaluación psicológica puede ser ineficaz si se lo emplea en forma inadecuada.

VI. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo con pacientes psiquiátricos es una labor enriquecedora, que permite una comprensión valiosa de los diferentes aspectos de la conducta humana. Ciertamente, un psicólogo clínico debe, o ha debido estar en contacto, con el quehacer que representa el trabajo con personas que, por una u otra circunstancia, muestran una serie de alteraciones o problemas psicológicos graves.

Las dificultades encontradas en la investigación se han debido principalmente al tiempo requerido en la aplicación del instrumento. Un sujeto "normal" requiere aproximadamente una hora y media para responder el MMPI-2; a veces, requiere más tiempo. En un ambiente psiquiátrico, el tiempo requerido puede ser mucho mayor, siendo necesario en ocasiones administrarlo en más sesiones. De todos modos, esta dificultad no puede pretender ser allanada del todo, pues la extensión del MMPI-2, y las características de cada paciente, hacen que la labor requiera una buena dosis de paciencia.

Por otro lado, la disponibilidad del paciente es otro factor que puede retardar el procedimiento, en todo caso debe respetarse siempre el programa terapéutico que se lleve a cabo en el hospital, y los horarios establecidos, de tal forma que no se interfiera con la rutina diaria.

En la presente investigación, el número de pacientes con los que se ha trabajado (200), se consideró como estadísticamente suficiente para hacer los análisis requeridos, tomando en cuenta que una cantidad de pruebas administradas fue eliminada de acuerdo con los criterios de validez que se adopten. Por esto que el criterio de selección de pacientes y el cuidado en la aplicación de la prueba deben tener un grado de rigurosidad.

Indudablemente, la muestra debe ir ampliándose, de tal forma que los resultados obtenidos tengan mayor capacidad de generalización en población clínica.

Debido a la naturaleza de la muestra clínica, se optó por un muestreo no aleatorio, administrándose la prueba a pacientes que en un momento dado estuvieran disponibles. En futuras investigaciones, pueden refinarse los procedimientos de selección, de tal forma que pueda hablarse de una mayor representatividad de las muestras clínicas, tomándose en cuenta que, de todas maneras, el paciente debe estar lo suficientemente controlado como para contestar el MMPI-2, por lo que siempre será difícil aplicar un criterio aleatorio simple.

Finalmente, debe recomendarse la ampliación de aplicaciones no sólo en lo que respecta a número de pacientes, sino a la diversidad de grupos clínicos: neuróticos, diversos trastornos de personalidad, pacientes con enfermedades somáticas no psiquiátricas, etc. Esto contribuirá a una mejor fuente de información sobre la evaluación clínica dirigida a los usuarios e investigadores del MMPI-2.

BIBLIOGRAFIA

- ACEVEDO, M. (1990). Evaluación e interpretación automatizadas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. MMPI. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988). DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- AMPUDIA, I. (1977) Consideraciones psicológicas observadas en mujeres alcohólicas. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ANASTASI, A. (1978). Tests psicológicos. Madrid: Ed. Aguilar.
- ARBISI, P. (1993). Assessing MMPI-2 profiles of psychiatric inpatients. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.
- ARBISI, P. y Ben Porath, Y. (1993). Interpreting the F Scales of Inpatients: Moving From Art to Science. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.
- BALZARETTI, G. Y LOPEZ, M. (1981). Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes (inhaladores y no inhaladores) a través del MMPI y del E.P.Q. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- BEN-PORATH, Y., MARSHALL P., BENIAK T., HECK D. (1993). MMPI-2 Characteristics of Patients with Intractible Epilepsy. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.

- BERNSTEIN, D. Y NIETZEL, M. (1987). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill.
- BUTCHER, J.N. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. User's Guide. The Minnesota Report: Adult Clinical system. Minneapolis: National Computer Systems.
- BUTCHER, J.N., DAHLSTROM, W., GRAHAM J., TELLEGEN, A., KAEMMER, B. (1989). MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- BUTCHER, J.N., GRAHAM, J.R., WILLIAMS, C.L., & BEN-PORATH, Y.S. (1990). Development and use of the MMPI-2 content scales. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- BUTCHER, J.N., GRAHAM, J.R., DAHLSTROM, W.G., Y BOWMAN, E. (1990). The MMPI-2 with college students. Journal of Personality Assessment, 54 (1-2), 1-15.
- BUTCHER, J. (1993). Practical Issues in MMPI-2 Interpretation. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.
- CABIYA, J. Y VELEZ, R. (1989). Discriminative capacity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with three samples of Puerto Rican population. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 7, 105-115.
- COLLIGAN, R., OSBORNE D., SWENSON W., Y OFFORD K. (1985). Using the 1983 norms for the MMPI: Code type frequencies in four clinical samples. Journal of Clinical Psychology, 41 (5), 629-633.

- DACEY, C., NELSON W., Y AIKMAN, K. Prevalence rate and personality comparisons of bulimic and normal adolescents. Child Psychiatry and Human Development 20 (4), 243-251.
- DE LA SELVA, S. (1987). Perfil de personalidad de la mujer policía y su comparación con otros grupos. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- EY, H., BERNARD, P., BRISSET, CH. (1980). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson, S.A.
- FRAZIER, S.H. (1974). Introduction to Psychopathology. New York: Jason Aronson, Inc.
- FREEDMAN, A., KAPLAN, H., SADOCK, B. (1978). Comprehensive textbook of Psychiatry. Vols. I y II. Baltimore: The Williams and Wilkins Company.
- FREEDMAN, A., KAPLAN, H., SADOCK, B. (1982). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores.
- GARDFIELD, S. (1982). Psicología Clínica. El estudio de la Personalidad y la Conducta. México: El Manual Moderno.
- GOLDMAN, H. (1989). Psiquiatría General. México: Ed. El Manual Moderno.
- GONZALES, G. (1979). Estudio de correlación de las respuestas del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de las escalas L, F, K, D y SI de normales, neuróticos depresivos y esquizofrénicos en población Mexicana. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

- GRAHAM, J.R. (1990). MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology. Oxford: University Press.
- GRAHAM, J. (1993). MMPI-2 Validity & Clinical Scales. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.
- HARKNESS A., McNULTY J., & BEN-PORATH, Y. (1993). The MULT Does Measure a Five Factor Model: Introducing the PSY-5. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, Fl.
- HENRICHS, T. (1990). The effect of methods of accurate feedback on clinical judgements based upon the MMPI. Journal of Clinical Psychology, 46 (6), 778-781.
- HUGHES, J. (1984). Manual de Psiquiatría Moderna. México: Limusa.
- HURT, S., CLARKIN, J., MOREY L. (1990). An examination of the Stability of the MMPI Personality Disorder Scales. Journal of Personality Assessment, 54 (1 & 2), 16-23.
- LUCIO, E. Y REYES, I. (1992). El MMPI-2 en estudiantes universitarios mexicanos. México: UNAM.
- KENDALL, P. Y NORTON-FORD, J. (1988). Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales. México: Editorial Limusa.
- KERLINGER, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.
- KISKER, G. (1984). La personalidad desorganizada. Psicología anormal. México: Trillas.

- KNOWLES, E. Y SCHROEDER, D. (1990). Personality Characteristics of sons of alcohol abusers. Journal of studies on alcohol 51 (2), 142-147.
- KOLB, L. (1985). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- LADRON DE GUEVARA, M. Y MUÑOZ, M. (1992). Trastornos neuróticos que presentan los estudiantes universitarios. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- MEGARGEE, E. (1971). Métrica de la personalidad. Vol.1. México: Trillas.
- MISCHEL, W. (1988). Teorías de la Personalidad. México: McGraw-Hill.
- NUNEZ, R. (1979). Aplicación del MMPI a la Psicopatología. México: El Manual Moderno.
- NUNEZ, R. (1987). Pruebas psicométricas de la personalidad. Manual práctico del MMPI. México: Trillas.
- OSORIO, M. Y RIOS, C. (1986). Características de personalidad del paciente con hipertensión arterial. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- PAGE, J. (1982). Manual de Psicopatología. Barcelona: Paidós.
- PANCHERI, S. (1982). Manual de Psiquiatría Clínica. México: Trillas.
- PATINO, J.L. (1985). Psiquiatría clínica. México: Salvat.
- PEREZ, A. (1981). Psicología Clínica. Problemas fundamentales. México: Trillas.

- PERVIN, L. (1988). Personalidad: teoría, diagnóstico e investigación. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- PICK, S. Y LOPEZ, A. (1990). Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.
- POLAINO-LORENTE, A. (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.
- RASKIN, R. Y NOVACEK, J. (1989). An MMPI Description of the Narcissistic Personality. Journal of Personality Assessment, 53 (1), 66-80.
- REYES, P. Y LOPEZ, A. (1977). El MMPI en la detección de psicopatología en casos de desorientación vocacional. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- RIVERA, O. (1987). Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I. México: El Manual Moderno.
- RIZETTI, F., HIMMEL, E., MALTEZ, S., GONZALEZ, H. y otros (1989). Estandarización del MMPI en población adulta chilena. Revista Chilena de Psicología, 10 (1).
- SARASON, I. (1975). Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. México: Trillas.
- SOMARRIBA, L. (1978). Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes alcohólicos. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- TABOADA, M.L. (1993). Normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- TINIUS, T. y BEN-PORATH, Y. (1993). A Comparative Study of Native and Caucasian Americans Undergoing Substance Abuse Treatment. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A), St. Petersburg Beach, Fl.
- VAN RILLAER, J. (1985). Las ilusiones del psicoanálisis. Barcelona: Ariel S.A.
- VENN, J. (1988). Low Scores on MMPI Scales 2 and 0 as indicators of Character Pathology in Men. Psychological Reports, 62, 651-657.
- WARBIN, R., ALTMAN, H., GYNTHNER, M., Y SLETTEN, I. (1971). A New empirical automated MMPI Interpretative Program: 2-8 and Code Types.
- WATSON, N., HARRIS, W., JOHNSON, J., LABECK, L. (1983). MMPI 8-2 Code Types. Clinical and content norms for a mixed psychiatric adolescent population. Journal of Clinical Psychology, 39 (5), 696-709.
- WEIDA, A. (1993). MMPI-2 profiles of Adult Male Inpatients with and without a self reported history of childhood sexual abuse. Paper presented at the 28th Annual Symposium on Recent Developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A), St. Petersburg Beach, Fl.
- WOOTEN, A. (1984). Efficiency of local MMPI Norms in the detection of Psychopathology. Journal of Personality Assessment 3, (48) 285-290.