

130
Zig



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DESARROLLO DE LA ESCALA " F PSICOPATOLOGICA "
DEL MMPI-2 PARA POBLACION MEXICANA

T E S I S
Q U E P R E S E N T A N
GABRIELA LARRAGUIVEL SOSA
LUIS MONZON GARCIA
SONIA OYERVIDES GARCIA
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA



DIRECTOR DE TESIS:
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
REVISOR DE TESIS:
MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS.

Queremos brindar nuestro más sincero reconocimiento y sobre todo nuestra gratitud a la Doctora Emilia Lucio Gómez-Maqueo, quien hizo posible esta investigación, por su valioso apoyo y la oportunidad de formar parte de su equipo.

A la Maestra Amada Ampudia Rueda por la calidez, compañerismo y solidaridad que siempre nos ofreció a lo largo de este trabajo.

A todas las compañeras del proyecto que nos acompañaron y que también son parte de este esfuerzo.

A nuestros revisores que nos hicieron atinadas e inapreciables aportaciones para la culminación de nuestro estudio.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor, respeto y gratitud a quienes hicieron posible que yo llegara a cumplir esta meta, mis padres Lilia y Manuel, ustedes son lo más valioso que tengo.

A mis hermanos Tere e Iván, quienes a través de su ejemplo me han enseñado el camino.

A mi Doctor Luis Jimenez , quien siempre ha estado junto a mí, en las buenas y en las malas, muchas gracias por tus sabias enseñanzas y sobre todo por tu apoyo.

A Raúl García, porque fuiste tú el que recorrió todo este camino junto a mí, por todos los anhelos y sueños que alguna vez compartimos. Muchas gracias por todo el amor, apoyo y comprensión que siempre me brindaste...

A una persona muy especial y una de las más queridas , a mi mejor amigo Daniel.

No puedo dejar de mencionar en este espacio a quien es mi guía y siempre me bendice en todo lo que hago y ese es sin duda Dios padre...

Sonia Oyervides García

Dios mío, gracias por el regalo de la vida, gracias por la inteligencia y la voluntad, gracias por el amor del cual siempre me has provisto.

A ti ofrezco mis logros...

Papá y Mamá:

Este trabajo simboliza todo el amor y el respeto, la responsabilidad, la entrega, la lucha y la constancia que de ustedes siempre he recibido y he aprendido a través de su testimonio de vida personal y de pareja, como profesionales y sobretodo como hombre y mujer de gran fe. Los amo...

Andrea y Barbara:

Sé que en algún momento de su vida, si Dios lo permite así, irán alcanzando metas que se han propuesto como hasta ahora lo han hecho, pues nos han enseñado la fe, la esperanza y el amor hacia nosotras mismas, hacia la vida y hacia nuestros semejantes.

En esta ocasión es mi turno y la presencia de ustedes es muy significativa para mí.

José Manuel:

He reservado este espacio para ti porque quiero mencionar que en este trabajo tu también formas parte, pues contribuiste incondicionalmente para su realización. Agradezco profundamente tu apoyo y ayuda.

Por el Amor y Respeto que nos une...

A mis abuelos Calixto y Carolina, Gabriel y Elena, porque de ellos siempre he recibido tanto cariño y enseñanzas.

A mi Iglesia que me ha formado y que me ha enseñado a fortalecer mi espíritu.

Y a todos mis amigos que de alguna u otra forma siempre me han brindado su cariño y me han acompañado a lo largo de este tiempo.

Gabriela Larraguelve Sosa

*A mis padres por todas las oportunidades
que me dieron.*

*A mi hermana Virginia, con quien tengo una
deuda que jamás podré pagar.*

*A mi hijo Bernardo, más que un hijo un
compañero.*

Luis Monzón García

RESUMEN

La presente investigación describe el desarrollo de la escala de infrecuencia F psi-mex para el MMPI-2, la cual es un escala adicional de validez, que permite interpretar las elevaciones significativas en las escalas F y Fp, en términos de discriminar la exageración o fingimiento de la presencia de severa psicopatología.

Este estudio se basa en la metodología seguida por Arbisi y Ben-Porath (1993) para interpretar las elevaciones observadas en los escalas F y Fp en poblaciones clínicas estadounidenses.

Esta investigación es un estudio retrospectivo en el que se utilizó una muestra de 216 pacientes psiquiátricos, 112 hombres y 104 mujeres internos en varias instituciones de la ciudad de México. Asimismo se utilizó la muestra normativa estudiantil estudiada por Lucio y Reyes, (1994).

La escala que se propone consta de 20 reactivos que demostraron ser respondidos en dirección crítica infrecuentemente tanto por la población psiquiátrica como por la estudiantil. Se incluyen tablas de puntajes T lineales para su interpretación, así como también las correlaciones obtenidas para esta escala con las escalas de validez, clínicas y de contenido.

La escala Fpsi mexicana propuesta cumple los criterios que los autores norteamericanos proponen para su funcionamiento, ya que por un lado se mantiene en un puntaje aproximado de T 60 (según las calificaciones T calculadas en este estudio) en hombres psiquiátricos y universitarios, y en un puntaje alrededor de T 55 en mujeres psiquiátricas y universitarias. Por otro lado, presenta correlaciones bajas con escalas que evalúan psicopatología severa y desajuste general.

INDICE

Introducción	7
--------------------	---

CAPITULO 1 EVALUACION DE LA PERSONALIDAD

1.1 Psicología de la personalidad	10
1.2 Teoría de los rasgos	13
1.3 Evaluación de las pruebas psicológicas	15
1.4 Pruebas de la personalidad	17
1.5 Examen y evaluación psicológica del paciente psiquiátrico	20
1.6 Características generales de diversos cuadros clínicos	21
1.6.1 Psicosis esquizofrénicas	21
1.6.2 Trastornos del estado de ánimo	24
1.6.3 trastornos y síndromes mentales orgánicos	26

CAPITULO 2 EL MMPI Y EL MMPI-2

2.1 El MMPI	31
2.2 El MMPI-2	36
2.2.1 Razones para la reestandarización en E.U. y en México	36
2.2.2 Inicios del MMPI-2	37
2.2.3 El MMPI-2	39
2.2.4 Impacto del MMPI-2 en el MMPI original	40
2.2.5 Normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en México	42
2.3 Escalas de validez del MMPI-2	47
2.3.1 Escala "no puedo decidir" (?)	48
2.3.2 Escala L (mentira)	49
2.3.3 Escala K (corrección)	50
2.3.4 Escala F (infrecuencias)	52
2.3.5 Escala F posterior (Fp)	59
2.3.6 Escala F psiquiátrica (F psi)	61
2.3.7 Escala de inconsistencia de respuestas variables (INVAR)	63
2.3.8 Escala de inconsistencia de respuestas verdaderas (INVER)	63

2.4 Estudios realizados con el MMPI-2 con las escalas de validez	64
2.5 Escalas clínicas del MMPI-2	70
2.6 Escalas Suplementarias	72
2.7 Escalas de Contenido	75

**CAPITULO 3
METODO**

3.1 Planteamiento y justificación del problema	80
3.2 Hipótesis	82
3.3 Variables	84
3.4 Muestreo	85
3.5 Sujetos	86
3.6 Criterios de inclusión	86
3.7 Tipo de estudio	87
3.8 Diseño	88
3.9 Instrumento	88
3.10 Procedimiento	88
3.11 Análisis de los datos	91

**CAPITULO 4
RESULTADOS**

Presentación	94
4.1 Análisis de frecuencias de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica mexicana	95
Figura 1. Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala F, muestra psiquiátrica masculina	96
Figura 2. Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala F, muestra psiquiátrica femenina	97
Figura 3. Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala Fp, muestra psiquiátrica masculina	98
Figura 4. Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala Fp, muestra psiquiátrica femenina	99
4.1.2 Distribución de las frecuencias de las escalas F y Fp con respecto al puntaje T	100

Tabla 1.	
Frecuencias de la escala F en puntajes T en la muestra psiquiátrica mexicana, hombres	100
Tabla 2.	
Frecuencias de la escala Fp en puntaje T en la muestra psiquiátrica mexicana, hombres	101
Tabla 3.	
Frecuencias de la escala F en puntaje T en la muestra psiquiátrica mexicana, mujeres	101
Tabla 4.	
Frecuencias de la escala Fp en puntaje T en la muestra psiquiátrica mexicana, mujeres	102
4.2 Análisis de las frecuencias de las escalas F y Fp	102
4.3 Análisis de las frecuencias de las escalas F psi americana	103
Figura 5.	
Cantidad de reactivos de la escala Fpsi americana contestados por pacientes masculinos mexicanos	104
Figura 6.	
Cantidad de reactivos de la escala Fpsi americana contestados por pacientes femeninos mexicanos	105
4.4 Desarrollo de la escala F psi mexicana	106
Tabla 5.	
Reactivos que conforman la escala Fpsi mexicana	107
Tabla 6.	
Medias y desviaciones estándar de la escala Fpsi mexicana .	110
Tabla 7.	
Puntajes T lineales para la Escala Fpsi mexicana, hombres.	111
Tabla 8.	
Puntajes T lineales para la Escala Fpsi Mexicana, mujeres.	112
4.5 Índices de correlación de la escala F psi-mex con las escalas de validez, clínicas y de contenido	113
Tabla 9.	
Correlación entre las escalas F y otras escalas de validez en población psiquiátrica mexicana, hombres	113
Tabla 10.	
Correlación entre las escalas F y otras escalas de validez en población psiquiátrica mexicana, mujeres	114
Tabla 11.	
Correlación entre las escalas F y las escalas clínicas, hombres	114

Tabla 12. Correlación entre las escalas F y las escalas clínicas, mujeres	115
Tabla 13. Correlación entre las escalas F y las escalas de contenido, hombres	116
Tabla 14. Correlación entre las escalas F y las escalas de contenido, mujeres	117

CAPITULO 5
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 120

Tabla 15. Número de los reactivos que conforman la escala Fpsi mexicana	121
---	-----

CAPITULO 6
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS 127

APENDICE

Tabla 1 Reactivos de la escala F contestados con mayor frecuencia por pacientes masculinos	129
Tabla 2 Reactivos de la escala F contestados con mayor frecuencia por pacientes femeninos	130
Tabla 3 Reactivos de la escala Fp contestados con mayor frecuencia por pacientes masculinos	131
Tabla 4 Reactivos de la escala Fp contestados con mayor frecuencia por pacientes femeninos	132
Tabla 5. Frecuencia de respuestas a los reactivos de la escala Fpsi norteamericana por pacientes masculinos mexicanos	133
Tabla 6. Reactivos de la escala F más frecuentemente contestados por la muestra psiquiátrica estadounidense	134
Tabla 7. Reactivos de la escala Fp más frecuentemente contestados por la muestra psiquiátrica estadounidense.....	135

BIBLIOGRAFIA 137

INTRODUCCION

La medición psicológica siempre ha sido un terreno de gran interés para los investigadores de esta área del conocimiento.

Con la aparición de las pruebas, no sólo se intentó medir la inteligencia sino que también se trató de evaluar la personalidad, por lo que surgen instrumentos que pretenden resolver este problema. Tal es el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), el cual mide rasgos que son comúnmente característicos de la personalidad, siguiendo los planteamientos propuestos por la teoría de los rasgos.

Esta prueba ha sido de importancia relevante y ha impulsado un gran número de investigaciones en muchos países además del nuestro. Sin embargo, con el paso del tiempo, los usuarios del MMPI consideraron la necesidad de una revisión y reestandarización desde los setentas (Butcher, 1972; en Graham, 1990) y es en 1982 cuando se crea un comité en la Universidad de Minnesota con la finalidad de revisar, reestandarizar y modificar el folleto de la prueba original y conducir los estudios para desarrollar nuevas formas para el instrumento (Lucio y Ampudia, 1995).

El MMPI se caracterizó por ser una de las primeras pruebas en considerar escalas que permitieran determinar la validez de los protocolos individuales, esto es, conocer el grado de veracidad con que el sujeto respondió la prueba. Hataway y McKinley incluyeron 2 escalas de validez en la versión original de la prueba: la escala L y la escala F (Hataway y McKinley, 1943; en Arbisi y Ben Porath, 1994).

El uso de estos parámetros ha probado grandemente su utilidad al grado que en la actualidad el MMPI-2 cuenta con 7 escalas de validez. Sin embargo, se ha observado que en muestras clínicas las escalas F y Fp tienden a elevarse dificultando por ello la interpretación del perfil.

Ante ello han surgido numerosas investigaciones en diversas partes del mundo. En México se están llevando a cabo investigaciones para la adaptación y estandarización de la versión revisada MMPI-2 (Lucio, 1995).

El planteamiento de este estudio está basado en la metodología propuesta por Ben-Porath y Arbisi en 1993, quienes desarrollaron una escala (Fpsi) auxiliar en la interpretación de los puntajes de la escala F del MMPI-2 en individuos que experimentan psicopatología severa; la cual se integró a partir de reactivos que no son frecuentemente contestados por pacientes internos. El estudio se llevó a cabo con una muestra de pacientes psiquiátricos para observar si este tipo de población responde como se espera en la escala F, o si es necesario desarrollar una escala específica para ellos. Además se estudió el comportamiento de la escala en la población normativa universitaria mexicana.

En la primera parte de la investigación se presentan los fundamentos de constructos teóricos tales como personalidad -específicamente teoría de los rasgos, ya que el instrumento basa su construcción en ella-, evaluación psicológica y características generales de ciertos cuadros clínicos presentados por los pacientes que integraron la muestra estudiada.

Dentro de los aspectos teóricos revisados como apoyo al estudio de las escalas F, Fp y Fpsi se abarcaron aspectos relevantes del instrumento empleado, tanto de la versión original como de la revisada, MMPI-2; en los que se incluyen datos de normalización, confiabilidad y validez en México, escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias, al igual que los estudios más recientes realizados tanto en Estados Unidos como en México con las escalas de validez;

Posteriormente, se presenta la metodología empleada y los resultados obtenidos, en los que se incluye la propuesta de una escala de validez de infrecuencia para poblaciones clínicas mexicanas (Fpsi-mex) para ser utilizada con el MMPI-2 que permita entender las elevaciones de las escalas F y Fp en este tipo de poblaciones.

Por último se incluye la discusión y las conclusiones de la investigación realizada.

I

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD

1.1 Psicología de la Personalidad

La era científica comenzó en el terreno de las ciencias físicas en los siglos XVII y XVIII. El interés por el método científico se extendió a las ciencias biológicas y para los comienzos del siglo XIX, la fisiología experimental era un foco de interés para la investigación en los laboratorios experimentales de Alemania y otros países Europeos. En 1879, Wilhelm Wundt estableció en Leipzig el primer laboratorio de Psicología Experimental. Los fisiólogos experimentales se interesaron en el funcionamiento de los sentidos, a su vez, se preocuparon por medir la velocidad de reacción en respuestas motoras sencillas.

Gradualmente, se desarrolló el trabajo experimental a la medición de aspectos psicológicos, por ejemplo: el ritmo de aprendizaje, el tiempo de reacción de temas mentales complejos, etc. Todo esto, dió como resultado diseños experimentales y técnicas estadísticas, que pudieron ser adaptadas a problemas de medición psicológicas y educativas de manera más general.

La medición psicológica en el siglo XX se puede analizar convenientemente mediante cuatro periodos históricos. La fase precursora comprende de 1900 a 1915, época de búsqueda y desarrollo inicial de métodos, en donde surgieron las primeras escalas de inteligencia de Binet y aparecen los tests estandarizados de aprovechamiento en diversas materias, un ejemplo de ello son los Tests de Aritmética de Stone, los Tests de Ortografía de Buckingham y los Tests de Lenguaje de Trabue y se dió inicio a la composición de tests aplicables a grupos.

De 1915-1930 se considera el periodo de auge del desarrollo de los tests. Dado que ya se había abierto el camino, se multiplicaron con rapidez. Se idearon a su vez tests estandarizados para medir todas las destrezas escolares y para todas las áreas de contenido de los programas escolares. Es en este periodo que hacen su aparición las Baterías de Tests de Aprovechamiento, así como el surgimiento de Cuestionarios e Inventarios de Personalidad. En este periodo, los tiempos de guerra influyeron de manera determinante tanto en su elaboración como en su aplicación.

El uso de tests fue generalizado, lo que dió por consecuencia su utilización indiscriminada sin sentido crítico de los posibles abusos y consecuencias. Por lo que este período de auge, es seguido por un señalamiento exhaustivo al abuso de dichos instrumentos.

Es en el tercer período comprendido entre 1930-1945, cuando se hace una evaluación, se reconsidera la postura, se amplían las técnicas y se delimitan las interpretaciones. Se desplaza la medición a la Evaluación. En estos tiempos, los Métodos Proyectivos Globales pasan a un primer plano.

A partir de 1945 se hace uso de las Baterías de Pruebas y de Programas para la aplicación de Tests. Es en éste período que se hace presente la segunda era de críticas, en tales circunstancias, importante que la elaboración, empleo e interpretación de estos instrumentos sean bien entendidos por maestros, orientadores y psicólogos, para quienes son instrumentos diarios de su profesión (Anastasi, 1978).

Con la aparición de las pruebas psicológicas no sólo se hicieron intentos por evaluar la inteligencia sino también la personalidad; tema que sin duda alguna ha sido estudiado ampliamente, creándose diversas teorías para definirla, entenderla y, por tanto, evaluarla; sufriendo cambios de acuerdo a la época y sus necesidades por lo que este concepto ha tenido una gran evolución.

El estudio de la personalidad puede explicarse en función de varias razones, por ejemplo, permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc. de determinada manera. Igualmente integra en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo y ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que la integran (Anastasi, 1978). Sobre el tema muchas han sido las aportaciones de distintos teóricos de los diversos campos de conocimientos.

Sigmund Freud, considerado como el padre del Psicoanálisis y de la teoría de la personalidad (Bischof, 1975), buscaba explicar la conducta a través de los instintos, impulsos o motivos inconscientes. Describe el desarrollo de la personalidad a partir de una secuencia

evolutiva de diferentes etapas y una dinámica de la conducta a través de la relación y funcionamiento de la estructura psíquica (Ello, Yo , Superyo) y sus mecanismos de defensa.

Esta teoría de la personalidad fue la base para el desarrollo de muchas otras que aceptaban, modificaban o rechazaban los diversos conceptos que esta teoría proponía para la explicación y comprensión del ser humano. Tales como Carl Jung (1875-1961), A. Adler (1870-1937), Erich Fromm (1900), Erik Erikson (1902) y Sullivan, entre otros (Ampudia, 1994).

Algunas teorías han surgido de intentos deliberados por describir y medir la personalidad, introduciendo métodos estadísticos multivariados para encontrar factores diferentes o dimensiones de ésta y así construir los instrumentos que la evalúen.

El estudio de la personalidad se encuentra siempre en constante investigación y las formulaciones teóricas siguen dedicadas al problema de definir y estudiar científicamente los conceptos.

Un enfoque que contribuye a la precisión del estudio de ésta y que toma en cuenta lo individual y lo general, es la denominada teoría de los rasgos. El término de "rasgo" ha sido definido de manera diferente por diversos autores, sin embargo han coincidido en que un rasgo es una característica de la personalidad, estable y duradero; son una disposición a actuar de cierta forma y no una predeterminación absoluta de la conducta (Lamberth, 1978; en Taboada, 1993).

Para Anastasi (1978) dentro de los teóricos que destacan en el estudio de los rasgos es importante señalar a R:B: Catell quien, alrededor de 1905, utiliza ampliamente el análisis factorial con el objetivo de encontrar los rasgos de un individuo y la forma de diferenciar entre dichos rasgos (Lamberth y otros, 1978; en Taboada, 1993). Para Catell la unidad básica del estudio de la personalidad es el rasgo. Su definición de personalidad está relacionada con la predicción: "personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación" (Bishop, 1975). Reconoce que los factores medioambientales y constitucionales tienen influencia en la personalidad considerando además la existencia de rasgos de origen que ayudan a determinar y explicar la conducta, diferenciándoles de los rasgos de superficie que son agrupamientos de conductas observables y están determinados por los rasgos de origen, a los cuales denomina también factores primarios de personalidad.

Otro autor conocido por sus estudios con análisis factorial es Hans J. Eysenck , quien plantea que los rasgos deben definirse operacionalmente y destaca que su importancia inicial es su contribución a la identificación de dimensiones o tipos de personalidad (Cueli y Reidl, 1976). Allport (1974), en su estudio de la personalidad trató de situarse entre lo individual y lo general de esta, inclinándose por lo primero, llegando incluso a distinguir entre el carácter ideográfico y el nomotético. Su teoría tendió a la búsqueda de leyes universales. Basándola también en el estudio de los rasgos ya que estos permitían la descripción de la personalidad considerándolos como formas de actuar específicas y consistentes en una misma persona.

Para Allport (1977) la personalidad es: "la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y modo de pensar característicos". Tanto Allport como Catell, consideraban que los rasgos eran una fuente importante de la conducta humana, aunque diferían en el método para identificar y evaluar los rasgos (Cueli y Reidl, 1976, p. 87).

Para la evaluación de la personalidad debe existir congruencia entre la teoría que se adopta y el instrumento elegido para así obtener los resultados deseados. Por lo tanto, los psicólogos cuentan al menos con cuatro instrumentos para este fin: la entrevista, la observación, pruebas proyectivas y pruebas objetivas (Morris, 1987; en Anastasi, 1978).

1.2 Teoría de los rasgos

Se ha definido a la personalidad con base en el supuesto de que las personas poseen determinadas características estables, a las que se les ha denominado rasgos. La evaluación de la personalidad, por tanto, ha consistido principalmente en la medición de varios rasgos. (Kendall y Norton, 1988).

En la vida cotidiana, nadie, ni siquiera un psicólogo duda de que por debajo de la conducta de una persona hay rasgos o disposiciones características. Los intereses y estilos de expresión de una persona son demasiado coherentes y demasiado evidentemente estructurados para que se pueda dar razón de ellos en términos de hábitos específicos o elementos idénticos. Los rasgos no son creaciones de la mente del observador ni tampoco ficciones verbales, sino que han sido

aceptados como hechos psicofísicos, como disposiciones psicofísicas efectivas vinculadas a sistemas neurales de presión y determinación. (Allport, 1974).

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 1968; en Miscel, 1988).

Se ha identificado un gran número de rasgos con los cuales muchas personas pueden compararse. Los rasgos, tal como existen en el individuo son bastante complejos, porque abarcan una gran variedad de comportamientos distintos y son activados por una gama de estímulos diferentes. Ni la gama de comportamientos que son la expresión de los rasgos individuales, ni la gama de estímulos que activan la disposición central, se revela por el nombre del rasgo, ni por la posición expresada en percentil que una persona ocupa en una dimensión de rasgos en particular. En otras palabras, conocer la calificación en percentil de una persona en una dimensión de rasgos comunes, es solamente un comienzo aproximado en la labor de entender la naturaleza del rasgo como existe en el individuo. (Allport, 1974).

Un número de calificaciones de rasgos en el perfil de la prueba, no puede representar fielmente la configuración única de las cualidades que constituyen al individuo. Allport cree que esta individualidad modelo puede enfocarse mejor a través de rasgos individuales, los que en su formulación posterior denomina carácter personal. Dicho autor, define al carácter como una estructura neuropsíquica generalizada y peculiar a cada individuo y con la capacidad de producir muchos estímulos funcionalmente equivalentes e iniciar formas uniformes o equivalentes de comportamientos de adaptación o de estilo. (Allport, 1969; en Dicaprio, 1986).

El carácter personal tiene la capacidad de producir estímulos equivalentes funcionalmente. En la misma forma en que inquirimos dentro de la amplia gama de respuestas que expresan un carácter, así mismo podemos inquirir acerca de la gama de estímulos que son equivalentes funcionalmente y tiene el mismo significado para el individuo.

Los rasgos no tienen ningún parecido a las facultades impersonales, como la memoria, voluntad, sagacidad, etc., ya que estas son universales, en cambio los rasgos son personales;

mientras que las primeras son independientes, los rasgos son interdependientes; las facultades son a priori, los rasgos deben ser descubiertos empíricamente en el caso individual, ya que no son observados en forma directa, son inferidos. Por tanto, el investigador psicológico debe ampliar todos los instrumentos empíricos de su ciencia que puedan servir para que sus inferencias resulten válidas.

1.3 Evaluación de las pruebas psicológicas

Un instrumento de medición psicológica es aquella técnica metodológica producida artificialmente, que obedece a las reglas explícitas y coloca al o a los individuos en condiciones experimentales, con el fin de extraer el segmento del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística conductora a la clasificación cualitativa, tipológica o cuantitativa de la característica o características que se están evaluando. (Morales, 1975).

Para decir que un instrumento psicológico constituye un buen diseño de medición, es necesario hablar de una evaluación de las pruebas psicológicas, es decir, enunciar los criterios que el psicólogo, el psicómetra y el constructor de los instrumentos de medición han de tomar en cuenta para juzgar y determinar si el o los instrumentos que van a utilizar para fines específicos son apropiados.

Es obvio afirmar que para poder hacer una buena elección de la instrumentación, útil en un momento dado, quien maneje las pruebas debe poseer conocimientos técnicos a fin de establecer si existen los requisitos mínimos para considerar que se ha seleccionado el mejor de los instrumentos. Estos conocimientos se refieren cuando menos en forma elemental al grado de confiabilidad y validez, a la objetividad y sensibilidad del instrumento, así como al hecho fundamental de si ha sido estandarizado o cuando menos adaptado, y en qué grupo o grupos de sujetos se han hecho tales estudios.

Para Anastasi (1978), las medidas psicológicas carecen de un cero absoluto, lo cual garantiza relativamente la igualdad de las unidades a través del rango de la escala. Así, las calificaciones de un individuo no tienen significado sino en función de la ejecución de un grupo de individuos contra el cual se comparaba el individuo mismo. La calificación de una persona en una prueba sólo tiene significado si se compara con la de otras personas del grupo; es el error de

interpretación el cual puede deberse a dos situaciones: a) al grupo contra el que ha sido comparado el sujeto en cuestión, y b) a la forma en que se ha expresado la comparación entre el sujeto y el grupo. Por esta razón, los procesos de adaptación y estandarización que culminan con el establecimiento de tablas de normas o grados de calificación para grupos específicos, deben tenerse en cuenta en la elección y evaluación de la instrumentación en el trabajo psicológico. Existen dos medios para establecer comparaciones individuo-grupo: a) comparar al sujeto con su grupo correspondiente, o b) comparar al sujeto con un grupo al cual aspira a formar parte.

En cuanto a la confiabilidad de las pruebas, esto se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con la misma prueba en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen.(Anastasi, 1978).

El concepto de confiabilidad de la prueba se ha usado para abarcar varios aspectos de la consistencia de la puntuación, es decir, indica hasta qué punto pueden atribuirse a errores de medida de las diferencias individuales en las puntuaciones de la prueba y hasta qué punto cabe atribuirlos a diferencias verdaderas de la característica que estamos sometiendo a consideración. Cualquier condición que no sea afín al propósito de la prueba representa una varianza de error. Así, cuando el examinador trata de mantener uniformes las condiciones de aplicación (ambiente, instrucciones, límite de tiempo, etc.) está reduciendo la varianza de error y haciendo más fiables las puntuaciones. Por tanto, toda prueba debe enunciar su confiabilidad.(Anastasi, 1978).

Al hablar de la validez de un instrumento, nos referimos a lo que este mide y a cómo lo mide. Solo es posible definir el rasgo que mide un determinado instrumento mediante el examen de los criterios específicos y otras fuentes objetivas de información, utilizadas para establecer su validez (Anastasi, 1978). No puede informarse sobre la validez de una prueba en términos generales, no puede decirse de ninguna que tiene una validez alta o baja en abstracto, su validez debe determinarse respecto al uso particular para el que lo consideramos.

Todos los procedimientos para determinar la validez de una prueba se basan en las relaciones entre la actuación en dicha prueba y otros hechos observables independientemente relativos al rasgo de conducta que se está considerando. Estos procedimientos, según los Standars For Educational Tests and Manuals (1955), (Anastasi, 1978), se clasifican en tres

categorias principales: validez de contenido, validez empírica o de criterio y validez estructural o de elaboración.

La validez de contenido supone el examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse. En cuanto a la validez empírica o de criterio, indica la eficacia de una prueba en la predicción de la conducta del individuo en situaciones específicas, comparando la actuación en la prueba con un criterio, es decir, una medida directa e independiente de lo que está destinado a medir dicha prueba. En lo que se refiere a la validez estructural, este concepto significa el grado en que una prueba mide una elaboración o un rasgo teórico; esta requiere de mayor información de diversas fuentes.

La validez requiere un mínimo de objetividad, confiabilidad y estandarización. Una prueba falta de validez es absolutamente inútil, a pesar de que sea objetiva, confiable y este bien estandarizada.

1.4 Pruebas de la personalidad

En la terminología de los tests psicológicos, la designación de test de la personalidad suele referirse a la medida de características tales como la adaptación emocional, las relaciones sociales, la motivación, los intereses y actitudes.

Se puede considerar como un precursor de los tests de personalidad a Kraepelin, quien utilizó el Test de Asociación libre con pacientes anormales, en el cual se le presentaban al sujeto palabras-estímulo seleccionadas y se le pedía que respondiera a cada una con la primera palabra que se le ocurriera. En 1984, Sommer sugirió que el test de la asociación libre podía usarse para distinguir diversas formas de trastorno mental. La técnica de asociación libre posteriormente fue utilizada para una variedad de fines en la aplicación de test, (Anastasi, 1978).

A lo largo del tiempo han hecho su aparición en la escena psicológica, una variedad de técnicas y métodos con diferentes formatos, diferentes estructuras lógicas y diferentes presupuestos teóricos. Estas técnicas se pueden catalogar de diversas formas. Algunas de ellas se han derivado dentro de un contexto teórico específico y esencialmente son intentos por aplicar

esta teoría a la práctica en alguna forma concreta. Otras se han derivado partiendo de una base empírica, observando que también se distinguen entre sí a los grupos específicamente designados a los puntos y a los resultados de las pruebas.

Existen dos clases principales de pruebas de la personalidad: las psicométricas y las proyectivas. Las pruebas proyectivas se asocian principalmente con el modelo psicodinámico de la psicología clínica. A partir de la creencia de Freud de que las personas tienden a defenderse atribuyendo a objetos y personas ajenos aquellos aspectos de su propia personalidad que le son inaceptables; En 1939, Frank amplió este concepto de la proyección, postulando que existe una "tendencia general de las personas para que su mediación cognitiva de las entradas perceptuales se vea influida por sus necesidades, intereses y organización psicológica general" (Exner, 1976, p. 61). Lo que en otras palabras implica que bajo esta teoría la personalidad de cada individuo determinará, por lo menos en parte, la forma de cómo percibe e interpreta las cosas. (Bernstein y Nietzel, 1988)

Por lo general, los métodos o pruebas proyectivas provocan reacciones a estímulos ambiguos o carentes de estructura (tales como manchas de tinta o frases incompletas) que bajo esta perspectiva posteriormente se interpretan como un reflejo de la estructura y dinámica (inconsciente) de la personalidad. Algunas de las pruebas proyectivas se aplican y responden por escrito, pero lo más frecuente es que la persona dé una respuesta oral a cada reactivo (Bernstein y Nietzel, 1988).

Las pruebas psicométricas de la personalidad presentan estímulos bastante claros y específicos, tales como preguntas, declaraciones o conceptos y se le pide a la persona que responda a esta con contestaciones, elecciones o calificaciones directas. La mayor parte de las pruebas psicométricas de la personalidad son de lápiz y papel y se pueden calificar mecánicamente.

El cuestionario de la personalidad, al que algunas veces se llama Inventario Autodescriptivo, consiste de una serie de preguntas a las que el sujeto mismo responde; la mayoría de los cuestionarios ofrecen cierto número limitado de alternativas, por ejemplo: "sí", "no" y "no sé".

El prototipo de Inventarios Autodescriptivos de la personalidad, fue la "Hoja de Datos de Personajes de Woodworth", utilizada durante la Primera Guerra Mundial. Este inventario fue esencialmente un intento de tipificar una entrevista psiquiátrica y adaptar el procedimiento al examen de las masas. Por lo que Woodworth reunió información respecto a los síntomas comunes neuróticos y preneuróticos, consultando la literatura para ello. En la selección final de elementos, aplicó ciertas comprobaciones estadísticas empíricas que apuntaban hacia la clave de criterio, es decir, en este inventario no se refería ningún elemento si el 25 % o más de un grupo normativo respondía en forma desfavorable. El supuesto racional de este proceder se basaba en una característica de conducta que aparece con tanta frecuencia en una muestra esencialmente normal, que no puede ser indicativa de anormalidad.

Otro de los primeros ejemplos de creación de estas pruebas es el A-S Reaction Study (test de ascendencia-sumisión) (Allport, 1928; Buggles y Allport, 1939; Anastasi, 1978), que se utilizó como una medida de la ascendencia-sumisión, tratando de valorar la tendencia del individuo a dominar a sus compañeros o a ser dominado por ellos en los contactos íntimos de la vida diaria. Por lo tanto, presentaban al individuo elementos con descripciones de diversas situaciones y 2 ó 4 modos alternativos de enfrentarse a la situación, pidiéndole al sujeto que indicara la alternativa que representaba con más exactitud su reacción corriente.

Las ponderaciones de puntuación para el Test A-S se establecieron empíricamente basándose en las valoraciones del criterio obtenidas por aquellos sujetos del grupo normativo que eligieron cada respuesta. Cada valoración del sujeto en el criterio representaba una medida de 5 estimaciones para la dominancia social, incluyendo una autoestimación y cuatro estimaciones dadas por compañeros. Después de la publicación de este test, se han acumulado considerables testimonios de la validez de las puntuaciones totales, principalmente por el método de los grupos contrastados. Este Test, ha influido en el desarrollo de otros muchos inventarios de la personalidad.

Un ejemplo sobresaliente de claves de criterio en la elaboración de Test de Personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, conocido como el MMPI. Este no sólo es el inventario de la personalidad más empleado, sino que ha estimulado un sin número de investigaciones, hasta el momento, se han publicado 1500 referencias sobre éste Test (Anastasi,

1978). Esta prueba la desarrollaron durante la década de 1930, publicándose en los cuarentas, en la Universidad de Minnesota, Starke Hathaway (psicólogo) y J.C. Mackinley (psiquiatra) como un medio para ayudar a los profesionales en la formulación del diagnóstico psiquiátrico de los pacientes clínicos.

1.5 Examen y evaluación psicológica del paciente psiquiátrico

El propósito del examen psiquiátrico es descubrir el origen y la evolución de los trastornos de la personalidad que puedan interferir en la satisfacción, la eficiencia o la adaptación social del paciente. Se busca, por lo tanto, obtener una perspectiva biográfico-histórica de la personalidad, un cuadro psicológico claro de la persona viva, como un ser humano específico con sus problemas individuales.

Todos los fenómenos de la conducta, incluyendo los de las enfermedades mentales, son hechos naturales, y deben, por lo tanto, estudiarse como cualquier otro objeto de investigación de historia natural (Kolb, 1985). Esto requiere que se haga un intento de reconstruir la conducta del paciente, y que se conozca la historia de su neurosis o psicosis a la luz de la mayor información posible acerca de los factores e influencias físicas, químicas, anatómicas, fisiológicas, patológicas, sociales, psicológicas, culturales y educacionales. Se verá que el examen mental debe ser un estudio clínico de la personalidad y debe tener como objetivo una valoración global del paciente. (Kolb, 1985).

Los métodos tradicionales del examen clínico son la historia del caso y la observación. El supuesto que yace debajo del uso de las pruebas psicológicas en la psicología clínica es el de que el paciente lleva en su interior, a la situación inmediata de la prueba, todo lo que atañe a su adaptación o inadaptación o lo que yace debajo de ella.

El objetivo del uso clínico de las pruebas consiste, de este modo, en colocar al sujeto en situaciones estandarizadas en las que su conducta sirva como base segura para inferir su tipo de adaptación o inadaptación (Rapaport, 1977).

En el caso del paciente psiquiátrico, según Freedman, Kaplan y Sadock (1978) la evaluación psicológica se lleva a cabo en diversas etapas que a continuación se presentan:

1. Entrevista psiquiátrica: directiva o no directiva.
2. Historia psiquiátrica: identificación (características personales), descripción de enfermedades actuales y pasadas, historia médica, anamnesis (de la infancia y adolescencia), historia sexual, historia y medio familiar, historia laboral, escolaridad, etc.
3. Examen mental en donde se valoran los siguientes aspectos: apariencia, actividad motora, lenguaje, afecto, atención y concentración, organización, curso y contenido del pensamiento, percepción, orientación, nivel de conocimientos, estado de conciencia, entre otros.
4. Evaluación mediante pruebas de inteligencia como el WAIS y de personalidad como el MMPI, ya que su difusión, su validación y derivación empírica lo hacen el instrumento más objetivo del que se puede disponer (Pancheri, 1982; en Palacios, 1994).

A continuación se describen diversos cuadros clínicos que se presentaron en los casos de la muestra que ha sido estudiada en esta investigación, que fueron evaluados a través del Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, en su versión revisada (MMPI-2).

1.6 Características Generales de diversos Cuadros Clínicos

1.6.1 Psicosis Esquizofrénicas

a. Etiología

El hecho de que la personalidad se desarrolle en forma adecuada o inadecuada depende en buena parte, de la dotación genética y constitucional de cada individuo. Sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones maternas y más tarde las transacciones familiares, que dinámicamente producen el desenvolvimiento de diversas funciones yoicas y superyoicas, y van formando el ideal del yo de cada individuo. Conforme se desarrolla la personalidad y pasa el tiempo, se tiene que hacer frente a oportunidades y causas de estrés sociales, que actúan sobre el individuo que crece y sirven para precipitar un trastorno (Kolb, 1978).

b. Fisiopatología

Tal vez la hipótesis más atractiva que hoy existe para explicar la base biológica de la esquizofrenia, es la que sugiere que existe un trastorno en las sinapsis centrales catecolámicas, lo cual establece la vulnerabilidad crucial para la esquizofrenia y quizá explica muchos de sus síntomas; esta hipótesis es el tema de estudio en muchos laboratorios actuales, y en estudios recientes se le denomina la *hipótesis de la dopamina*. Según esto, la anfetamina tiene la capacidad de producir una psicosis tóxica en muchos individuos que la reciben, y es difícil distinguir dichas psicosis de las reacciones esquizofrénicas paranoides. La anfetamina libera dopamina y noradrenalina en las terminaciones nerviosas que contienen catecolamina. La anfetamina también potencializa la acción de estos transmisores en sus sinapsis cerebrales. Así mismo se sabe que tanto las fenotiacinas como las butirofenonas que son agentes terapéuticos muy efectivos en la esquizofrenia, producen probablemente un bloqueo de los receptores de dopamina en el cerebro. Es interesante que las anfetaminas y la noradrenalina, que son sustancias que producen conducta estereotipada, estimulan a los receptores de dopamina. No obstante, hay ciertos síntomas del proceso esquizofrénico que se modifican poco con las fenotiacinas y las butirofenonas, entre ellos están el embotamiento del afecto, la anhedonia, el retraimiento y el autismo.

c. Transacción familiar

Independientemente de la anomalía biológica que el futuro esquizofrénico traiga consigo al nacer, durante las épocas de lactancia, niñez y adolescencia, su personalidad se desenvolverá como consecuencia de las transacciones que ocurran en forma repetida entre sus padres y él, y entre él y otras personas con quienes se relacione, y que por lo tanto influyan en su maduración emocional y cognoscitiva.

Las transacciones familiares que se deben al encuentro entre las capacidades del niño (determinadas por su equipo fisiológico) y por lo que los padres esperan de él, parecen tener un papel importante en el desarrollo saludable de la personalidad y en la detención o el desarrollo inadecuado de las actitudes y las funciones del yo.

Según Burnham, la consecuencia de la falta de constancia inicial en los cuidados maternos es que se altera la capacidad del niño para mantener una representación estable de la persona a

quien él necesita cuando ésta se ausenta. El niño intensifica su necesidad de la presencia de su madre y siente miedo al perderla (el dilema necesidad-miedo). Así el esquizofrénico desarrolla una vulnerabilidad especial a la separación, y dicha vulnerabilidad se vuelve el factor crucial para no poder establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. (Kolb, 1978)

Es poco probable que los trastornos en los primeros procesos de los cuidados maternos, por sí solos, sean capaces de explicar toda la gama de psicopatología esquizofrénica, como por ejemplo, la alteración en el sentido de identidad que a menudo se asocia a una confusión en el papel sexual, el uso de procesos primitivos de pensamiento y comunicación, la falta de habilidad para discriminar la fantasía de la realidad, y los defectos que impiden establecer y mantener relaciones de objeto o interpersonales. Es más lógico pensar que estas fallas en el desarrollo se deben a deficiencias que aparecen en etapas posteriores de la vida, o a distorsiones en el proceso de la personalidad.

TIPOS

Los tipos se definen por el perfil del cuadro clínico. Algunos son menos estables que otros y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables. Los tipos de esquizofrenia se clasifican como a continuación se presentan, basándose en el DSM III-R, que fue el manual empleado en el diagnóstico de los pacientes que integran la muestra estudiada.

Tipo Catatónico

La sintomatología esencial se centra en una alteración notable de la psicomotricidad, que comprende estupor, negativismo, rigidez, excitación o actitudes características. A veces, hay una rápida alternancia entre excitación y el estupor. La sintomatología acompañante incluye estereotipias, manierismos y flexibilidad cerea. Es especialmente frecuente el mutismo.

Tipo Desorganizado

La sintomatología esencial de este tipo incluye incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o una conducta muy desorganizada, y además de una afectividad aplanada o claramente inapropiada. No hay ideas delirantes sistematizadas, aunque son frecuentes las ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones cuyo contenido no está organizado en un

tema coherente. Los síntomas asociados incluyen muecas, manierismos, quejas hipocondriacas, retraimiento social extremo, etc. En otras clasificaciones, este tipo se denomina Hebefrenia.

Tipo Paranoide

La sintomatología consiste en una preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas frecuentes, relacionadas con un tema único. La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Con frecuencia se presenta una conducta interpersonal afectada, por su cualidad formal o por su extrema intensidad.

Tipo Indiferenciado

La sintomatología de este tipo consiste en síntomas psicóticos predominantes (ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias o conducta muy desorganizada) pero que no puede ser clasificada en ninguna de las categorías antes señaladas, ya que no cumplen los criterios para más de un tipo.

1.6.2 Trastornos del estado de ánimo

La sintomatología esencial de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente de la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. En el DSM-III este tipo de diagnóstico se denominó trastorno afectivo.

Episodio maniaco

El estado de ánimo puede definirse como eufórico, insólitamente optimista, festivo o elevado, con una cualidad contagiosa que arrastra al observador y que es calificada como excesiva por los que conocen bien al sujeto. La cualidad expansiva de la alteración del estado de ánimo se caracteriza por un entusiasmo incesante y un contacto no selectivo con la gente, en busca de implicación con cualquier aspecto del entorno. Aunque la elevación del estado de ánimo se considera el síntoma prototipo, la alteración predominante puede ser de irritabilidad, que se hace más evidente cuando se contraría al sujeto.

De forma característica, hay un incremento de la autoestima, que va desde una autoconfianza con total falta de crítica hasta una exagerada grandiosidad, que puede ser delirante. Casi invariablemente hay una disminución en la necesidad de dormir, el sujeto permanece despierto y lleno de energía durante muchas horas de lo habitual. Cuando la alteración del sueño es grave, el sujeto puede permanecer varios días sin dormir y sin sentir cansancio.

El lenguaje maniaco es de tono típicamente alto, rápido y difícil de interrumpir. Puede llegar a ser teatral, con canciones y manerismos dramáticos. Frecuentemente hay fuga de ideas; es decir, flujo casi continuo de un lenguaje acelerado, con cambios bruscos de un tema a otro a partir de asociaciones comprensibles, estímulos distractores o juegos de palabras.

Las actividades tienen con frecuencia características incoherentes, llamativas o extrañas, gastar excesivamente, ir desaliñado o repartir dulces, dinero o consejos a la gente que pasa. Los estudios indican que la edad predominante de inicio es antes de los 20 años. Sin embargo, en diversos casos puede aparecer después de los 50 años.

Episodio depresivo mayor

Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados: llanto, irritabilidad, rumiación excesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia, fobias, alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio.

El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva. Cuando hay alucinaciones o ideas delirantes, su contenido concuerda normalmente de una forma con el estado de ánimo, puede haber ideas de destrucción personal o del mundo, somáticas (enfermedad grave), o de pobreza. Cuando hay alucinaciones, son generalmente transitorias y no elaboradas y pueden consistir en voces que castigan al sujeto por su maldad o defectos. La edad media de inicio es después de los 20 años, pero un episodio depresivo mayor puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia.

Trastorno bipolar

La sintomatología consiste en uno o más episodios maníacos, acompañados normalmente de uno o más episodios depresivos mayores.

1.6.3 Trastornos y Síndromes Mentales Orgánicos

La sintomatología esencial de los trastornos comprende anomalías psicológicas o conductuales asociadas a una disfunción cerebral transitoria o permanente. Los trastornos mentales orgánicos son diagnosticados: a) por la identificación de uno de los síndromes mentales orgánicos y b) por la demostración a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, de la presencia de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con un estado mental anormal.

La causa orgánica responsable de un trastorno mental orgánico puede ser una enfermedad primaria del cerebro o bien una enfermedad sistémica que afecte secundariamente al cerebro. También puede ser una sustancia psicoactiva o un agente tóxico, que esté afectando la actividad cerebral o haya dejado efectos persistentes. La abstinencia de una sustancia psicoactiva, de la que el sujeto haya llegado a ser dependiente fisiológicamente, es otra causa de trastorno mental orgánico. En el DSM III-R, se presentan la siguiente clasificación en cuanto a los trastornos y síndromes mentales orgánicos:

A) Síndromes mentales orgánicos

Delirium

La sintomatología consiste en una reducción de la capacidad para mantener la atención a los estímulos externos y dirigirla a los estímulos nuevos, y en un pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante o incoherente. Este síndrome también incluye reducción del nivel de conciencia, percepciones sensoriales falsas, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y en el nivel de actividad psicomotora (intranquilidad e hiperactividad, por otra parte torpeza e incluso síntomas que recuerdan estupor catatónico), desorientación en el tiempo, espacio e i lo que se refiere a las personas y deterioro de la memoria. Las alteraciones perceptivas

son frecuentes y son el resultado de interpretaciones falsas, así como de ilusiones y alucinaciones. Los trastornos emocionales son muy frecuentes, incluyen ansiedad, miedo, depresión irritabilidad, ira, además de euforia y apatía. Los cerebros inmaduras y seniles son más susceptibles al desarrollo del delirium. La posibilidad de que un sujeto presente este síndrome aumenta si existe una historia previa de delirium o si hay una lesión cerebral preexistente.

Demencia

Consiste en un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de juicio y del control de los impulsos además de un deterioro de la memoria a corto y largo plazo. Esta disminución de la capacidad de juicio se expresa a través de un lenguaje grosero, de bromas inapropiadas, de un descuido del aspecto personal y de la higiene, además del desprecio de las normas convencionales que regulan la conducta social. En este síndrome también suelen observarse alteraciones de las funciones corticales superiores como apraxias (incapacidad para realizar actividades motoras aun cuando la comprensión como las funciones motoras se hallen intactas) y agnosias (fallas en el reconocimiento o identificación de objetos). Cuando la demencia es de tipo medio y el sujeto tiene conocimiento del deterioro de sus funciones intelectuales, puede reaccionar con marcada depresión o ansiedad. En ocasiones, puede haber marcadas ideas paranoides que dan como resultado acusaciones falsas y agresiones verbales o físicas.

Síndrome delirante orgánico

Este síndrome consiste en el predominio de ideas delirantes debido a una causa orgánica específica. El diagnóstico no se establece si las ideas delirantes aparecen en el contexto de una reducción general de la capacidad para mantener y dirigir la atención hacia estímulos externos, como en el delirium. La naturaleza de las ideas delirantes es variable y, hasta cierto punto, depende de la etiología (anfetaminas, alucinógenos, epilepsia del lóbulo temporal, pacientes con Corea de Huntintong, etc.). Puede haber alucinaciones, pero generalmente no constituyen el síntoma predominante.

Alucinosis Orgánica

Consiste en el predominio de alucinaciones persistentes o recurrentes, que se deben a una causa específica. El sujeto puede tanto tener conciencia de que las alucinaciones no son reales, como presentar una convicción delirante de que lo son. Sin embargo, las ideas delirantes no constituyen el síntoma más importante y están restringidas al contenido de las alucinaciones o a la creencia de que las alucinaciones son reales.

B)Trastornos mentales orgánicos

Intoxicación alcohólica

Cambios conductuales desadaptativos, debidos a una ingesta reciente de alcohol. Estos cambios pueden incluir agresividad, deterioro de la capacidad de juicio y de la atención, irritabilidad, euforia, depresión, labilidad emocional y otras manifestaciones de deterioro en la actividad laboral o social. Los signos fisiológicos característicos comprenden lenguaje incorrecto, marcha inestable, además de incoordinación y rubor facial.

Delirium por abstinencia alcohólica

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un delirium que aparece a los pocos días de haber interrumpido o reducido el consumo de alcohol. Hay una notable hiperactividad autonómica, expresada por taquicardia y sudoración. Como sintomatología asociada, son frecuentes las alucinaciones vívidas, que pueden ser visuales, auditivas o táctiles. A menudo también hay ideas delirantes y agitación.

Alucinosis por alucinógenos

Se caracteriza por cambios conductuales desadaptativos, cambios perceptivos peculiares y síntomas físicos debidos al consumo reciente de alucinógenos. Los efectos conductuales pueden manifestarse con ansiedad o depresión, ideas autorreferenciales, temor a perder la cabeza, ideación paranoide, deterioro de la capacidad de juicio, o de la actividad laboral o social. Las ideas delirantes pueden provocar distorsiones de la imagen del propio cuerpo. Las alucinaciones

son normalmente visuales, con frecuencia de formas geométricas y de figuras y a veces de personas y objetos.

Los síntomas físicos incluyen dilatación de pupilas, taquicardia, sudor, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación.

Como anteriormente se mencionó, el MMPI-2 evalúa diversas dimensiones de la personalidad, tanto aspectos normales libres de psicopatología, como otras formas de comportamiento desorganizado (Palacios, 1994); por tanto, es una prueba que es considerada como de uso fundamental para el examen de rutina de un paciente psiquiátrico.

Se considera pues necesario, exponer los antecedentes de dicho instrumento, al igual que los diversos cambios que se han realizado en lo que hoy se ha denominado MMPI-2 (versión revisada).

II

EL MMPI Y EL MMPI-2

2.1 El MMPI

A. Antecedentes

Esta prueba fue elaborada por los Doctores Starke R. Hathaway y J.C. Mckinley, psicólogo el primero y psiquiatra el segundo; se inician los estudios para su construcción en 1938 y es en 1942 cuando se realiza su primera publicación. El MMPI se creó originalmente para valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica (Hathaway y Mckinley, 1967; en Anastasi, 1978).

Para ello los autores tomaron en cuenta la educación y cultura de los sujetos a quienes se les administraba, buscando que las frases fueran comprendidas sin requerir para ello de un nivel intelectual o escolaridad elevados.

Los primeros reactivos del MMPI eran preguntas que se empleaban para elaborar historias clínicas de medicina general, neurología y psiquiatría de los pacientes del hospital de Minneapolis. El instrumento se integró en sus inicios de un banco de reactivos con un total de dos mil frases que fueron depuradas hasta llegar a conformar el instrumento que hoy conocemos.

Este inventario consta de 566 enunciados afirmativos a los que el sujeto responde "verdadero o "falso". Se preparó una forma colectiva en la que los enunciados están impresos en un folleto y las respuestas se registran por el sujeto en una hoja de respuesta, esta forma está destinada a adultos desde los 16 años en adelante, aunque también se empleó con adolescentes más jóvenes (Hathaway y Monachesi, 1963; en Anastasi, 1978).

Los elementos del MMPI tienen una gran amplitud de contenido y comprenden áreas tales como actitudes sexuales, religiosas, políticas y sociales; preguntas sobre educación, ocupación, familia y matrimonio; salud, síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores así como muchas manifestaciones neuróticas y psicóticas de la conducta bien conocidas, tales como estados compulsivos y obsesivos, ilusiones, alucinaciones, ideas alusivas, fobias, tendencias sádicas y masoquistas, etc.

Todas estas áreas en la administración del inventario, dan puntuaciones a 10 escalas clínicas que son: 1 Hipocondriasis (Hs), 2 Depresión (D), 3 Histeria (Hi), 4 Desviación

psicopática (Dp), 5 Masculino-Femenino (Mf), 6 Paranoia (pa), 7 Psicastenia (Pt), 8 Esquizofrenia (Es), 9 Hipomanía (Ma) y la 0 Intraversión-Extraversión (Si).

B Validez de la prueba

Los datos normativos originales del MMPI (Hathaway y Mckinley, 1940) fueron obtenidos con una muestra de un corte transversal de sujetos del Estado de Minnesota, dividida en tres subgrupos; el primer subgrupo estaba compuesto por 724 sujetos "normales", visitantes de los pacientes del Hospital de la Universidad de Minnesota, de ambos sexos, con edades entre los 16 y los 65 años, todos de raza blanca y con nivel de educación formal alrededor del 8vo grado (Dalhstrom y Welsh, 1972; en Graham, 1990). El segundo subgrupo estaba compuesto por 265 sujetos aspirantes a ingresar en la Universidad, con edades entre los 16 a 25 años, solteros y el tercer subgrupo estaba compuesto de 265 trabajadores calificado, todos de raza blanca. Este primer grupo incluyó en total a 1254 sujetos, de ambos sexos y con edades entre los 16 a 65 años.

C Estructura de la prueba.

Escalas de validez

Los inventarios anteriores fueron criticados por ser susceptibles de distorsión y por no incluir un índice de la actitud para la resolución de la prueba, razón por lo que Hathaway y Mckinley desarrollaron también 4 escalas conocidas después como escalas de validez, cuyo propósito era detectar actitudes desviadas de quienes contestaban la prueba, así como también señalar el grado de confiabilidad con que se pueden hacer inferencias acerca de la personalidad con base en el perfil de la prueba.

Hathaway y Mckinley (1951) introdujeron la escala L a fin de evaluar el grado de franqueza del sujeto al resolver la prueba, pudiendo detectar un intento deliberado y más bien ingenuo de parte del sujeto para presentarse a sí mismo de una manera favorable o desfavorable.

Los 15 reactivos de la escala L derivados racionalmente tratan de defectos y debilidades bastante menores que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Sin embargo, aquellas

personas que se manifiestan favorablemente acerca de sí mismas, no están dispuestas a admitir ni siquiera los más mínimos defectos en su persona, y por tanto, en esta escala se observarán puntajes elevados por ser sensible a estas características (Graham, 1990).

La escala F se desarrolló originalmente para detectar formas desviadas o atípicas de responder a los reactivos de la prueba (Meehl Y Hathaway, 1946). Los 64 reactivos de la escala F se responden en la dirección calificada por menos del 10% de los sujetos adultos normales. Por tanto, si la persona aprueba muchos reactivos de la escala F en la dirección calificada se dice que no está respondiendo como lo hacen la mayoría de las personas normales (Graham, 1987). Un análisis de factor subsecuente de los 64 reactivos de la escala F fue realizado por Comrey (1958), identificando 19 dimensiones de contenido derivando características tan diversas como pensamiento paranoide, actitudes o conducta antisocial, hostilidad y mala salud. En general y debido a que las escalas del MMPI se interrelacionan, las puntuaciones altas de la escala F se asocian con escalas clínicas elevadas, en especial las escalas 6 (Pa) y 8 (Es).

En la forma en que se utiliza por clínicos profesionales, la escala F desempeña 3 funciones importantes. Primero, es un índice de la actitud para la resolución de la prueba y útil para detectar series de respuestas desviadas. Segundo, si puede descartarse la invalidez del perfil, la escala F es un buen indicador del grado de psicopatología, en donde las puntuaciones altas sugieren mayor psicopatología. Por último, las puntuaciones de la escala F, permiten hacer inferencias sobre las conductas ajenas a la prueba (Graham, 1987).

Las puntuaciones altas de esta escala en individuos psiquiátricos hospitalizados pueden manifestar: delirios de referencia, alucinaciones visuales o auditivas, lenguaje reducido, aislamiento, juicio limitado y periodos cortos de atención, así como también algunos signos fuera de la prueba, de etiología orgánica. Se espera que un individuo "normal" obtenga puntuaciones bajas (T= 45-49 puntaje crudo 0-2), ello indicaría que está respondiendo como la mayoría de las personas lo hacen y que está libre de psicopatología incapacitante (Nuñez, 1987).

La experiencia previa con el MMPI indica que la escala L fue poco sensible para las diversas clases de distorsión de la prueba, por lo que se desarrolló la escala K como un índice más sutil y efectivo de los intentos del examinado por negar su psicopatología y presentarse a sí mismo de manera favorable. Esta escala está integrada por 30 frases, que cubren diferentes áreas de

contenido en las que una persona puede negar sus problemas (por ejemplo, hostilidad, suspicacia sobre las motivaciones de los demás, discordia familiar, falta de confianza en sí mismo, preocupación excesiva).

En las configuraciones que ofrecen las 3 escalas L, F y K, generalmente una de ellas es alta y las otras dos alcanzan una puntuación próxima a T 50. Los perfiles de estas escalas permiten ver la actitud de la persona hacia la prueba, la percepción de su problemática y qué tan capaz se siente para resolverlos; generalmente estas escalas se elevan en sujetos altamente perturbados (Núñez, 1987).

Luego de la construcción de las escalas, el Dr. Hathaway en la colaboración con Meehl, trabajaron en la codificación de la prueba de tal forma que al trazar perfiles se pudieran comparar y ser útiles para la investigación. A excepción de la escala (?), los resultados de las escalas del MMPI se grafican en puntuaciones T, donde la media es igual a 50 y la desviación estándar es igual a 10.

Posteriormente, Gough (1950) desarrolló un índice adicional para medir la distorsión de la prueba, el cual se obtiene de la diferencia del puntaje bruto de F menos K, considerando un perfil aceptable cuando se produce un valor menor de 9, por lo que la escala K funcionó además como escala de corrección para las escalas clínicas de Hipocondriasis 1, Depresión 2, Psicastenia 7, Esquizofrenia 8 e Hipomanía 9.

Interpretación

Para proceder a la interpretación de un perfil del MMPI, se toman en consideración la simultaneidad de las siguientes condiciones de validez:

- Un puntaje bruto de la escala F, menor de 20.
- El índice de Gough menor de 9.
- Puntuación de la escala (?) menor de 30.
- Que al menos una de las escalas clínicas se encuentre dentro de la zona de normalidad estadística (T=45-55)

Algunos investigadores han sugerido diversas formas de calificar los protocolos con un número elevado de frases no contestadas. Brown (1950), Fricke (1956), Krise (1949) y Horvey (1938), han investigado este tema en gran detalle (Núñez, 1987).

No son pocas las razones para que una persona deje varias frases sin contestar; los pacientes psiquiátricos confusos, distraídos, agitados, deprimidos, paranoides, histéricos, ofrecen una elevada puntuación de este tipo, ya que les es difícil contestar frases, pues les dan una interpretación individual o les estimulan emocionalmente al grado de impedirles que lean en forma adecuada las frases subsecuentes por lo que señalan que no las pueden contestar. En forma tradicional los puntajes crudos y "no lo puedo decir" mayores de 30, se han interpretado como indicativos de invalidez del perfil.

D. El MMPI en México

En México, Núñez realizó una investigación en 1963 con esta prueba teniendo como objetivo su estandarización; para lo que utilizó una población de 800 adultos y 800 adolescentes normales que integraron los grupos normativos. Estos grupos incluyen varios grupos socioeconómicos (mujeres y hombres de clase baja, media y alta) de la Ciudad de México, a los que se les administraron pruebas de inteligencia y entrevistas clínicas, seleccionando personas con inteligencia promedio y superior al promedio. Los resultados de las escalas F, 2 y 8 con los que se utilizó una población de 398 mujeres y 310 hombres, difieren en forma significativa con el grupo normativo de Minneapolis, ya que en este grupo se encontró una elevación en estas escalas. Estas elevaciones pueden atribuirse a la forma de respuesta de 10 de las 64 frases que la integran, pues fueron contestadas en dirección opuesta a lo esperado. Esto puede deberse a diferencias culturales y creencias religiosas relacionadas con los contenidos de las frases (Núñez, 1987).

Posteriormente se realizaron numerosas investigaciones con este instrumento, que aun cuando fueron muy valiosas, se enfrentaron ante una fuerte limitación, ya que este inventario nunca se estandarizó ni adaptó; aunque si se obtuvieron normas para algunas poblaciones, se seguían utilizando las normas y perfiles norteamericanos a pesar de que se habla visto que no eran idóneas para la población mexicana, lo cual dificulta saber si las deferencias encontradas entre mexicanos y norteamericanos eran reales o podían ser causa de los problemas de la traducción o de las normas utilizadas (Lucio, 1995). Por ello fue necesario realizar la revisión del instrumento en nuestro país.

2.2 El MMPI-2

2.2.1 Razones para la reestandarización en E.U.A y en México.

Graham (1990) menciona que el MMPI fue estandarizado hace aproximadamente 40 años por Hathaway y Mckinley en 1940. Estas normas fueron revisadas en 1957, pero desde entonces no se realizaron intentos por desarrollar otras nuevas. A pesar de que el MMPI fue la prueba de personalidad más utilizada en E.U.A. y tal vez en el mundo, los críticos han expresado preocupaciones sobre algunos aspectos del instrumento.

Los datos para su normatividad fueron recolectados en los 30's, se dice que la muestra fue por conveniencia, ya que se utilizó a 724 personas que estaban visitando amigos o familiares en los hospitales de Minnesota (Graham, 1990), por lo que se puso en tela de juicio el hecho de que esta muestra fuera representativa.

Los cambios culturales que han habido desde la época en que se creó la prueba, así como una evidencia creciente de que las personas estaban valorando los reactivos de manera sustancialmente diferente (Colligan et. al.1983; Dahlstrom, Fachery y Dahlstrom 1986; en Ampudia, 1994), hicieron necesaria una revisión de esta prueba.

Se observó también que el contenido de los reactivos del MMPI original, el lenguaje y las referencias de estos, con el paso del tiempo se habían vuelto obsoletos y arcaicos. Algunos de los reactivos incluían lenguaje sexista y religioso que no es acorde a los estándares contemporáneos. Estos reactivos fueron sujetos a revisión encontrando que eran gramáticamente pobres e inapropiados en puntuación (Graham, 1990).

Por todas las razones anteriores los usuarios del MMPI consideraron la necesidad de una revisión y reestandarización desde lo 70's (Butcher, 1972; en Graham, 1990) y es en 1982 cuando se crea un comité de reestandarización en la Universidad de Minnesota; formado por James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, y Jonh R. Graham. Teniendo como meta principal hacer una revisión y reestandarización del MMPI, determinando que cada esfuerzo realizado sería con la finalidad de mantener continuidad entre el MMPI y su revisión a la que posteriormente se le denominó MMPI-2.

Este proyecto tuvo como objetivos: recolectar una muestra contemporánea más representativa, mejorar los reactivos; para lo que se omitieron, reescribieron o incluyeron nuevos, esperando que ello permitiera generar nuevas escalas.

En México a partir de la traducción realizada por Nuñez en 1963 se realizaron numerosas investigaciones con este instrumento, encontrando diferencias significativas entre los mexicanos y el grupo normativo de Minnesota, las cuales indicaban índices marcados de psicopatología en las poblaciones mexicanas normales, con elevaciones en las escalas de Depresión (D) y la de Esquizofrenia (Es) (Navarro, 1971; Nuñez, 1987; Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977, Cárdenas, 1987; Lucio, 1976; Navarro, 1971; en Lucio y Reyes, 1994). Posteriormente se encontraron problemas lingüísticos en la traducción que intervenían en la comprensión del MMPI, ocasionando distorsiones y sesgos en la interpretación (Nuñez, 1987; Lucio, 1995). Además el inventario nunca se estandarizó, pues solo se obtuvieron normas para algunas poblaciones, por lo que se seguían utilizando normas y perfiles norteamericanos. Indicando todo esto que el instrumento no se adaptó y que las normas no eran adecuadas.

Lucio y Reyes en México, se dan cuenta de la necesidad de contar con grupos normativos representativos de la población real mexicana, además de la importancia de contar con una traducción adecuada de este nuevo instrumento, por lo que en 1992 inician un trabajo cuyos objetivos fueron adaptar el MMPI-2 y establecer las normas del mismo para estudiantes universitarios.

2.2.2 Inicios del Inventario Multifásico de la Personalidad en su versión revisada.

En 1982, Beverly Kaemmer, administradora del MMPI en la editorial de la Universidad de Minnesota, designó a J.N. Butcher (Universidad de Minnesota) y a W. Grant Dahlstrom (Universidad de Carolina del Norte) como titulares del proyecto de reestandarización del inventario, es decir, modificar el folleto de la prueba original y conducir los estudios para desarrollar nuevas normas para el instrumento. Se unió a esta labor J.R. Graham (Universidad de Kent) y en 1986 A. Tellegen (Universidad de Minnesota) (Lucio y Ampudia, 1995).

Se llevó a cabo una forma especial de investigación del MMPI. Para ello, se mantuvieron 550 reactivos originales, se modificaron 82, se omitieron 16 repetidos y se incrementaron 154

nuevos reactivos, haciendo un total de 704 reactivos que se incluyeron en una forma denominada MMPI-AX (Adultos-Experimental). Los reactivos abarcaban áreas tales como: abuso de sustancias, potencial suicida, patrones de conducta tipo A, problemas maritales, actitudes de trabajo y disponibilidad para recibir tratamiento (Graham, 1990). Se realizaron estudios a fin de asegurarse de que los cambios introducidos no tenían efectos negativos significativos en la manera de responder (Ben-Porath y Butcher, 1989).

Para obtener un grupo que fuera ampliamente representativo de la población de E.U.A., se utilizaron los datos del censo de 1980 para guiar la solicitud de los sujetos (Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989). Se seleccionaron 6 sitios para asegurar la representatividad geográfica que fueron Minnesota, Washington, Pensylvania, Carolina, Virginia y California. Se seleccionó a los sujetos de la comunidad o de los directorios telefónicos; se les solicitó su participación a través de correo, informando que se les pagaría 15 dls. a cada sujeto y 40 dls a las parejas que participaran juntas.

Los test fueron aplicados grupalmente, todos los sujetos contestaron también un cuestionario de eventos de vida e información biográfica, las parejas además contestaron dos formas adicionales que hablaban sobre su relación con su pareja.

Para asegurar la representatividad de la muestra se agregaron grupos especiales tales como militares e indios nativos americanos, procediendo esta última de Tacoma, del área del estado de Washington y la muestra de los militares de varias bases militares localizadas en cuatro estados (Graham, 1990).

En total se evaluó a 2900 sujetos, después de eliminar las formas invalidadas. La muestra final quedó conformada por 2600 sujetos, de los cuales fueron 1138 hombres y 1462 mujeres, entre los que había 841 parejas. Para los datos del test-retest 111 mujeres y 84 hombres contestaron nuevamente esta forma una semana después de la aplicación inicial.

Los sujetos provenían de razas Blanca, Negra, Hispánica, Indios nativos-americanos y Asiáticos-americanos. El rango de edad fluctuó entre los 18 y 85 años; con un nivel educacional entre los 3 y los 20 años de estudios.

Dentro de esta muestra se incluyeron pacientes psiquiátricos, alcohólicos, con enfermedades crónicas, pacientes en terapia matrimonial, estudiantes universitarios y solicitantes de empleo.

2.2.3 El Inventario Multifásico de la Personalidad del Minnesota (MMPI-2).

En 1989 se publica la nueva versión revisada del MMPI denominada MMPI-2; la publicación estuvo a cargo de la Universidad de Minnesota. Esta versión consta de 704 reactivos de autodescripción personal, que fueron obtenidos del manual-AX; a cada uno de los cuales el sujeto debe responder verdadero o falso. Siendo muy similar al MMPI original, contando con 10 escalas básicas clínicas que son: 1 Hipocondriasis (Hs), 2 Depresión (D), 3 Histeria conversiva (Hi), 4 Desviación psicopática (Dp), 5 Masculino-Femenino (Mf), 6 Paranoia (Pa), 7 Psicastenia (Pt), 8 Esquizofrenia (Es), 9 Hipomanía (Ma), 0 Introversión social (Is). Las escalas de validez que son: Mentira L, Infrecuencia F, la escala de corrección K y la escala de no lo puedo decir ?.

Incluye además 15 escalas de Contenido que son: Ansiedad ANS, Miedos MIE, Obsesividad OBS, Depresión DEP, Preocupación por la salud SAU, Pensamiento delirante DEL, Enojo ENS, Cinismo CIN, Prácticas antisociales PAS, Personalidad tipo A PTA, Baja autoestima BAE, Incomodidad Social ISO, Problemas familiares FAM, Dificultad en el trabajo DTR y Rechazo al tratamiento RTR. (Lucio, 1995)

Contiene también Escalas Suplementarias entre las cuales están: Ansiedad A, Represión R, Fuerza del yo Fyo, Alcohólicismo de McAndrew A-Mac, Hostilidad reprimida HR, Dominancia Do, Responsabilidad Social Rs, Desajuste profesional Dpr, Género femenino GF, Género masculino GM, Desorden de estrés posttraumático EPK EPS, Inconsistencia de respuestas verdaderas INVER, Inconsistencia de respuestas variables INVAR y la escala de infrecuencia Fp.(Lucio, 1995).

2.2.4 Impacto del MMPI-2 en el MMPI original.

Entre los cambios que presenta el MMPI-2 se puede mencionar como uno de los principales, el uso y la creación de un formato más consistente en los puntajes T de los perfiles

para ocho de las escalas clínicas básicas, que se han distribuido de manera diversa; ya que en lugar de determinar un puntaje lineal T de la media y las desviaciones estándar a partir de las puntuaciones crudas, se crearon puntajes uniformes T que producen los mismos rangos y distribuciones para todas las escalas clínicas básicas que se usaron en los procedimientos de codificación tradicional, aunque existen escalas como la L, F, K, 5 y 0 que continúan siendo calculadas con los puntajes T lineares para el MMPI-2 (Munley P.H., Zarattonello, 1990; Munley, 1991).

El MMPI-2 continúa siendo sustancialmente similar en sus escalas básicas de validez y clínicas, sin embargo presenta algunas modificaciones entre las que se puede señalar como entre las más significativas, la implementación de nuevas normas nacionales más representativas de la población de E.U.A.

Los reactivos del MMPI-2 han sido corregidos para eliminar ambigüedades, fraseología sexista y contenidos obsoletos. Se aumentaron reactivos que fueron diseñados especialmente en temas y áreas que no abarcaban los reactivos de la prueba original y que al mismo tiempo sirvieran como fuente de medidas suplementarias en áreas tales como: relaciones familiares, desórdenes alimenticios, abuso de algunas sustancias, disponibilidad para recibir tratamiento etc. (Munley, 1991).

Permanecen 83.6% de los reactivos del MMPI original, en esta nueva versión de una u otra forma; estando un total de 394 reactivos inalterados, 66 modificados y 90 omitidos o borrados (Levitt, 1990). Solamente 5 de las escalas básicas perdieron reactivos como se detalla a continuación: F (4); escala 1 (1); escala 2 (3); escala 5 (4); y la escala 0 (1). Como se mencionó anteriormente varios reactivos de cada una de las escalas básicas se redactaron de nuevo para eliminar posibles términos sexistas, para modernizarlos, aclararlos y simplificarlos. El número de reactivos con cambios de palabras varía según la escala; se afectó de uno a trece reactivos por escala. Los reactivos omitidos fueron reemplazados por 107 reactivos nuevos en el MMPI-2. La mayoría de ellos están involucrados en la construcción de tres escalas de validez y en 15 escalas de contenido que fueron desarrolladas especialmente para el MMPI-2 basándose en las 13 escalas de contenido desarrolladas por Wiggins en 1966, quedando 9 de ellas esencialmente intactas en el MMPI-2 (Levitt, 1990). Mientras que las restantes perdieron algunos de sus reactivos, pero se

puede decir que en promedio estas escalas de Wiggins pierden un poco más de 3 reactivos por escala excluyendo la de pensamiento religioso (REL) que fue eliminada y en la de intereses por salud, el promedio perdido fue de 1.8 reactivos (Levitt, 1990).

Para evaluar el efecto de los cambios antes mencionados, se llevó a cabo un estudio en el que se hizo la comparación de los puntajes de las escalas del MMPI-2 y los perfiles clínicos con los del MMPI original en dos grupos de estudiantes universitarios, administrándole a uno el MMPI original dos veces, y a otro el MMPI y el MMPI-2. Los hallazgos indican una congruencia sustancial entre la estabilidad de los puntajes con la administración cruzada y los perfiles obtenidos por los dos grupos; concluyendo que las propiedades psicométricas de este instrumento no han sido alteradas (Ben- Porath y Butcher, en imprenta; Butcher et al. 1989; Munley, 1990).

Resumiendo, los cambios en la nueva versión del MMPI llamado MMPI-2 incluyen:

- Implementación de nuevas normas nacionales más representativas de la población actual de E.U.A.
- Introducción de nuevos puntajes T uniformes para ocho escalas clínicas y quince escalas de contenido basados en la distribución de puntajes en una única escala compuesta, por lo que un determinado nivel de T es equivalente en términos de rango percentilar a lo largo de las escalas clínicas básicas y de las de contenido.
- Modificación en la presentación y redacción de los reactivos, eliminando a aquellos reactivos que se repetían, al igual que los de contenido inconveniente o anticuado. Sustituyéndoles por otros que abarcan nuevos contenidos, tales como suicidio, abuso de drogas, alcohol, conductas tipo A, relaciones interpersonales y la disposición al tratamiento.
- Contiene 7 escalas de validez: V, L, F, K, Fp, y dos escalas de consistencia de las respuestas INVAR e INVER.
- Se desarrolló un nuevo grupo de 15 escalas de contenido, construidas con una base racional y estadística que poseen indicadores altamente confiables y válidos de las principales áreas de contenido en el MMPI-2.
- Se implementó el grupo de las escalas suplementaria: 4 tradicionales y 8 adicionales.
- Ante esto, el MMPI-2 dispone de perfiles y plantillas para los tres tipos de escalas (clínicas básicas, de contenido y suplementarias).

(Munley, 1990 y 1991; Blacke, Pennk, Mori, Kleespies y Keane 1992; Lucio y Ampudia, 1995).

2.2.5 Datos de normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en México.

Esta prueba fue aplicada a una muestra de estudiantes universitarios, cuyos rangos de edad oscilan entre los 17 a los 36 años. Dicha muestra fue obtenida al azar, por lo cual se sortearon las diversas Escuelas y Facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus C.U., quedando electas para las aplicaciones, la Escuela de Artes Plásticas, la Facultad de Contaduría y Administración y la Facultad de Ciencias como representativas de esta población. Esta muestra equivale al 10% de todos los universitarios de la UNAM.(Lucio,1995)

Los criterios de exclusión para esta muestra fueron: edad menor de 17 ó mayor de 36 años; que los datos del protocolo quedaran incompletos, lo cual implicaba no marcar sexo, edad, etc.

Los criterios de validez considerados para dicha población son los siguientes:

- Índice de Gough hasta 9
- CIERTOS hasta 454 (80%)
- FALSOS hasta 454 (80%)
- Escala (?) hasta 29
- INVER hasta 13
- INVAR hasta 13
- F(p) hasta 11
- F hasta 20

Con los criterios antes descritos se eliminaron 254 de los casos, por lo cual la muestra quedó constituida por 1920 sujetos de los cuales 813 eran hombres y 1107 mujeres. En el manual de este inventario (Lucio, 1995) se muestran las tablas de distribución de frecuencia de esta muestra por edad, sexo, semestre y turno.

La aplicación del inventario fue en forma grupal, posteriormente se obtuvieron los puntajes básicos al igual que las medias y frecuencias de las escalas.

Se encontraron diferencias significativas entre la población mexicana y la población estadounidense normativa, aun cuando estas son poco relevantes no se observan medias que caigan por arriba de los puntajes considerados como normales, por lo cual no se encontraron niveles que indicaran psicopatología como sucedió con la muestra utilizada para el instrumento

original. Las mayores diferencias se encontraron en las escalas L y 8 para los hombres, mientras que en las mujeres en la escala L y 5 (Lucio, Reyes y Scott, 1994; en Lucio, 1995).

Cabe mencionar que este estudio demuestra la tendencia marcada a la normalidad en esta población en comparación con los datos del MMPI original. En cuanto a la validez, los estudios refieren una estructura factorial de escalas básicas similar entre estudiantes mexicanos y estadounidenses (Lucio, Reyes, Durán, 1993; en Lucio, 1995). En lo que se refiere a los coeficientes de confiabilidad alpha, resultaron elevados en dicha población en las diversas escalas del inventario. (Pérez y Fariás, 1995)

Los datos para el test-retest en la muestra estadounidense se obtuvieron con una población de 82 hombres y 110 mujeres de la comunidad. A partir de este análisis se observó que las 5 escalas clínicas reducidas por contener reactivos inconvenientes (F, 1, 2, 5 y 0) no fueron afectadas en forma significativa por la supresión de estos reactivos, pues la confiabilidad de las escalas afectadas se compara con la de las otras (Lucio, 1995). Si un sujeto fuera a contestar el MMPI-2 nuevamente en un periodo breve, los puntajes en las escalas básicas caerán alrededor de la mitad de las veces dentro de un rango más o menos de una medida EE del puntaje original, por ello se aconseja marcar en el rango de una medida EE arriba o abajo del puntaje crudo obtenido por el sujeto en las escalas clínicas, como un indicador de los rangos en los valores en los perfiles dentro del cual es posible que caigan los verdaderos puntajes del sujeto. (Lucio, 1995)

A partir del surgimiento de la nueva versión del MMPI se han publicado numerosos artículos sobre todo en Estados Unidos en torno a los datos sobre la investigación de la propiedades psicométricas y el uso clínico de este inventario. Butcher J. y Pope S. (1992) reportan entre los datos y las metas más importantes de la reestandarización realizada a la muestra normativa, la interpretación de los puntajes así como también lo que evalúan todas las escalas de este nuevo inventario.

Matz P.; Altepeter T. y Perlman B. (1992) realizaron un estudio con una muestra de 128 estudiantes universitarios, cuyo rango de edad era entre 17 y 45 años, teniendo como objetivo examinar la estabilidad temporal y la consistencia interna del MMPI-2. Los coeficientes alfa fueron de .39 a .91, valores que resultaron consistentes con los reportados en el manual. Los resultados de los análisis de las diferencias individuales revelaron que para cada escala solo del 7

al 30 % de los sujetos tuvieron discrepancias en los puntajes que alcanzaron o excedieron 10 puntajes T.

En una muestra de 60 mujeres y 50 hombres australianos, de edades entre los 60 y los 90 años, las comparaciones de los puntajes de las medias, revelaron diferencias significativas entre las escalas. Sin embargo, dentro de un nivel clínico se observó que estas medias resultaron poco significativas en este nivel. Se administró el MMPI-2 para evaluar la validez concurrente de 4 de las nuevas escalas de contenido (depresión, ansiedad, baja autoestima y preocupaciones por la salud). Los resultados de esta investigación revelaron un patrón consistente en los perfiles obtenidos de la nueva versión con los reportados anteriormente en investigaciones con el MMPI original en poblaciones geriátricas (e.g., Taft, 1957; en Strassberg D.; Clutton S. Y Korrbout P. 1991). Se demostró también, a través de este estudio, que las escalas designadas para evaluar depresión y ansiedad mostraron una validez concurrente sustancial para ambos sexos. Mientras que los resultados de validez para las otras dos escalas evaluadas fueron positivos para los hombres y mezclados en la mujeres.

Graham, Timbrook, Rodney, Ben-Porath, y Butcher en 1991 publican los resultados de una investigación realizada con un muestra normativa de 2600 sujetos y con 423 pacientes psiquiátricos, llevada a cabo con el objetivo de comprobar la congruencia entre los perfiles del MMPI original y del MMPI-2 en muestras normativas y psiquiátricas. Los resultados refieren una congruencia considerablemente mayor que la que habla sido reportada en el manual, siendo por ello esta nueva versión capaz de diferenciar entre estos dos tipos de población. Posteriormente Harrell, Honaker y Parnell (1992) administran las dos versiones del MMPI a un grupo de pacientes psiquiátricos encontrando que los puntajes en el MMPI-2 resultaron significativamente más bajos en la mayoría de las escalas clínicas y que el rango de orden y la dispersión de las escalas clínicas no diferiría entre ambas pruebas ya que las semejanzas en los perfiles indicaron congruencia entre los dos instrumentos. Los resultados de estas investigaciones apoyan la asignación de el puntaje de T=65 como el indicador más bajo de elevaciones clínicas, así como también la equivalencia psicométrica entre ambas versiones con respecto a los puntajes T, rangos de puntajes y medidas de distribuciones de estos, con respecto a valoraciones en poblaciones normales y patológicas.

Morrison, Edwards y Weisman (1994) realizaron una comparación del MMPI original y del MMPI-2 para observar dichos instrumentos como predictores de un diagnóstico psiquiátrico en 200 pacientes psiquiátricos externos. Los diagnósticos y los perfiles de estos inventarios fueron agrupados en 5 categorías: normal, neurótico, desorden en el carácter, psicosis y otros. Los tipos de códigos de ambos inventarios estuvieron en la misma categoría en el 75% de los casos. Ambos tuvieron un 39% de acuerdo en la categoría de los diagnósticos clínicos. El rango de clasificación correcta para los normales fue mayor a 70%. El rango de clasificación correcta para los psicóticos fué de 30% para el MMPI y de 55% en el MMPI-2. Concluyéndose que es necesario no basarse solamente en los puntajes del test para establecer o realizar decisiones con respecto al diagnóstico en ambas versiones.

Estas investigaciones refieren que la nueva versión del MMPI puede ser utilizada tanto en poblaciones normales como psicopatológicas, y que dicho instrumento representa una herramienta eficaz en la clínica.

Para obtener los datos de confiabilidad con las escalas básicas en México se realizó un estudio test-retest con 101 estudiantes de la facultad de psicología de una Universidad particular del Distrito Federal, los valores obtenidos de este análisis van de .57 a .89 (Pérez y Farias J. 1994; en Lucio, 1995).

El análisis factorial realizado en México con las escalas básicas en la muestra de estudiantes universitarios de la UNAM, reportó una estructura factorial en estas escalas similar a la estadounidense. En los hombres los factores identificados fueron: ideación psicopática, preocupaciones neuróticas y desórdenes en la personalidad, en los hombres de la muestra estadounidense además de estos factores se identificó el rol de género. Las mujeres mexicanas obtuvieron una configuración muy similar a las de la muestra normativa estadounidense, aunque se observaron diferencias en estos factores, que parecen estar dadas por factores culturales (Lucio, 1995).

Con respecto a la validación del MMPI-2 para determinar si esta versión en español es capaz de discriminar entre poblaciones normales y anormales, se realizó un estudio con una muestra de 200 pacientes de diferentes hospitales que habían sido diagnosticados previamente con disturbios psicóticos y desórdenes de la personalidad de acuerdo a lo criterios del DSM-III-R

(Lucio E. y Palacios H., 1994). Los resultados indicaron diferencias estadísticas significativas $p=.001$ entre los pacientes masculinos psiquiátricos mexicanos y la muestra normativa de estudiantes masculinos en todas las escalas básicas, con excepción de las escalas 3 (Hi) y 5 (Mi). Las diferencias más amplias fueron encontradas en las escalas F ($t= 26.54$), 8 (Es) ($t= 23.15$), 6 (Pa) ($t= 18.42$) y en la 7 (Ps) ($t=16.35$), en las cuales los pacientes psiquiátricos puntuaron más alto que los estudiantes. En las mujeres también se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p=.001$ en todas las escalas básicas excepto en la L, 3 (Hi) y 5(Mi). Las diferencias mayores se encontraron en las mismas escalas de la muestra masculina; F ($t= 31.04$), 8 (Es) ($t=26.57$), 6 (Pa) ($t= 20.46$) y 7 (Ps) ($t= 17.55$).

Se concluyó que los perfiles de pacientes psiquiátricos femeninos y masculinos mexicanos difieren de los perfiles de la muestra estudiantil marcadamente en las escalas 6, 7, 8, y 9 conocidas como tétrada psicótica lo cual coincide con lo reportado por estudios similares (Pancheri 1982; Freedman, Kaplan y Sadock 1982; Arbisi 1993; en Lucio y Palacios 1994). Por lo que se concluye que la versión mexicana del MMPI-2 discrimina entre poblaciones normales y anormales.

Si bien el estudio anterior reporta datos sobre la escala F en poblaciones psiquiátricas y estudiantes mexicanos, es necesario realizar un estudio más profundo sobre esta escala y la Fp(posterior) en ambas poblaciones, por ello el presente estudio pretende establecer un panorama más amplio acerca de esta nueva versión del MMPI en México en las escalas mencionadas, a través de un estudio similar al que realizó Nuñez (1987), ya que es posible que las frecuencias en las respuestas a estas escalas por nuestra población difiera de las respuestas dadas por la muestra normativa estadounidense, como reporta el estudio anterior realizado con el MMPI original.

Dentro de los estudios más recientes realizados en México con el MMPI-2 se pueden mencionar los siguientes.

Taboada (1994) realiza una investigación con estudiantes universitarios en población nicaraguense, a través de la cual obtuvo la normalización del MMPI-2 en Nicaragua.

Ampudia (1995) realizó una investigación en la cual identificó la relación de algunas escalas del MMPI-2 con el rendimiento académico en estudiantes universitarios.

Páez (1995) realizó un estudio con la población mexicana normativa del MMPI-2, con el objetivo de establecer criterios de calificación de esta prueba propios de la población mexicana; mediante la comparación de los puntajes T uniformes mexicanos con los puntajes T uniformes de la muestra normativa norteamericana, encontrando diferencias significativas principalmente en las escalas de contenido: Miedos (MIE). Pensamiento delirante (DEL), Enojo (ENJ) e incomodidad social (ISO) en la muestra de hombres, mientras que en las mujeres las escalas que mostraron tener diferencias significativas principalmente en las escalas de contenido de obsesividad (OBS), enojo (ENJ) y pensamiento delirante (DEL). De este estudio se concluyó que las diferencias encontradas son atribuibles a situaciones culturales, así como también que las escalas de contenido tienen validez y utilidad clínica además de tener un valor transcultural.

Pérez y Fariás (1995), realizó estudios Test-retest con la muestra normativa del MMPI-2, con el objetivo de obtener la confiabilidad de la versión en español, concluyendo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados en las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias. Indicando esto último que el MMPI-2 en su versión en Español es confiable, según los datos obtenidos a través de la muestra normativa de estudiantes universitarios.

2.3 Escalas de validez en el MMPI-2

La finalidad de la creación de las escalas de validez es evaluar la actitud que toma el sujeto al responder el inventario así como también considerar desviaciones extremas que pueden invalidar el protocolo y con ello impedir su interpretación. Cuando estas desviaciones no son extremas podemos considerar que las respuestas a la prueba fueron emitidas verazmente.

Hathaway y Mackinley reconocieron la importancia de evaluar las actitudes tomadas ante la prueba por lo que desarrollaron 4 indicadores de validez que se han mantenido intactos en el MMPI-2 (Graham, 1990), contando esta nueva versión con 3 nuevas escalas que son indicadores adicionales de validez.

Dentro de las modificaciones que presenta el MMPI-2 es el hecho de que este cuenta con 7 escalas de validez: "no lo puedo decir". L; F; K; Fp y las dos escalas de consistencia de las respuestas INVAR e INVER, siendo las tres últimas indicadores de validez para las escalas

suplementarias. La creación de estas escalas tiene que ver con el hecho de que un sujeto puede enfrentarse a un instrumento con actitudes y disposiciones tales como contestar todos los reactivos como verdaderos, sin tomar en cuenta el contenido de las frases. Puede ser también que los sujetos intenten dar respuestas que reflejen una adaptación convencional o bien respuestas desviadas. Los autores del MMPI-2 estuvieron conscientes de la necesidad de evaluar este tipo de respuestas a través de las escalas nuevas de validez creadas para dicho objetivo (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

2.3.1 Escala "no lo puedo decir" (?)

Esta escala es simplemente el número de reactivos omitidos (incluyendo los reactivos contestados simultáneamente como verdadero y falso), ocasionalmente los reactivos pueden ser omitidos por descuido y confusión; pueden reflejar también intentos para evitar admitir cosas indeseables acerca de sí mismo sin llegar a mentir directamente, o también dificultades para decidir entre dos tipos de respuesta por falta de información o experiencia necesaria para dar una respuesta significativa (Graham, 1990). El manual del MMPI-2 sugiere que más de 30 respuestas omitidas, invalidan la prueba.

Indudablemente, es importante tomar en consideración la edad, el sexo, la educación y el grado de comprensión del sujeto, así como su ocupación, su nivel socioeconómico y su participación en el desarrollo de entrevistas clínicas.

Núñez (1987) señaló la importancia de interpretar esta escala según la población a la que se le aplica este inventario; ya que en pacientes psiquiátricos es posible que se les dificulte responder a las frases; ya que les pueden dar una interpretación individual o les estimulan emocionalmente, al grado de impedirles que lean en forma adecuada las frases subsecuentes y por ello no poder contestarlas. Lo que puede causar alteraciones en la escala F siendo en estos casos por lo general muy alta.

2.3.2 Escala L

La escala L se construyó originalmente para detectar intentos deliberados del sujeto para mostrarse a sí mismo de manera muy favorable (Meehl y Hathaway, 1946). Esta escala se mantiene intacta en el MMPI-2 y está formada por 15 reactivos que fueron derivados en forma racional, cubriendo situaciones de vida diaria, defectos y debilidades mínimas que la gente está dispuesta a admitir. Sin embargo, aquellos que deliberadamente tratan de mostrarse en una forma favorable, no están dispuestos a admitir ni siquiera estas mínimas debilidades en su carácter o en su personalidad (Graham, 1987), por lo que producen puntajes elevados en esta escala. La muestra normativa para el MMPI-2 obtuvo un puntaje aproximado de 3 en esta escala (Graham, 1990).

La escala L se relaciona con el nivel educativo y socioeconómico, siendo generalmente más baja en sujetos con un buen nivel educacional y de una clase social más alta. Los puntajes de esta escala deben interpretarse tomando en cuenta la clase social a la que pertenece el sujeto; en la muestra estadounidense la población de clase social media baja trabajadora, obtiene en promedio en la escala L un puntaje que varía entre 3 y 4.

Los puntajes bajos de la escala L usualmente indican que la persona respondió con franqueza, teniendo por ello capacidad de admitir pequeñas faltas y errores, caracterizándose por ser perceptivos, socialmente adaptados, realizados en relación a sí mismos e independientes (Graham, 1987; Nuñez, 1987, Hathaway y Mackinley, 1951).

Graham (1990) menciona que en ocasiones las personas que obtienen puntajes más bajos que el promedio, tienden a ser autocríticos y a exagerar tanto su problemática como sus defectos. Una baja puntuación de la escala L está asociada con las escalas clínicas 6 (Pa), 7 (Ps), 8 (Es) y 9 (Ma), lo cual se relaciona con cuadros psicóticos (Hathaway y Meehl, 1951; en Nuñez, 1987)

La elevación en la escala L manifiesta la posibilidad de que la persona no haya respondido con franqueza los reactivos del inventario, intenta mostrarse bien adaptado y socialmente convencional. Puede ser también rígido, moralista y a sobrevalorarse, utilizando los mecanismos de represión y negación en exceso, teniendo por lo tanto, poca capacidad de insight.

En casos extremos puede llegar a encontrarse un escala L extremadamente elevada en combinación con elevaciones de las escalas F y K, lo cual sugeriría confusiones mentales de naturaleza orgánica o funcional.

Hathaway y Mackinley (1951) observaron que una alta puntuación de L está asociada con la elevación de las escalas 1 (Hs), 2 (D), 3 (Hi) y 4 (Ps), lo que se relaciona con psiconeurosis, encontrando que por lo general un protocolo con una L alta se caracteriza por escalas clínicas bajas.

En México Nuñez (1987) encontró diferencias entre la dirección de las respuestas dadas de la población mexicana en comparación con las del grupo normativo del MMPI original concluyendo que de las 15 frases que integran la escala, 5 presentan dudas severas en cuanto a su utilidad como escala de validación.

2.3.3 Escala K

A lo largo del empleo del MMPI se observó que la escala L no era lo suficientemente sensible para distinguir ciertas distorsiones de la prueba, por lo tanto se desarrolló una escala para discriminar cuando el examinado negaba su psicopatología y se presentaba a sí mismo de manera muy favorable o viceversa. A esta escala se le denominó escala K (Meehl y Hathaway 1946; Hathaway y Meehl, 1948; en Graham 1990).

Esta escala se desarrolló empíricamente contrastando las respuestas a reactivos específicos por individuos anormales que producían perfiles normales, con las respuestas a los mismos de un grupo de normales. Quedó compuesta por 30 reactivos; que se mantuvieron intactos en el MMPI-2.

En la escala K original las puntuaciones altas reflejaban una actitud defensiva ante la prueba, por otro lado, las puntuaciones bajas indicaban actitudes de autocrítica; si bien estos criterios aun son tomados en cuenta en el MMPI-2, Graham (1990) menciona que no existe una forma específica que determine cuando las puntuaciones moderadamente elevadas de esta escala pueden referirse a fortaleza yoica y recursos psicológicos o bien una actitud defensiva, por lo tanto, sugiere que si estas elevaciones se encuentran en personas que no parecen estar perturbadas

psicológicamente sino que funcionan normalmente, la escala K refleja tales características (fortaleza yoica, recursos psicológicos).

Para interpretar las puntuaciones en esta escala, es esencial tomar en cuenta el nivel socioeconómico de la persona. Cuando el puntaje es más elevado de lo que se esperaría, según el estatus socioeconómico, deberá considerarse la posibilidad de un intento deliberado de negar los problemas y la psicopatología. Estas elevaciones sugieren intentos por mostrar un dominio de sí mismo, sin embargo, estas personas tienden a ser tímidas, inhibidas, temerosas de involucrarse emocionalmente con otros, poco tolerantes al comportamiento de otros. Tienen poca capacidad de insight y de comprensión. (Graham, 1990)

Los puntajes bajos refieren un intento deliberado de aparecer desfavorablemente, tendiendo a exagerar los problemas y a demandar ayuda, o bien pueden indicar confusión psicológica ya sea de naturaleza orgánica o funcional; por otra parte pueden indicar tendencias a la autocrítica exagerada e insatisfacción de sí mismo pudiendo ser poco capaces de lidiar con problemas diarios de la vida, por lo tanto, con un insight deficiente en cuanto a sus motivaciones y comportamientos. (Graham, 1990)

Los puntajes intermedios refieren un equilibrio entre la autoevaluación y la autocrítica, que indica adaptación emocional y psicológica. Se da en personas independientes, inteligentes y con suficiente capacidad de enfrentar y manejar problemas.

Además de identificar estas desviaciones de las actitudes hacia la resolución de la prueba, se desarrolló también, un procedimiento estadístico para corregir las puntuaciones de algunas de las escalas clínicas, a través de un factor de corrección, ya que se pensó que el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba, debería poder determinar la extensión en la cual los puntajes de las escalas deberían ser elevados, a fin de poder reflejar en forma más exacta la conducta de la persona. Meehl y Hathaway determinaron los pasos apropiados a seguir con la escala K, en algunas de las escalas clínicas, a fin de corregir el efecto de una actitud defensiva en estas. Cabe mencionar que en algunas escalas no fue necesario hacer esta corrección de K, ya que el puntaje bruto de estas, parecía predecir acertadamente la condición clínica de la persona, mientras que para las escalas 1 (Hs), 2 (D), 7 (Pt), 8 (Es) y 9 (Ma), se agrega una proporción K, que va desde .2 a 1.0, a fin de elevarlas apropiadamente (Gough, 1950; en Graham, 1990).

Esta escala K de corrección está diseñada para permitir tomar en cuenta el impacto de orientaciones tales como negaciones o aceptación de los diferentes atributos y/o características evaluadas sobre los puntajes de las escalas componentes.

Graham (1990), refiere que no existe investigación suficiente que apoye el uso rutinario de la corrección de K para las escalas clínicas; aunque esta puede mejorar el poder discriminativo en éstas; no significa que mejora la agudeza del perfil. Sin embargo, parece ser que toda la información para la interpretación de los perfiles se basa en los puntajes K-correctado, por lo cual se recomienda utilizarla a menos que se cuente con datos de normas de interpretación para puntajes no corregidos.

Con respecto al uso de esta escala en México con el MMPI original, Nuñez (1987) refiere que 8 frases no parecen tener capacidad o poder discriminativo debido a los porcentajes que se encuentran tanto en hombres como en mujeres en dichas frases.

2.3.4 Escala F

Originalmente la escala F se creó con la finalidad de detectar formas desviadas o atípicas de responder a la prueba, integrada por 64 frases, a las cuales se les dió una dirección para su calificación, encontrando que sólo menos del 10% de los adultos normales responden en la dirección calificada. Por tanto, si la persona examinada responde muchos reactivos de la escala en la dirección calificada, nos dice que no está respondiendo como lo hacen la mayoría de las personas (Graham, 1990).

Esta escala en combinación con las demás de validez nos permite saber si el protocolo es un reflejo exacto del estado mental del paciente. Por lo tanto, los perfiles con una puntuación en F alta no se prestan fácilmente para su interpretación ya que no corresponden a la verdadera situación de la persona. Entre los perfiles aceptables, que presentan una F elevada, se puede decir que esta puntuación se debe a una confusión o a poca cooperación de la persona en la prueba.

Se realizaron diversos estudios con esta escala en el MMPI original, entre los cuales se encontró que una puntuación alta de ésta se asocia con puntuaciones elevadas en las escalas clínicas, lo cual se consideró como un índice de patología severa (Kazan, Sheinberg, 1945). Por

lo que más que una escala de validez se encontró que esta podía ser un índice de perturbación mental. Kauffman (1956) encontró que un grupo de pacientes que modifican su conducta bajo tratamiento psicoterapéutico, obtuvieron puntuación más baja en F al ser examinados posteriormente al haber recibido psicoterapia por algún tiempo.

Otro estudio, encontró resultados similares en pacientes que respondieron el MMPI después de tratamiento por medio de electrochoques (Feldman, 1952).

Al observar las frases que conforman esta escala en el MMPI original, podemos encontrar numerosas frases que se refieren a pensamientos, creencias extrañas, sentimientos de apatía, falta de interés por las cosas y negación de vínculos sociales.

Comrey (1958) realizó un análisis de 63 reactivos de la escala F, con 360 casos de hombres y mujeres, de los cuales cerca de la mitad de los casos eran pacientes hospitalizados por una alteración psiquiátrica y la otra mitad de personas normales.

Extrajo 19 dimensiones de contenido, las cuales son: paranoia, tendencias psicóticas, euforia, personalidad psicopática, poca capacidad de concentración, conducta antisocial, identificación maternal, identificación paternal, salud física pobre, fervor religioso, sentimiento de inferioridad, hostilidad, trastornos en el sueño, tendencias a la fantasía y confusión.

A partir de este estudio concluyó que la escala F no difiere significativamente en el contenido de sus reactivos de las escalas que evalúan anormalidad.

Más tarde Gynther (1961) analizó los puntajes de la escala F en hombres prisioneros que fueron referidos al hospital psiquiátrico para ser evaluados, encontrando un puntaje crudo en la escala F mayor a 16, obtenido en un 67% por los desórdenes de conducta, el 33% por psicóticos y el 0% por neuróticos.

En 1965 el mismo autor diseñó un estudio para determinar si los puntajes de F mayores a 16 eran asociados significativamente entre pacientes con diagnósticos psiquiátricos en general y los casos de hospitalización para evaluación psiquiátrica por sugerencia de la corte; para establecer diferencias y semejanzas entre ambos grupos. Se encontró disparidad entre el grupo de la corte con puntajes en la escala $F > 16$ y los pacientes psiquiátricos, ya que el 30% de los casos en el primer grupo obtuvo puntajes en $F > 16$, mientras que solo el 16% de los pacientes

psiquiátricos obtuvieron puntajes en $F > 16$, concluyendo por tanto, que la escala F mide la severidad de la enfermedad.

Desde que la escala F fue construida empíricamente sobre algunos reactivos, a pesar de la variedad de su contenido, respondidos en la misma dirección por el grupo de estandarización, los puntajes elevados indicaban una tendencia a responder desviadamente. Esto asumido por la hipótesis de desviación (Berg, 1957), que refiere que los pacientes con puntajes elevados en la escala F estaban más enfermos que aquellos con puntajes bajos. Efectivamente, Dahlstrom y Welsh (1960) afirmaron que la escala F es un índice excelente para indicar la severidad de la enfermedad.

En otros estudios, entre los pacientes hospitalizados Sines y Silver (1960) encontraron que la única escala del MMP1 que diferenciaba significativamente entre los pacientes internos y los externos era la escala F, en donde se presentaba más elevada con pacientes de la sala cerrada. Por otro lado, dichos autores en 1961 también encontraron puntajes elevados de F en pacientes crónicos y esquizofrénicos en comparación con pacientes no esquizofrénicos o crónicos.

Dahlstrom y Welsh (1960) definen a la escala F como un índice excelente de la severidad de la enfermedad, ya que a través de los numerosos estudios que realizaron con esta escala, encontraron que ésta se relaciona con el grado de disturbio emocional, siendo además sensible a los cambios en el estado mental.

Gynter, Warbing y Altman (1973) efectuaron una revisión de los estudios realizados hasta esa fecha con la escala F y observaron que un 30% de los datos obtenidos en las investigaciones eran descartadas por puntajes altos en esta escala, ya que cuando esta se encuentra por arriba de un puntaje de 16, el perfil de la prueba se considera inválido. Con estas observaciones estos autores deciden realizar una investigación a través de las correlaciones entre dos muestras tomadas en tiempos diferentes, formadas por hombres blancos y negros.

En dichas muestras se encontraron características tales como: aplanamiento afectivo, desorientación en tiempo, espacio y persona, desórdenes en el pensamiento, etc. También se observó que la mayoría de estos sujetos habían sido diagnosticados como psicóticos.

Se encontraron diferencias significativas en las respuestas dadas por los negros y blancos (psiquiátricos), siendo los primeros los que presentaron puntajes más elevados en las escalas F, 1, 4 y 8. La hipótesis que estos autores formularon para explicar lo anterior fue que las escalas mencionadas contienen reactivos que son contestados en poblaciones negras normales y que esto podía de alguna u otra forma explicar el hecho de que este tipo de población presente puntuaciones más altas en las escalas antes mencionadas.

Este estudio confirma el hecho de que personas de raza blanca cuyos puntajes son iguales o mayores de 26 en la escala F, pueden presentar psicosis o estados psicóticos confusivos.

De dicha muestra se tomaron únicamente los sujetos blancos y negros que obtenían puntajes iguales o mayores a 26 en la escala F, quedando conformada en dos grupos: uno con 50 blancos y 15 negros y el otro por 55 blancos y 15 negros (blancos- caucásicos; negros- africanos).

Con respecto a las investigaciones con esta escala en México, Núñez (1987) encontró que la población normativa mexicana presenta una elevación en ésta y refirió que de las 64 frases que conformaban la escala F del MMPI original, 10 podrían ser la causa de dicha elevación. A continuación se presentan algunas de las frases a manera de ilustrar dicho estudio:

En la frase 20 "Mi vida sexual es satisfactoria" se encontró que una tercera parte del grupo de mujeres y una quinta parte del grupo de hombres estudiados, respondió en dirección opuesta a lo esperado, lo cual se puede deber a la naturaleza más rígida en cuanto a la orientación sexual en la cultura mexicana.

La frase 40 "La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto que hacer cualquier otra cosa", fue respondida por un tercio de la población de hombres y mujeres como cierta, lo cual indica, según el autor antes mencionado, ciertas peculiaridades en nuestra población más que una conducta de tipo esquizotípica.

La frase 48 "Cuando estoy entre la gente me molesta oír cosas muy extrañas" fue contestada en un 30% como verdadera en la muestra mexicana estudiada, ante lo cual no se pudo explicar o establecer alguna hipótesis al respecto.

En la frase 56 "Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras", se observó que una cuarta parte de mujeres y casi dos cuartas partes de los hombres contestaron cierto. Dicha frase resulta un buen ejemplo de la necesidad que existe de estudiar y modificar algunas frases según la población a la que el inventario es aplicado, puesto que demuestra una diferencia significativa entre el grupo mexicano y el de Minneapolis, ya que parece que la norma mexicana resultó "más traviesa que la de Minneapolis" (Núñez, 1987).

En las frases 156 "He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho", 169 "No tengo miedo a manejar dinero", 115 "Creo en otra vida después de esta", 252 "A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted", 269 "Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión" y por último en la frase 286 "Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo", se observó un alto porcentaje de diferencia en la dirección de respuesta en el grupo normativo mexicano, ante lo que se concluyó que esta población difiere a la de Minnesota en cuanto a creencias religiosas, contacto con un medio ambiente más egoísta, características de tipo infantil y diferencias ambientales experimentadas a edades tempranas.

En la versión revisada MMPI-2, la escala se compone de 60 de los 64 reactivos originales, ya que se omitieron 4 por su contenido inconveniente. Al comparar los reactivos de la escala F original con los que conforman dicha escala en la nueva versión, se observan las siguientes modificaciones:

1. se cambió el orden de la presentación de todos los reactivos.

2. los reactivos omitidos son:

14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente. (C)

53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted. (C)

206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente). (C)

258. Creo que hay un Dios. (F)

3. El reactivo 184 del MMPI, 198 del MMPI-2, "Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen" permaneció igual, pero se le cambio la dirección, ya que anteriormente se le calificaba cuando era contestado con F mientras que en la versión actual se califica con V.

4. Los reactivos que permanecieron exactamente iguales son: 12, 18, 60, 78, 102, 120, 138, 144, 186, 198, 204, 210, 228, 240, 300, 336, 343, 246, 252, 264, 294, 361.

5. Los reactivos restantes son: 6, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 66, 84, 90, 96, 108, 85, 132, 150, 156, 162, 168, 174, 192, 216, 222, 234, 306, 312, 318, 324, 330, 358, 258, 270, 276, 282, 288, 349, 355; se les cambio la sintaxis, pero mantienen el mismo contenido. (Lucio, 1995)

La escala F tiene tres importantes funciones en la práctica clínica: primeramente es un índice para evaluar la actitud adoptada ante la prueba y al mismo tiempo es útil para detectar respuestas desviadas. Segundo, a través de esta se puede determinar la invalidez de un perfil, ya que es un buen indicador de la psicopatología, en donde los puntajes altos sugieren mayor desviación en la personalidad. Finalmente los puntajes de esta escala pueden ser utilizados para hacer inferencias a cerca de otras características y conductas fuera de la prueba. (Graham, 1990).

En cuanto a la interpretación de los puntajes, se dice que puntajes muy elevados (de T91 ó más) pueden ser considerados como inválidos, ya que puede ser que el sujeto haya respondido al azar a los reactivos, probablemente fingió en sus respuestas, tiene habilidad de lectura limitada, resistencia a la prueba, o bien hubo errores en la calificación de ésta.

Si el sujeto se encuentra interno en un hospital psiquiátrico, esto puede ser un indicativo de : alucinaciones visuales y auditivas, signos de organicidad, poca capacidad de atención y juicio, diagnóstico psicótico.

Los puntajes que se encuentran entre T71 y T90, refieren una validez cuestionable del perfil. Las posibles fuentes de esta elevación pueden provenir de una patología fingida; al hecho de que el sujeto responde a todo como cierto, o bien a un proceso psicótico. También puede interpretarse como súplicas de ayuda, crisis de identidad adolescente o estados de confusión.

Los perfiles que presentan los puntajes moderados (T56-T70) se consideran probablemente válidos. Esto puede ser indicador de deseos de mostrarse poco convencional,

honestidad extrema al responder, ansiedad, inestabilidad y un cierto riesgo de actos agresivos-impulsivos.

En lo que se refiere a los puntajes medios (T45-T55), corresponden a un protocolo aceptable, observándose algunas creencias que pueden desviarse de lo esperado, aunque prevalece el buen funcionamiento y la emisión de una respuesta común a la prueba por parte de los sujetos que la contestan.

Finalmente, los puntajes considerados como bajos (T44 ó menos), hablan igualmente de un protocolo aceptable. Las posibilidades de interpretación refieren a un sujeto convencional, sincero, socialmente adaptado; sin embargo no se descarta la posibilidad de que exista fingimiento de estar bien. (Graham, 1990; Lucio, 1995)

Arbisi y Ben-Porath (1993) refieren que los individuos que experimentan psicopatología severa producen un puntaje elevado en las escalas F y Fp y que es necesario examinar estos puntajes en combinación con las demás escalas de validez y con la escala recientemente creada Fpsi de la cual hablaremos con más amplitud posteriormente, que fue desarrollada para determinar si los puntajes elevados en las escalas mencionadas se deben a la exageración o bien están sugiriendo presencia de psicopatología severa. Posteriormente Arbisi (1994) presenta en el simposio anual del MMPI-2 una serie de datos con respecto a la interpretación de las escalas de validez en pacientes psiquiátricos con desórdenes severos. Encontrando que las elevaciones de T > 65 en las escalas L y K pueden deberse a actitudes defensivas ante el inventario, como intentos de presentarse de una forma favorable, de negar la psicopatología, o bien por una falta de estructura y controles externos; puntajes elevados en las escalas L y F acompañados por un puntaje moderado en la escala K pueden sugerir adaptaciones egosintónicas a una psicopatología de tipo crónico ya que pacientes psiquiátricos veteranos llegan a sentir que son virtuosos y víctimas de su desorden, tendiendo por ello a no sentirse culpables.

Con respecto a las escalas F y Fp este autor refiere, como lo había hecho anteriormente, que los puntajes en estas, tienden incluso a llegar alrededor de T= 100, lo que explica con base a tres argumentos; el primero: es el hecho de que los puntajes en la escala F tienden a ser más altos en el MMPI-2 que en el MMPI original, lo cual puede deberse posiblemente a que 12 reactivos no cumplen con el criterio de ser contestados por menos del 10% de la muestra normativa. Además

de que los puntajes del MMPI original en la escala F pueden ser inferiores por el tratamiento seguido para obtener los puntajes T. Segundo: en una población de pacientes psiquiátricos, por definición se encuentran experimentando eventos poco frecuentes. Tercero: la escala F tiene una alta correlación con las escalas 8 (Es) y 6 (Pa) que son indicadoras de psicopatología severa y por ello más prevaletentes en un grupo de pacientes internos. Concluyendo que la interpretación en pacientes internos no se realiza con base a las normas de pacientes externos y sobretodo cuando se refiere a la evaluación específica del protocolo de validez (Arbisi, 1994).

Arbisi y Ben-Porath (1994) realizaron una investigación con 139 pacientes veteranos de guerra que se encontraban internados en el Minneapolis VA Medical Center, sujetos que eran del sexo masculino y con un rango de edad entre los 20 y los 79 años ($M= 47.9$, $DS= 13.62$). Las áreas que cubrió esta investigación incluyeron historia social y psiquiátrica, estado mental y diagnóstico previo al ingreso; el análisis descriptivo de los datos del MMPI-2 mostró una elevación significativa en las escalas F y Fp, con elevaciones mucho más bajas en la escala Fpsi. Los correlatos entre las escalas clínicas, de contenido y suplementarias corresponden a los datos encontrados previamente en otras muestras clínicas con el instrumento original. Con respecto a los análisis con las escalas F, Fp y Fpsi se observó que las dos primeras están ampliamente relacionadas con problemas clínicos mientras que la tercera no es afectada tan significativamente por este tipo de problemas.

En la última parte de este capítulo se refieren otras investigaciones relacionadas con esta escala y con otras que también inciden en la presente investigación; se considera que las investigaciones realizadas por los autores antes referidos, son las más relacionadas con el tipo de muestra estudiada y por ello representan una base para este estudio, razón por la cual se describen en esta parte del marco teórico.

2.3.5 Escala Fp (posterior)

Esta escala fue desarrollada para el inventario experimental (MMPI-AX), utilizado en la muestra normativa estadounidense, empleando procedimientos similares a los que se tomaron en cuenta para el desarrollo de la escala F. Es decir, a través de la inclusión de reactivos que tienen

porcentajes bajos de respuesta en poblaciones normales (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989; Graham, 1990).

La creación de esta escala surge a partir de la observación de que los reactivos de la escala F aparecían principalmente en la primera parte del inventario, antes del reactivo 370, por ello ni dicha escala ni el índice F-K eran capaces de discriminar la validez, actitud y patrones de respuesta desviados que ocurrían en reactivos posteriores dentro del inventario (Graham, 1990; Putnam S.H. y Adams K.M, 1994). Por tanto, se crea la escala Fp para poder evaluar la actitud ante la respuesta del sujeto a los reactivos en la parte final del MMPI-2. Su nombre surge del hecho de que los reactivos de ésta se encuentran ubicados después del reactivo 370 y en la parte posterior de la hoja de respuestas.

En sus inicios, la escala contenía un total de 64 frases que aparecían en el cuadernillo MMPI-AX, a los cuales respondían en la dirección calificada menos del 10% de los sujetos normales; de estas frases quedaron un total de 40 en el MMPI-2 (Graham, 1990).

Por ejemplo, el encontrar en un protocolo una escala F válida ($-T=89$) junto con una escala Fp elevada ($+T=90$) podría indicar que el sujeto dejó de poner atención, respondiendo en forma azarosa o disimuló en la parte final del inventario. Siendo en este caso, posible la interpretación de las escalas clínicas y las escalas de validez, ya que aparecen en la primera parte del inventario. Sin embargo, no sería posible interpretar las escalas de contenido y suplementarias que aparecen después del reactivo 370 (Graham, 1990; Putnam y Adams, 1994).

Como se observa en el ejemplo anteriormente descrito, es necesario tomar en cuenta tanto la escala F como la Fp para la interpretación del perfil, en combinación con las demás escalas de validez. Por lo tanto, si la escala F es inválida no será posible realizar una interpretación de la Fp ya que ésta invalida tanto las escalas clínicas como las de validez.

Graham (1990) reporta que por lo general un protocolo contestado de forma azarosa, aparecería con la mitad (20) de reactivos contestados en la dirección calificada, refiriendo también que un protocolo con un puntaje $T < 120$ no deberá interpretarse por invalidar la parte posterior del inventario, así como también que un puntaje mayor de $T=80$ sugeriría formas desviadas en las

respuestas a reactivos que aparecen después del 370, por lo cual menciona que ante ello deberán interpretarse con reserva y cuidado las escalas suplementarias y de contenido.

Un puntaje muy elevado en esta escala deberá ser analizado cuidadosamente. En el caso de encontrar que el sujeto responde con verdadero a la mayoría de los reactivos, podría indicar la posibilidad de un fingimiento o exageración de la problemática y esto se reflejaría igualmente en la elevación significativa de las escalas suplementarias y de contenido.

Putnam y Adams (1994) consideran un protocolo válido cuando el puntaje de la escala F está por abajo de $T=89$ y el puntaje de la Fp es inferior a $T=70$, considerando esto como un indicador de una aproximación de respuesta adecuada ante el inventario en individuos normales, mientras que en pacientes internos será posible interpretar ésta escala y el perfil cuando el puntaje de la primera está entre $T=100-110$, aunque con cierta reserva.

2.3.6 Escala Fpsi (psicopatológica)

Esta escala fue creada en 1993 (Arbisi y Ben-Porath, 1993) con la finalidad de apoyar la interpretación de puntajes elevados en la escala F con individuos que experimentan psicopatología severa.

Para desarrollar esta escala se utilizaron 706 pacientes veteranos internos y la muestra normativa del MMPI-2. El primer paso fue la identificación de los reactivos contestados por menos del 20% de esta población masculina de veteranos; posteriormente se ubicó también a los reactivos que fueron contestados por menos del 20% de la población psiquiátrica de Graham y Butcher (1988; Ben-Porath Y.S., 1944). Una vez realizado ésto, se analizaron dichos reactivos en la muestra normativa quedando finalmente constituida la escala fpsi por 27 reactivos, 18 contestados verdaderos y 9 falsos.

Se realizó un análisis de frecuencias, reportando el porcentaje de pacientes veteranos que contestaron entre $T>90$ y $T=120$, así como también la correlación de las tres escalas F con las otras escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2.

Ben Porath (1994) refiere que es muy problemático y poco confiable distinguir entre un tipo de respuestas que reflejan ansiedad y psicopatología severa de un tipo de respuestas al azar o

con exageración y fingimiento de enfermedad a través de la escala F y Fp, de lo cual surge la necesidad de crear de una escala más sensible a este tipo de respuestas, buscando a través de ella distinguir la exageración en los casos en los que la F y la Fp estuvieran elevadas. Por tanto, si se encuentra dentro del perfil la elevación de las escalas F, Fp y Fpsi, existe la posibilidad de exageración o fingimiento de enfermedad. Por otro lado, si la F psi no se encuentra elevada, se puede hablar de una patología severa. (Arbisi P.A. y Ben -Porath Y.S., 1994).

Se realizó también un estudio con 2 grupos de 50 alumnos universitarios, uno de los cuales fingía patología al responder el MMPI-2 y el otro lo respondía bajo las instrucciones estándar; dichas muestras fueron recolectadas por Graham, Watts y Timbrook en 1991, así como también una muestra de 389 pacientes psiquiátricos recolectados por Graham y Butcher (Ben-Porath Y.S, 1994), encontrando correlaciones más altas en las escalas F y F psi en el grupo psiquiátrico. Realizaron también un análisis de regresión.

2.3.7 Escala de inconsistencia de respuestas variables (INVAR)

Esta escala fue desarrollada por Butcher, Graham, Tellegen y Kaemer en 1989 como un indicador adicional de validez para el MMPI-2, ya que refleja tendencias de los sujetos a responder a los reactivos del inventario en forma inconsistente e indiscriminada, cuyos protocolos no deberán ser interpretados por no ser válidos.

Esta escala está formada por 67 pares de reactivos con contenidos similares u opuestos, que deberán ser contestados en forma congruente de acuerdo a patrones de respuesta establecidos, calificándose entonces como inconsistentes cuando la respuesta a los 2 reactivos tomados como pareja resulta contradictoria (Lucio, 1995).

El manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989 en; Graham, 1990) clasifica a esta escala como experimental, por ello recomiendan ser muy cuidadoso con su interpretación hasta que existan más interpretaciones que sustenten lo anterior.

Los puntajes elevados en esta escala (T mayor de 100 ó más de 13 puntos crudos) invalidan el protocolo y puede deberse a una forma de respuesta al azar. Los sujetos que en

forma deliberada buscan un fingimiento de enfermedad, producen puntajes intermedios en esta escala.

Aunque es importante tomar en cuenta que las respuestas inconsistentes, también pueden reflejar que el sujeto no leyó o no comprendió bien el contenido de los reactivos, respondiendo por ello de una forma parecida o aproximada e inclusive azarosa (Graham, 1990).

En el análisis de la escala F, la escala INVAR resulta muy importante, ya que puede esclarecer y apoyar en gran manera a su interpretación, estando por ello un puntaje elevado de F en combinación con un puntaje INVAR bajo o moderado, reflejando la posibilidad de que éstos puntajes elevados de F apoyen la hipótesis de la presencia de una psicopatología severa más que la de un tipo de respuestas azarosas, que es más bien interpretada al encontrar elevación significativa en ambas escalas (Graham, 1990; Putnam y Adams, 1994).

2.3.8 Escala de inconsistencia de respuestas verdaderas (INVER)

Al igual que la escala antes descrita, la presente fue desarrollada especialmente para el MMPI-2 (Graham, 1990) con la finalidad de identificar a los sujetos que responden con verdadero o falso a los reactivos del inventario de manera indiscriminada, resultando por ello, en cualquiera de los dos casos, un perfil inválido e ininterpretable.

La escala INVER consiste en 23 pares de reactivos con contenidos opuestos, por lo que deberán ser contestados en direcciones diferentes o de lo contrario indicarán una forma de respuesta inconsistente (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989; en Lucio, 1995).

Los puntajes T elevados en esta escala, indican tendencias a dar respuestas verdaderas de manera indiscriminada, en tanto que los puntajes T bajos, indicarían una tendencia a dar respuestas falsas de una manera igualmente indiscriminada.

El manual sugiere tomar con reserva la interpretación de esta escala por considerarse al igual que la Fp e INVAR, una escala experimental que aun requiere de mayor investigación y estudio (Butcher. et al., 1989; Graham, 1990).

Esta escala también resulta de gran ayuda en la interpretación de las escalas L y K ya que si el sujeto responde de manera indiscriminada con falso a los reactivos del inventario, obtendrá puntajes elevados en estas dos escalas que no reflejan defensividad o mala interpretación. Por otro lado, puntajes bajos en las escalas L y K en combinación con un tipo de respuestas verdaderas inconsistentes, reflejaría un patrón de respuesta poco honesto, pérdida o disminución en los recursos del ego. (Putnam y Adams, 1994). 1.7

2.4 Estudios realizados con el MMPI-2 con las escalas de validez

A partir del surgimiento de esta nueva versión del instrumento se han realizado más de 130 publicaciones en torno a investigaciones realizadas con el MMPI-2. En esta sección se nombrarán las más relacionadas con la presente investigación.

Butcher, Graham, Dalstrom, Grant y Bowman (1990) examinaron las respuestas de 515 hombres y 797 mujeres estudiantes de edades entre los 17 y los 48 años en el MMPI-2. Los sujetos fueron comparados en las escalas de validez y clínicas con los de la muestra normativa, así como también se realizaron comparaciones en este mismo sentido en la confiabilidad de los puntajes obtenidos por la muestra estudiada. Se encontraron diferencias significativas en las escalas de validez y clínicas que estuvieron entre 1 y 3 puntajes T en la mayoría de las escalas, las distribuciones de frecuencia resultaron altamente similares a las obtenidas por las de la muestra normativa en estas escalas. Se encontraron diferencias pequeñas en las escalas Pt, Sc y Ma; que fueron explicadas por los autores en función de las diferencias en las edades entre ambas muestras.

Wetzler y Marlowe (1991) realizaron una investigación utilizando el índice F-K (Gough, 1950) con protocolos del MMPI original de 134 pacientes internos, puntajes del MMPI-2 de 35 pacientes internos psiquiátricos y los puntajes de 105 pacientes en el inventario Million Clinical Multiaxial Inventory-II (Million II). A través de la cual demostraron que la tendencia al fingimiento de enfermedad son un reflejo de psicopatología severa en pacientes hospitalizados psiquiátricos.

El MMPI-2 a través de estudios con diversos tipos de población ha resultado ser un inventario sensible y capaz de identificar fingimiento de enfermedad o estrés emocional a través de

sus escalas de validez. En un grupo de personas que habían sufrido daños físicos causados por accidentes automovilísticos, estrés industrial y exposición a tóxico, Lees-Haley, Paul, English-Lue, Glenn y Walter (1991) encontraron que a través del MMPI-2 se pudieron identificar las tendencias marcadas a simular o fingir estrés emocional por la muestra estudiada.

Lees-Haley (1991) examinó la aplicación de la escala F y el índice F-K (Gough, 1950) a través de la aplicación del MMPI-2 a un grupo de 26 adultos que fingían daños personales y a otro grupo formado por 21 personas que no fingían. Ambas medidas, tanto la escala F como el índice F-K mostraron identificar y diferenciar los fingidores de los no fingidores. Se sugirió a través de este estudio que un corte menor de los puntajes debe ser utilizado para los que presentan fingimiento de daños personales como en los enjuiciados que refieren en ellos insanidad o incompetencia. En este artículo también se discuten la diferenciación de la psicopatología genuina como la exageración en las personas que reportan daños personales así como también los estilos de fingimiento.

Con respecto a lo anterior Graham, Wattz y Timbrook-Rodney en 1991 examinaron la capacidad de las escalas de validez del MMPI-2 para identificar sujetos que fingían condiciones de enfermedad o patología, tanto los que fingían estar mal como por el contrario, los que fingían estar bien. Para ello se administró el MMPI-2 a 106 pacientes psiquiátricos. Las escalas de validez mostraron identificar en forma eficaz a los pacientes psiquiátricos y a las personas normales que estaban fingiendo malas condiciones. Sin embargo necesitaron diferentes cortes en los puntajes para identificar a los sujetos normales que resolvieron este inventario de los que lo respondieron bajo intrucciones de fingimiento de patología o enfermedad. Para ello sugirieron recortes de los puntajes óptimos.

Cassisi y Workman (1991) reportan los resultados de dos estudios realizados con una forma corta del MMPI-2 basada en los reactivos de las escalas de validez. En el primero de ellos se les pidió a 69 estudiantes no graduados que respondieran a un grupo de reactivos extraídos de las escalas L, F y K. Posteriormente se relacionaron las respuestas a estos mismo reactivos cuando respondían a la versión completa del inventario. Las correlaciones entre estas administraciones fueron equivalentes a las de la confiabilidad test-retest realizada originalmente para estas escalas. En el segundo estudio se les pidió a 60 estudiantes no graduados que respondieran a esta versión

corta con diferentes instrucciones; ser honestos, fingir estar bien y fingir estar mal. El rango de clasificación correcta de lo anterior fue en un 77% utilizando las reglas estandar para el MMPI-2 donde un puntaje mayor o igual a $T = 70$ en L indica un fingimiento para bien; un puntaje mayor o igual a $T = 70$ en la escala F indica un fingimiento de psicopatología o enfermedad. Los resultados de ambos estudios sugieren que esta versión corta puede ser utilizada sola o en combinación con otros cuestionarios para identificar problemas potenciales en el autoreporte.

Austín (1992) investigó la eficacia de las escalas de validez para detectar fingimiento para mal y fingimiento para bien así como también los perfiles de personas que respondieron honestamente. A través de la administración del MMPI-2 a 110 estudiantes no graduados, a los cuales se les dieron diferentes instrucciones de acuerdo a los objetivos ya mencionados de este estudio. Los resultados fueron estudiados a partir de un análisis de varianza multivariado (MANOVA) que indicó diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas de validez para los tres grupos de instrucciones diferentes impartidas, en donde las escalas de validez fueron las más exitosas en la identificación de los sujetos que fingían para mal, y la escala de mentira (L) fue la que mejor identificó a los sujetos que fingían para bien.

Con respecto a las escalas de Wiener-Harmon y las Sutiles-Obvias en comparación con las de validez del MMPI-2, Timbrook, Graham, Keiler y Watts en 1993, realizaron un estudio con perfiles de 49 pacientes psiquiátricos y 105 estudiantes universitarios con instrucciones estandar, de fingir estar mal y fingir estar bien. Mostró que las escalas sutiles-obvias aunque son capaces de identificar altos porcentajes de los perfiles en el aspecto clínico; no aportan más información de la que brindan la L y F en la clasificación de los perfiles de personas que contestan honestamente o que fingen para bien o para mal; además de que estas últimas brindan o proporcionan información substancial no manifestada por las escalas S-O. Por lo que los autores concluyen que las escalas L y F son más útiles en la identificación de ambos tipos de fingimiento en los perfiles.

Rogers, Bagby y Chakraborty (1992) evaluaron la habilidad de los índices de validez del MMPI-2 para detectar esquizofrenia fingida en 4 grupos de 72 simuladores (con una media de edad de 38.1). Los simuladores fueron asignados al azar en 4 condiciones: entrenados en síntomas de esquizofrenia, en estrategias de detección de fingidores en ambos (síntomas y estrategia:), y por último sin entrenar. Se compararon los simuladores con un grupo control de 13

personas normales que respondieron bajo una condición honesta y otro grupo de pacientes esquizofrénicos internos. Los resultados muestran un conocimiento de estrategias intentadas por muchos simuladores para eludir la detección (p.e. un tercio o más dependiendo de la validez de los índices). En contraste, con el conocimiento del desorden que resultó ser menos útil para los simuladores que intentaron evitar la detección. El entrenamiento de ambos (síntomas y estrategias) no fue tan efectivo como el de las estrategias. Los simuladores sin entrenamiento también fueron detectados a través de las escalas de validez.

En otro estudio similar al anterior, se les brindó información específica sobre síntomas de trastornos posttraumáticos y esquizofrenia, a dos grupos de adultos normales respectivamente, siendo además instruidos para simular estos trastornos en el MMPI-2. Se les ofrecieron premios monetarios para los que tuvieran éxito en este fingimiento. Para determinar cuando la información sobre los síntomas producía perfiles similares a los de los pacientes psiquiátricos, se compararon los puntajes de los fingidores con los puntajes de los pacientes con estos trastornos. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de respuestas, produciendo los fingidores puntajes más bajos en la escala K y puntajes más elevados en las escalas F, Fp, y F-K, y en todas las escalas clínicas, en comparación con los pacientes. Los autores de este estudio sostienen que el hecho de conocer información específica sobre los síntomas de los trastornos psicológicos, no permite a los fingidores evitar la detección del fingimiento o bien producir perfiles equivalentes a los de los pacientes con ese tipo de trastornos (Rogers, Bagby y Chakraborty, 1992)

Lamb, Berry, Wetter y Baer (1994) investigaron el impacto del conocimiento de información detallada acerca de síntomas de daño cerebral y de las escalas de validez en el fingimiento de síntomas psicológicos en el MMPI-2. Ya que se había observado en investigaciones previas con estudiantes universitarios, que fingidores experimentales producían diferentes protocolos a los que contestaban de forma honesta. En esta investigación los fingidores experimentales fueron divididos en cuatro grupos: con información de los síntomas de daño cerebral (presente o ausente) y con información en las escalas de validez (presente o ausente). Se encontraron efectos muy importantes en varias de las escalas de validez y clínicas, ya que se produjeron elevaciones tanto en los puntajes de las escalas clínicas como en las de validez al

brindar información sobre los síntomas de daño cerebral. Por otro lado, el conocimiento de las escalas de validez, produjo puntajes menos elevados en las escalas ya mencionadas; sugiriendo con esto que el entrenamiento en simulación de diversos síntomas tiene un impacto en el MMPI-2. Estos mismos autores (Lamb et. al. 1994) posteriormente discuten en un artículo consideraciones éticas para investigar el impacto del fingimiento entrenado en los test psicológicos. Encontrando que existe especial necesidad en los clínicos por conocer en que proporción los test psicológicos comunmente utilizados como el MMPI-2 son vulnerables al fingimiento entrenado y el riesgo de que dicha información pueda ser utilizada por los anteriores para mejorar esta ejecución. Ya que aun cuando es importante informar a lo clínicos de la suceptibilidad de este tipo de test a la manipulación o fingimiento, debe tenerse sumo cuidado en no revelar detalles del éxito en las estrategias de fingimiento. Por lo que estos proponen revisar numerosas opciones para evaluar el balance entre los requerimientos éticos para proteger la integridad de una prueba psicológica y la necesidad del conocimiento de los clínicos con respecto a la vulnerabilidad de dichas pruebas al fingimiento o manipulación.

Si bien existen muchas investigaciones en torno al fingimiento en las respuestas al MMPI-2 y acerca de como puede este ser detectado a través de las escalas de validez, se han realizado numerosos estudios con respecto a un tipo de respuestas azarasas en este inventario; Berry, Wetter, Baer, Widiger, et. al. (1991) realizaron un estudio con 180 estudiantes universitarios, que fueron divididos en 5 grupos, los cuales a partir de la pregunta 100, 200, 300, 400 y 500 respectivamente, comenzaban a responder al azar a los reactivos de este inventario, sin tener acceso a las preguntas del mismo. Adicionalmente un grupo completó el inventario bajo las instrucciones estándar y otro grupo completó la hoja de respuestas sin tener acceso al cuadernillo de reactivos. Este estudio demostró que tanto la escala F, Fp y la INVAR, son índices capaces de detectar la presencia de respuestas al azar al responder la prueba.

Posteriormente estos mismos autores (Berry, et. al. 1992) realizan otro estudio con las mismas escalas, con muestras de estudiantes, voluntarios y personas que se encontraban buscando empleo, los cuales reconocieron haber respondido al azar en un rango de 12 a 38 respuestas del MMPI-2. De lo anterior se concluyó que los índices de validez de este inventario son apropiados, confiables y correlacionaron positivamente con la estimaciones personales que cada individuo

emitió con respecto a las respuestas al azar. Estos autores observaron que ocurre en forma más frecuente este tipo de respuestas en la parte final del inventario.

Wetter, Baer, Berry, Smith et. al. (1992) exploraron los efectos de las repuestas azarasas y de respuestas en sujetos que fingen psicopatología en las escalas de validez con una muestra formada por estudiantes universitarios, de los cuales, un grupo completó la hoja de respuestas de manera azarosa, otro fue instruido para fingir disturbio psicológico moderado, un tercer grupo al que se le pidió que simulara un disturbio severo y por último al cuarto grupo se le dieron las instrucciones estándar. Los resultados mostraron que las escalas de validez del MMPI-2 resultaron sensibles a estos tipos de respuestas, tanto el fingimiento de psicopatología como el tipo azarosos al responder al inventario, produjeron elevaciones significativas en las escalas F y Fp; mientras que la escala INVAR fue solamente afectada por las respuestas azarasas. Se sugiere a través de este estudio que en la interpretación de un perfil con este último tipo de respuestas, se tome en cuenta también para establecer lo anterior, el puntaje de la escala INVAR. De tal forma que un puntaje elevado en la escala F combinado con un puntaje elevado en la escala Invar sugeriría la posibilidad de un tipo de respuesta azarosa.

Paolo y Ryan (1992) obtuvieron protocolos azarosos del MMPI-2 a partir de un programa en computadora diseñado para ello; encontrando que las escalas INVAR, F y Fp eran capaces de diferenciar dichos protocolos.

Otra tipo de investigaciones realizadas con este inventario son las que se han llevado a cabo con muestras psiquiátricas. Se realizó un estudio con una muestra de 200 pacientes psiquiátricos externos con el objetivo de observar si las diferencias entre los puntajes (uniformes vs lineales) de ambos inventarios (MMPI original y MMPI-2) creaban discrepancias en los perfiles obtenidos por los anteriores, a partir de los puntajes determinados al mismo tiempo en ambas versiones; encontrando que estas diferencias no resultaron significativas, pues no excedieron de $T = 1.2$, y que además el procedimiento utilizado en el MMPI-2 con respecto a los puntajes T uniformes reducían las diferencias entre las medias de los puntajes T para ambas versiones en 12 de 16 escalas (Edwar, Morrison y Weissman, 1993).

Previamente ya se habían comparado las escalas de validez y clínicas con ambas formas del MMPI en 37 pacientes psiquiátricos; no encontrando diferencias significativas entre los puntajes T

de estas. Por lo que se concluyó que todas las escalas de las dos versiones del inventario estaban altamente correlacionadas entre sí, incluyendo la función discriminatoria en la clasificación de grupos clínicos y no clínicos; función que resultó ser eficaz en ambas versiones (Blake; Penk, Mori, Kleespies et. al. 1992).

2.5 Escalas clínicas en el MMPI-2

Con el objetivo de mantener una continuidad con el MMPI original, las escalas clínicas permanecieron con los nombres y las funciones ya asignadas, aunque cabe mencionar que los reactivos que las componen fueron revisados, a continuación se describen brevemente (Graham, 1990; Lucio, 1995).

Escala 1 Hipocondriasis (Hs)

Esta escala se integra por 32 de lo 33 reactivos del MMPI original; se agregó una fracción de .5 del puntaje de la escala K para sustituir a la escala original de corrección, los reactivos de esta escala abarcan síntomas físicos y reflejan una preocupación corporal en general. A través de los reactivos de la escala, el individuo reconoce estar preocupado por su salud física, así como tendencias a exagerar estas preocupaciones que indican un enfoque hacia la vida con tendencias a centrarse en sí mismo.

Escala 2 Depresión (D)

De los 60 reactivos de la escala original se eliminaron 3; quedando entonces compuesta por 57 reactivos que exploran características de la personalidad que se relacionan con sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento, culpa, hipersensibilidad y tendencias intrapunitivas, características en los pacientes depresivos.

Escala 3 Histeria (Hi)

La escala permanece igual a la original contiene 60 reactivos que describen quejas o dolencias físicas, problemas personales de tipo social así como tendencias a la negación de sintomatología de tipo psicológico. Este cuadro se relaciona con hipocondriasis y depresión por lo que algunos autores nombraron a esta relación "La triada neurótica", tomando por ello la escala

más alta para señalar los síntomas principales. Esta escala se refiere en general a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo. Cuando esta petición de afecto se hace exagerada aparecen manifestaciones de exhibicionismo e histrionismo.

Escala 4 Desviación psicopática (Dp)

Esta escala también permanece igual a la original en esta versión revisada; aunque se realizaron algunos cambios en la redacción de las frases que la conforman. Consta de 50 reactivos que se asocian con problemas a nivel familiar, para relacionarse con figuras que representan autoridad, dificultades para someterse a imposiciones externas mostrando una conducta que va desde la inconformidad encubierta hasta una rebelión abierta.

Escala 5 Masculino-Femenino (MF)

En esta escala fueron eliminados 4 de los 60 reactivos que la conformaban originalmente, por tanto consta actualmente de 56. Las frases que la conforman abarcan áreas de intereses y valores característicos del sexo masculino o femenino, que tienen como objetivo medir las divergencias del género, su interpretación deberá ser cautelosa ya que es necesario tomar en cuenta el nivel socioeconómico y educativo.

Escala 6 Paranoia (Pa)

La escala mantiene los 40 reactivos originales, que reflejan actitudes de cautela, desconfianza, suspicacia que manifiestan una tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos, dificultades para relacionarse, que se pueden entender como una forma de defensa ante situaciones que el sujeto percibe como amenazantes.

Escala 7 Psicatemia (Pt)

Se compone de 48 reactivos creados en la escala original que se relacionan con factores de ansiedad y angustia, las frases incluyen contenidos de tipo somático, esfuerzos rígidos para controlar los impulsos. Aunque el término psicatemia no es utilizado comúnmente se puede entender como un trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo compulsivos (Nuñez, 1979). En el

perfil de las escalas clínicas se le agrega a esta escala el valor total del puntaje de la escala K de corrección.

Escala 8 Esquizofrenia (Es)

Al igual que las dos últimas escalas, esta quedó construida de la misma forma a la original contando con 78 reactivos, que incluyen frases que abarcan experiencias y conductas inusuales y extrañas, que reflejan tendencias marcadas al aislamiento y a la fantasía, como mecanismos para la compensación ante la incapacidad para establecer relaciones interpersonales. También en el perfil es necesario sumar al puntaje crudo de la escala de corrección K a esta, para una adecuada interpretación.

Escala 9 Hipomanía (Ma)

Los 46 reactivos originales se mantuvieron para esta escala, las frases que la conforman evalúan en forma general la energía que tiene el sujeto para fijarse metas y tratar de alcanzarlas, así como también ambiciones y aspiraciones exageradas.

Escala O Introversión social (Is)

La escala se compone por 69 reactivos ya que se eliminó uno de la original por no ser acorde a la revisión planteada para esta nueva versión (Butcher, Ben-Porath y Graham, 1989). Esta escala no hace referencia a ninguna alteración; se elaboró con la finalidad de evaluar las tendencias del sujeto a ser extravertido o intravertido en un nivel social, en sus pensamientos y emociones.

2.6 Escalas Suplementarias

Para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de desórdenes clínicos, se implementaron en el MMPI-2 (Lucio, 1995) , las escalas suplementarias que aparecen agrupadas justamente en el perfil correspondiente a las mismas. Existen 2 grupos dentro de este rubro, las escalas Tradicionales y las Adicionales.

Escalas Tradicionales

1. Escala de Ansiedad (A)

Butcher (1989) incluye esta escala originalmente desarrollada por Welsh en 1956. Contiene 39 reactivos que abarcan disturbios emocionales generales, tales como angustia, ansiedad e inconformidad.

2. Escala de Represión (R)

Igual que la escala anterior, esta fue desarrollada por Welsh en 1956. Es integrada al MMPI-2 con 37 de los 40 reactivos que la conformaron originalmente. Esta escala evalúa características como : tendencia a ser convencional, sumisión, así como la necesidad de esforzarse por evitar disgustos o situaciones desagradables.

3. Escala de Fuerza del Yo Fyo (Es)

Esta escala es una medida de adaptación, de fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente. En el MMPI-2 contiene 52 de los 68 reactivos que la conformaron cuando fue desarrollada por Barron en 1953.

4. Escala revisada de Alcoholismo de Mac-Andrew (Mac-R)

La escala fue desarrollada por Mac-Andrew en 1956. Algunos de sus reactivos fueron modificados para el MMPI-2. Los puntajes elevados de esta escala pueden estar asociados con la propensión a la adicción en general, más que una tendencia al alcoholismo solamnete.

La Escala Fp además de ser una escala de validez, se encuentra ubicada en este perfil, considerándose por ello también una escala suplementaria tradicional.

Escalas Adicionales

1. Escala de Hostilidad reprimida (Hr)

Fue desarrollada originalmente por Mergargie , Cook y Mendelson en 1967. De los 31 reactivos que tenía originalmente fueron incluidos 28 en el MMPI-2. Esta escala proporciona una

medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias y la tendencia de las personas a responder apropiadamente a la provocación en la mayoría de los casos.

2. Escala de Dominancia (Do)

Esta escala incluye 25 reactivos que evalúan la tendencia de un individuo a tener control ascendente en sus relaciones interpersonales: Gough, McClosky y Meel desarrollaron esta escala en 1955.

3. Escala de Responsabilidad Social (Rs)

Desarrollada por los mismos autores que crearon la escala anteriormente mencionada pero en 1952. Esta refiere características como responsabilidad, integridad y compromiso con el grupo.

4. Escala de Desadaptación Profesional (Dpr)

Esta escala fue elaborada por Kleinmuntz en 1961. Tiene como objetivo discriminar a estudiantes profesionistas bien o mal adaptados emocionalmente, pero no es muy útil en predecir futuras dificultades de adaptación.

5. Escalas de Género Masculino y Género Femenino

Fueron desarrolladas por Dahlstrom para el MMPI-2. Se elaboran sobre datos proporcionados por una muestra, incluyendo en el GM los reactivos que contestaron en un mismo sentido los hombres de la muestra y menos del 10% de mujeres avalaba en el mismo sentido. De la misma manera se realizó para las mujeres. Se encontraron por lo tanto, 47 reactivos para el GM y 46 para el GF.

6. Escalas de Desorden por Estrés Post-traumático (EPK y EPS)

La escala EPK fue desarrollada por Keane, Malloy y Fairbank en 1984, basándose en el contraste de pacientes psiquiátricos de la Administración de Veteranos quienes manifestaron desórdenes de estrés postraumático con un grupo de veteranos con otro tipo de desórdenes psiquiátricos.

La escala EPS se elaboró en 1987 por Schlenger y Kulka, contrastando veteranos de Vietnam sanos emocionalmente, con otros que presentaban desórdenes postraumáticos, sin otros problemas psiquiátricos.

Ambas escalas son independientes una de la otra, los autores de las mismas aun continuan refinando estas medidas. Si se quiere ampliar los datos referidos de las escalas suplementarias del MMPI-2, consultar el Manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

2.7 Escalas de Contenido

El último perfil que puede obtenerse a partir del MMPI-2 es el que contiene las 15 escalas de contenido, desarrolladas por Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath en 1989 (Lucio, 1995). El uso de estas escalas representa un complemento para la interpretación de las escalas clínicas tradicionales, ya que pueden precisar o refinar el significado de las elevaciones en estas últimas.

A través de las escalas de contenido se puede obtener información sobre el funcionamiento de la personalidad que no está disponible en otras escalas, gracias al contenido homogéneo de sus reactivos (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

Las escalas de contenido evalúan 4 áreas clínicas generales:

- 1) Síntomas o tensiones internas
- 2) Tendencias agresivas externas
- 3) Autoconcepciones negativas
- 4) Área de problemas generales: sociales, familiares, laborales y de tratamiento.

(Butcher y Cols., 1990; en Lucio y Ampudia, 1995).

1) Síntomas o tensiones internas

Ansiedad (ANS)

Los 23 reactivos de esta escala abarcan síntomas de ansiedad, tensión y problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración.

Miedos (MIE)

Esta escala se integra por 23 reactivos que abarcan áreas de miedos específicos, tales como : ver sangre, estar en lugares altos, manejo del dinero, animales , fuego, tormenta y desastres naturales.

Obsesividad (OBS)

Contiene 16 reactivos que presentan síntomas obsesivos, como contar o guardar cosas sin importancia, dificultad en la toma de decisiones y meditar excesivamente los problemas.

Depresión (DEP)

Los 33 reactivos que la conforman, abarcan áreas que implican sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida; ideas suicidas y deseos de estar muerto.

Preocupaciones por la salud (SAL)

Esta escala contiene 36 reactivos que presentan síntomas físicos en diversos órganos corporales. Se incluyen síntomas gastrointestinales, problemas neurológicos, problemas respiratorios, problemas dermatológicos y dolores.

Pensamiento delirante (DEL)

Contiene 24 reactivos que abarcan síntomas tales como alucinaciones auditivas, visuales y olfativas; pensamientos extraños y peculiares que son característicos de los procesos psicóticos del pensamiento.

2) Tendencias agresivas externas

Enojo (ENJ)

Esta escala se conforma por 16 reactivos que evalúan problemas en el control del enojo o de impulsos.

Cinismo (CIN)

Los 23 reactivos de esta escala son respondidos por personas que suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de los demás, por ello, no confían en otras por temor a ser utilizados por los demás.

Prácticas antisociales (PAS)

Esta escala contiene 22 reactivos que abarcan problemas de conducta durante los años escolares; prácticas antisociales como robos que pueden dar lugar a problemas con la ley.

Conducta tipo A (PTA)

Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala tienden a ser competitivos, activos, tensos e irritables. Esta escala esta conformada por 19 reactivos.

3) Autoconcepto negativo

Baja Autoestima (BAE)

Esta escala evalúa a partir de 24 reactivos actitudes negativas hacia sí mismo, pensamientos como el no ser atractivo, considerarse torpe y una carga para los demás.

4) Problemas generales

Incomodidad social (ISO)

Esta escala se conforma por 24 reactivos que son respondidos por personas con dificultades para relacionarse con los demás, que tienden a ser aislados y poco integrados dentro de un grupo.

Problemas familiares (FAM)

A partir de 25 reactivos, esta escala evalúa problemas dentro de la esfera familiar, poco afecto entre los miembros, desavenencias y maltrato o abuso durante la infancia.

Dificultades en el trabajo (DTR)

Los 26 reactivos que la conforman indican conductas o actitudes que provocan un desempeño laboral pobre, tales como poca confianza en sí mismo, falta de concentración, obsesividad, tensión y dificultades para tomar decisiones.

Rechazo al tratamiento (RTR)

Esta escala contiene 26 reactivos . Busca evaluar actitudes negativas hacia los médicos y tratamiento de salud mental.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

III

METODO

3.1 Planteamiento y justificación del problema

Planteamiento del problema

A partir de 1992 Lucio y Reyes inician la estandarización del MMPI-2 en nuestro país, razón por la cual se hace necesaria una investigación en diferentes poblaciones y con cada una de sus escalas.

Este estudio pretende realizar una investigación de tipo exploratorio, con una muestra de 250 pacientes psiquiátricos a los cuales se les administró la versión revisada MMPI-2 para observar si este tipo de población responde como se espera que lo haga en la escala F y Fp, según lo que refiere Graham (1990) de que menos del 10% de los sujetos respondan en la dirección crítica a los reactivos de la escala F. Así mismo, la escala Fp fue desarrollada siguiendo los mismos principios y por ello se esperaba también que solamente menos del 10% de los sujetos respondan en la dirección crítica a los reactivos que la conforman. Investigaciones recientes con el MMPI-2 han demostrado que las escalas F y Fp funcionan de la misma forma que lo hacía la escala F en el MMPI original. (c.f. Graham, 1993; en Arbisi y Ben-Porath, 1994, en prensa).

El MMPI-2 hereda algunos de los problemas originales del MMPI, entre los cuales se puede referir al funcionamiento de las escalas F y Fp que por la naturaleza heterogénea de los reactivos que las conforman, no discriminan entre población con psicopatología severa y población normal que finge enfermedad mental (en Ben-Porath y Arbisi, 1994). La explicación a esto es que en poblaciones psiquiátricas las escalas F y Fp se elevan comúnmente puesto que los reactivos que las conforman tienen alguna relación con síntomas de psicopatología, por ello estas escalas también se elevan en personas que fingen enfermedad; lo que no permite discriminar entre unos y otros, basándose en los puntajes obtenidos de estas dos escalas.

El desarrollar una escala de infrecuencia para muestras psiquiátricas, permitirá tener un punto de referencia para discriminar entre poblaciones con patología y poblaciones que fingen enfermedad.

De acuerdo con lo anterior este estudio pretende conocer como responden los pacientes psiquiátricos mexicanos a las escalas F y Fp del MMPI-2. Así mismo, dado que en Estados Unidos se desarrolló una escala de infrecuencia para muestras con psicopatología severa (Fpsi; en

Ben-Porath y Arbisi, 1993), se pretende evaluar el comportamiento de esta escala en población mexicana para ver la posibilidad de utilizarla en nuestra población o si existe la necesidad de desarrollar una escala que permita discriminar los perfiles que refieren psicopatología severa de los perfiles que refieren un fingimiento de enfermedad.

Justificación

En Estados Unidos, Arbisi y Ben-Porath (1993), desarrollaron una escala Fpsi psicopatológica para auxiliar en la interpretación de los puntajes de la escala F del MMPI-2 en individuos que experimentan psicopatología severa; la cual se desarrolló a partir de la identificación de 27 reactivos con una frecuencia de respuesta menor al 20% en la dirección crítica. La muestra utilizada para desarrollar esta escala incluyó 706 pacientes internos en el "Veterans Administration Medical Center" de Minneapolis y la muestra normativa estadounidense del MMPI-2.

Con la Hipótesis de que en los casos que se experimentaba psicopatología severa y existía una elevación en la escala F y/o en la Fp, la introducción de la nueva escala Fpsi (psicopatológica), ayudaría a determinar la posibilidad de una exageración en las respuestas del inventario. De tal manera que una elevación en las escalas F, Fp y Fpsi, apoyaría la posibilidad de exageración o fingimiento de una enfermedad; en tanto que la elevación de las escalas F y Fp, y por el otro lado la escala Fpsi sin elevaciones significativas, referiría entonces la presencia de patología severa. (Ben-Porath y Arbisi, 1993).

Esta escala presentó una correlación mayor con 2 escalas clínicas: Paranoia (6) y Esquizofrenia (8), con un puntaje de .51 y .56 respectivamente; en tanto que con la escala de contenido que también se correlacionó significativamente fue: Mentalidad Delirante (DEL) con un puntaje de .64. (Arbisi y Ben-Porath, 1993).

En 1994 Ben-Porath en el 29th Annual Symposium on Recent Development the use of the MMPI-2 Workshops and Symposia, presentó un trabajo sobre la validez de los protocolos del MMPI-2, en donde se incluye a la escala Fpsi como una escala experimental de validez, refiriendo que las elevaciones en las escalas F y Fp pueden mostrar respuestas al azar, exageración y fingimiento o bien patología severa.

Ben-Porath y Arbisi (1993) reportan también una correlación realizada entre una muestra de 50 sujetos universitarios con instrucciones de fingir patología y un grupo de pacientes psiquiátricos (n=389) con el objetivo de incrementar la validez de la escala Fpsi.

En este mismo simposium (1994), Arbisi presenta un trabajo con un grupo de pacientes psiquiátricos internos (n=139) indicando que las escalas del MMPI-2 que tuvieron elevaciones significativas fueron la F y la Fp, mientras que la nueva escala Fpsi mostró elevaciones menores; concluyendo que los análisis de las correlaciones entre estas escalas indican que la validez de las escalas F y Fp están altamente relacionadas con problemas clínicos, en tanto que la escala Fpsi se vio menos afectada por estos problemas.

Se considera, por lo tanto, que la investigación realizada es un antecedente para estudios con las escalas de validez F y Fp del MMPI-2 y por otro lado, se justificará la necesidad de desarrollar una escala Fpsi psiquiátrica para nuestra población. Ya que la estandarización de una prueba extranjera en nuestro país es muy importante, pues es posible que las normas no sean aplicables a nuestra cultura. De ahí la importancia de crear normas nacionales, de lo contrario el marco de referencia en el que se compara al individuo en estudio, no sería objetivo.

Es importante mencionar el trabajo de Núñez en cuanto a la investigación de la escala F original realizada en 1963, que encontró elevaciones en esta escala en el grupo normativo mexicano que se debieron a cambios en la dirección de respuestas esperadas de 10 reactivos. El autor reporta que los cambios pueden haberse debido a diferencias en la cultura que comprenden orientaciones más rígidas en aspectos sexuales, problemas de conducta más frecuentes durante la infancia, preocupaciones mayores en las mujeres por el manejo del dinero, diferentes creencias religiosas, mayores contactos con medios de tipo egoísta; diferencias que como ya se mencionó, pueden deberse principalmente a ambientes culturales diferentes a los de la población normativa original del MMPI (Núñez, 1987).

La presente investigación pretende por tanto, realizar un estudio con las escalas F y Fp en un grupo de pacientes psiquiátricos internos con el objetivo de observar si esta escala se responde con la frecuencia esperada (90% con puntajes altos) en este tipo de muestra (Butcher, et al, 1989). De igual forma se estudiará la escala experimental Fpsi (Arbisi y Ben-Porath, 1993) con el objetivo

de analizar el funcionamiento de la misma en la población psiquiátrica mexicana, para determinar si se puede adaptar esta escala o existe la necesidad de desarrollar una nueva.

3.2 Hipótesis

Hipótesis de Trabajo:

El MMPI-2 es un instrumento que posee la sensibilidad psicométrica para determinar rasgos de la personalidad. Se espera que la población "normal" obtenga un puntaje bajo en la escalas F y Fp, ya que por el tipo de reactivos que las conforman, es poco frecuente que respondan en dirección opuesta a la esperada. Sin embargo, dado que no hay estudios sobre ello, existe la posibilidad de que no necesariamente se presenten puntajes altos en pacientes psiquiátricos.

- Los pacientes psiquiátricos mexicanos presentan elevaciones significativas en las escalas F y Fp.
- Más de un 10% de la población psiquiátrica mexicana responde en dirección crítica a los reactivos que conforman las escalas F y Fp.
- Los pacientes psiquiátricos mexicanos responden a los reactivos que conforman la escala Fpsi estadounidense (en Ben-Porath y Arbisi, 1993) de acuerdo con el criterio de respuesta menor al 20% en la dirección calificada.

Hipótesis de investigación:

¿Cuáles reactivos de las escalas F y Fp son contestados más frecuentemente por los pacientes psiquiátricos? (mayor al 35% en dirección crítica; Ben-Porath, 1993).

¿Cómo responden a los reactivos más frecuentemente contestados en dirección crítica por la muestra psiquiátrica mexicana, los estudiantes de la muestra normativa universitaria? (mayor al 35% en dirección crítica; Ben-Porath, 1993).

Hay diferencias significativas en la dirección de respuestas a los reactivos de las escalas F, Fp entre los pacientes psiquiátricos y la muestra normativa de estudiantes.

¿Qué porcentajes de pacientes contestan en $T > 90$, $T \geq 100$, $T \geq 110$ y $T = 120$ en la F y Fp?

3.3 Variables

Variable Independiente:

Pacientes Psiquiátricos Internos

Definición Conceptual:

Un paciente psiquiátrico presenta conductas desorganizadas y alejadas de la realidad externa que ponen en peligro su vida o constituyen una amenaza para la sociedad, por ello requiere de un tratamiento hospitalario (Page, 1982).

Se considera internamiento psiquiátrico al período de tratamiento dentro de un ambiente hospitalario restrictivo, con el fin de lograr un contacto terapéutico (Kolb, 1985).

Definición Operacional:

De acuerdo con los criterios metodológicos, se empleará el criterio de control selectivo de la variable independiente, que va a estar definida como el internamiento en un hospital psiquiátrico, en calidad de paciente.

Variable Dependiente:

Respuestas a las escalas F, Fp y Fpsi estadounidense.

Definición Conceptual:

Las escalas F, Fp y Fpsi estadounidense son escalas de infrecuencia, es decir, están constituidas por reactivos que son respondidos con muy poca frecuencia en la dirección crítica; menos del 10% en el caso de las escalas F y Fp, mientras que para la escala Fpsi estadounidense se esperan respuestas inferiores al 20% en la dirección crítica a los reactivos que la conforman (en Ben-Porath y Arbisi, 1993).

Las escalas F y Fp en el MMPI-2 son escalas de validez, ya que evalúan la actitud que toma el sujeto al responder al inventario así como también considerar desviaciones externas que pueden invalidar el protocolo y con ello impedir su interpretación (Graham, 1990)

Definición Operacional:

Se define como variable dependiente a las respuestas dadas por los sujetos ante los reactivos de las escalas F, Fp y Fpsi estadounidense (Ben-Porath y Arbisi, 1993) del MMPI-2, en términos de diferencias en rasgos de personalidad obtenidas por puntuaciones en estas escalas de validez.

3.4 Muestreo

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).

La muestra normativa estudiantil se obtuvo de un estudio realizado por Lucio y cols. para la adaptación del MMPI-2 en México

Las Facultades, carreras y grupos de donde se tomó la muestra se determinaron de manera aleatoria, administrándose el instrumento en las Facultades de Ciencias, Contaduría y Administración, y en la Escuela de Artes Plásticas. (Lucio y Reyes, 1994).

La muestra psiquiátrica se obtuvo de diversas investigaciones realizadas con el objetivo de obtener una muestra clínica para conocer cual era el comportamiento del MMPI-2, versión español en pacientes psiquiátricos. (Lucio, 1995; Palacios, 1994)

3.5. Sujetos

Pacientes psiquiátricos:

La muestra psiquiátrica estuvo formada por 250 personas diagnosticadas con trastorno psiquiátricos diversos, de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (1988). Estos pacientes estaban internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Alvarez, Unidad Médico Psiquiátrica del Reclusorio Preventivo Sur, Hospital Psiquiátrico de San Fernando del IMSS y de la casa de Protección Social para pacientes psiquiátricos No. 4 de Cuernavaca. El rango de edades fluctuó entre los 17 y 50 años, con una media de 40 años. (Lucio, 1995; Palacios, 1994; De la Torre, 1995)

Estudiantes Universitarios:

La muestra de estudiantes estuvo compuesta por los sujetos que sirvieron para la normalización del MMPI-2 (Lucio, 1994), la cual consistió 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.

3.6 Criterios de Inclusión.

Se definieron criterios de invalidez para garantizar que los resultados individuales cumplieran los requisitos mínimos para ser incluidos en la muestra mediante el control de algunas variables que pueden incidir en estos resultados.

Por necesidad los criterios para los dos grupos estudiados, el psiquiátrico y el normativo estudiantil, no podían ser los mismos pues sus características son muy diferentes.

A continuación se presentan los criterios de inclusión para ambos grupos:

Pacientes psiquiátricos:

1. Encontrarse internado en el momento de la administración de la prueba.
2. Haber recibido una evaluación diagnóstica hecha por el equipo psiquiátrico-psicológico de su institución.
3. Saber leer y escribir.
4. Encontrarse controlado, sin confusión, delirios agitación o depresión grave, en el momento de la administración del inventario.

Los criterios de invalidez consistieron en 15 ó más reactivos sin contestar u observar un puntaje en la escala INVER menor a 9 ó mayor de 13 puntos (Butcher, 1992) o un INVAR de 15 o más puntos.

Estudiantes Universitarios:

En este grupo los criterios de inclusión fueron:

1. Edad de 17 a 36 años.
2. Variable sexo conocida.
3. Índice de Gough hasta 9.
4. Ciertos hasta 454 80%.
5. Falsos hasta 454 80%.
6. Menos de 30 reactivos sin contestar.
7. INVER (inconsistencia en las respuestas verdaderas) entre 5 y 13.
8. INVAR (inconsistencia en respuestas variables) hasta 13.
9. Fp hasta 11 reactivos.
10. F hasta 20 reactivos.

3.7 Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo retrospectivo, transversal, descriptiva y comparativa. Se dice que la investigación es retrospectiva ya que utiliza información recabada en el pasado y a partir de ella busca nueva información. Es transversal pues la variable se midió en un momento determinado y descriptiva ya que estudia las diferentes poblaciones para esta investigación.

3.8 Diseño

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

3.9 Instrumento

Graham en 1990, reportó que en éste instrumento 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. Con 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. Por lo tanto, los datos obtenidos apoyan la validez del instrumento. En nuestro país se está realizando una amplia investigación para clarificar aun más su validez en diferentes tipos de población y en diferentes propósitos clínicos.

Para esta investigación se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en su versión 2, MMPI-2. Traducido en 1992 por Lucio y Reyes (1994).

El Inventario consta de un cuadernillo que contiene 567 frases a las que el sujeto responde Verdadero o Falso, en una hoja de respuestas individual.

3.10 Procedimiento

La aplicación del Inventario 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 a los reactivos.

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

Al 70% (140) de los sujetos, 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, especialmente sujetos con alguna sintomatología orgánica asociada. Butcher et. al (1989),

señalaron la posibilidad de la administración de los reactivos del MMPI-2 en una grabadora, procedimiento similar al empleado.

Las instrucciones fueron las impresas en el cuadernillo. Se tuvo especial cuidado al señalar que la prueba era una evaluación de la personalidad y que no tenía nada que ver con la posible salida del hospital. Esto se realizó a fin de evitar, en algunos casos, la manipulación que pretendiera dar una imagen favorable.

Las hojas de respuesta fueron leídas a través de una lectora óptica, y calificadas posteriormente por computadora, procedimiento que también fue realizado con la muestra normativa universitaria (Lucio y Reyes, 1994). Una vez obtenidos los datos del inventario, se aplicaron los criterios de exclusión para cada muestra y posteriormente se realizó el análisis estadístico de los mismos.

La captura de las respuestas de los sujetos a cada uno de los reactivos se realizó por medio de un sistema de lectura óptica. (Lucio y Monzón, 1995).

Las variables requeridas por la hoja de captura de respuestas son:

- Número de identificación
- Carrera
- Semestre
- Edad
- Sexo
- Turno
- Nacionalidad
- Las 567 respuestas al inventario

Se desarrolló un programa en lenguaje TURBO-PASCAL versión 6 para computadora que permitiera calificar rápidamente las 43 escalas que componen esta prueba además de diversos índices.

El programa se desarrolló de manera estructurada para facilitar su manipulación y se compone de diversos módulos:

Lectura de matrices.

Para calificar la prueba es necesario conocer la localización de los reactivos que componen cada una de las escalas y de la dirección en la que tiene que ser calificada (verdadero o falso).

Lectura de las respuestas.

Las respuestas vertidas por los sujetos en las hojas especiales para lectora óptica son asignadas a las variables pertinentes en esta parte del programa para que puedan ser reconocidas y procesadas.

Calificación del inventario.

Se califican las diversas escalas que componen al inventario mediante un proceso directo que consiste en examinar solamente aquellos reactivos que componen a cada una de las escalas para indagar la respuesta emitida por el sujeto. Este procedimiento ahorra tiempo pues no es necesario examinar las 567 respuestas para cada una de las escalas que se quieren calificar.

Calificación de INVER e INVAR.

Estas escalas requieren de un tratamiento especial, pues para calificarlas se comparan las respuestas a los reactivos en parejas y no de manera individual.

Evaluación de diversos índices.

Se contabiliza la cantidad de respuestas emitidas en dirección FALSO, cantidad de respuestas emitidas en dirección CIERTO y número de reactivos sin contestar o con doble respuesta.

Resultado de la calificación.

Se crea un archivo con los resultados individuales de cada sujeto.

Este archivo consta de 4 registros por sujeto:

- Datos personales del sujeto vertidos en la hoja de respuestas
- Resultados de las escalas clínicas
- Resultados de las escalas de contenido
- Resultados de las escalas suplementarias

3.11 Análisis de los datos

A las respuestas emitidas por los sujetos de la muestra psiquiátrica se les aplicó los criterios de exclusión ya referidos, rechazándose 34 protocolos que no cumplieran con los requisitos necesarios para el estudio.

A los protocolos de la muestra psiquiátrica que cumplieron con los criterios de inclusión se les determinó varios parámetros. Se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión para las escalas F, Fp y Fpsi norteamericana (Ben-Porath y Arbisi, 1993). Además se determinaron los porcentajes de sujetos que conformaban varias categorías establecidas en puntajes T y reportadas por Arbisi y Ben-Porath (1993) para fines de comparación.

Así mismo se obtuvieron las frecuencias de respuesta para cada uno de los reactivos que conforman las escalas F y Fp, tanto para la muestra psiquiátrica como para la normativa universitaria.

Este análisis de frecuencia nos permitió determinar que las escalas F, Fp y Fpsi norteamericana no cumplen con la función de infrecuencia.

Por los resultados obtenidos por el análisis de frecuencia a los reactivos que conforman la escala Fpsi estadounidense (Ben-Porath y Arbisi, 1993) fue necesario crear una nueva escala para la población mexicana siguiendo los pasos que marcaron los autores:

1º Análisis de frecuencias de respuesta a los 567 reactivos del inventario por la muestra psiquiátrica estudiada y la muestra normativa de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1994).

2° Identificación de los reactivos que obtuvieron una frecuencia de respuesta menor al 20% en cualquier dirección

- En la muestra psiquiátrica masculina
- En la muestra psiquiátrica femenina.
- En la muestra normativa de estudiantes universitarios masculina
- En la muestra normativa de estudiantes universitarios femenina.

3° Selección de aquellos reactivos que coincidieron tanto en la dirección de respuesta como con el criterio de ser contestados en esa dirección por menos del 20% de los sujetos.

4° Integración de una lista final de 20 reactivos.

Una vez identificados aquellos reactivos que conformarían la escala Fpsi mexicana propuesta se procedió a calificar esta escala en la muestra psiquiátrica, normativa universitaria y normativa norteamericana para observar su comportamiento, obteniéndose parámetros estadísticos y tablas de puntajes T lineales para fines de comparación.

Además se establecieron valores de correlación entre las escalas F, Fp y Fpsi-mexicana con las escalas de validez, clínicas y de contenido.

Las estadísticas se obtuvieron por medio del paquete SPSS-PC versión 3, y se utilizó una computadora PC 286 de 16 mhz. con 40 megabytes de disco duro.

IV

RESULTADOS

La presentación de los resultados se ha dividido en 5 secciones:

1. Análisis de frecuencias, medias y desviaciones estándar de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica.
2. Análisis de frecuencias por reactivo de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica y universitaria.
3. Análisis de la escala Fpsi estadounidense en la muestra psiquiátrica mexicana.
4. Desarrollo de la escala Fpsi mexicana.
5. Índices de correlación de la escala Fpsi mexicana con las escalas de validez, clínicas y de contenido.

La muestra estudiada estuvo integrada inicialmente por 250 pacientes psiquiátricos, a los cuales se les administró el MMPI-2. Al aplicar los criterios de inclusión, dicha muestra quedó formada por 112 hombres y 104 mujeres; fue empleada también en esta investigación la muestra normativa mexicana estudiantil universitaria utilizada para la estandarización de dicho instrumento, integrada por 1920 sujetos universitarios, 813 hombres y 1107 mujeres (Lucio y Reyes, 1994).

La media de edad de la muestra psiquiátrica estudiada corresponde a 34.1 en hombres, con una desviación estándar de 9.9. Por otro lado, con respecto a las mujeres, presentaron una media de edad de 31.2 y una desviación de 9.2.

Los resultados de este estudio se reportan de acuerdo con el estudio realizado con las escalas F, Fp y Fpsi por Ben-Porath y Arbisi en 1993. Primeramente se describe el análisis realizado en las escalas F y Fp para observar como responden las muestras estudiadas. Posteriormente, se presenta el análisis de la Fpsi estadounidense para observar como se comporta en la población mexicana, cuyos resultados sugieren la necesidad del desarrollo de la escala Fpsi mexicana, la cual se presenta en la parte final de este capítulo.

4.1 Análisis de frecuencias de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica.

Con base en el planteamiento del problema que se refiere a cómo responden los pacientes psiquiátricos mexicanos a las escalas F, Fp y Fpsi se llevó a cabo un análisis de frecuencia por cantidad de reactivos contestados en cada una de las escalas anteriores, estos resultados se presentan en las figuras 1 y 2 para la escala F, y en las figuras 3 y 4 para la escala Fp.

En cuanto a la escala F para la muestra psiquiátrica, la población masculina (Fig. 1) obtuvo una media de 16.8 con una desviación estándar de 9 en puntaje crudo, el cual corresponde a un puntaje T de 87 aproximadamente. Como puede observarse es un puntaje que esta más de 3 desviaciones estandar por arriba de la media normativa de puntaje T.

La escala F se compone de 60 reactivos. Sin embargo, no se observó que algún sujeto contestara más de 41 reactivos. En la muestra estudiada, se encontró que solamente un sujeto contestó a un reactivo de esta escala. El promedio de reactivos contestados en esta muestra fue de 16.8 con una Desviación estándar de 9.1 .

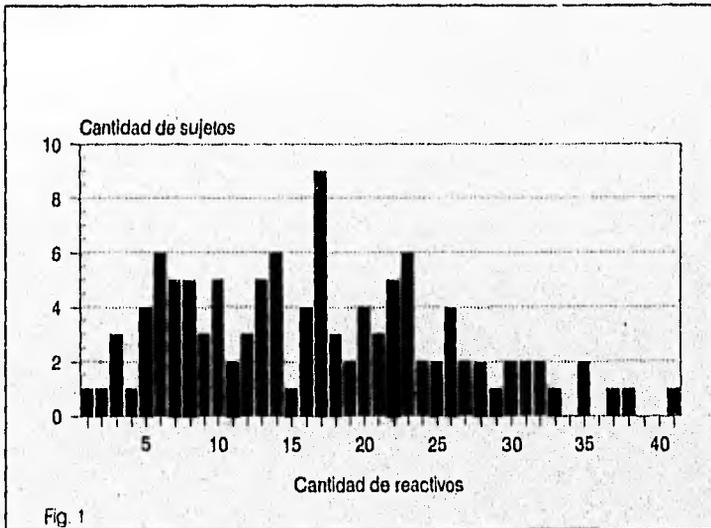


Figura 1

Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala F contestados por 112 pacientes psiquiátricos masculinos.

En cuanto a la población femenina (Fig. 2), se obtuvo una media de 17.2 y una desviación estándar de 8, ello corresponde a un puntaje T de 100 aproximadamente, lo que significa que está muy por encima, aproximadamente 5 desviaciones estandar de la media normativa.

El rango de cantidad de reactivos contestados en esta muestra, fue de 1 reactivo para el límite inferior y de 39 para el límite superior. El promedio de reactivos fue de 17.2 con una desviación estándar de 8.1.

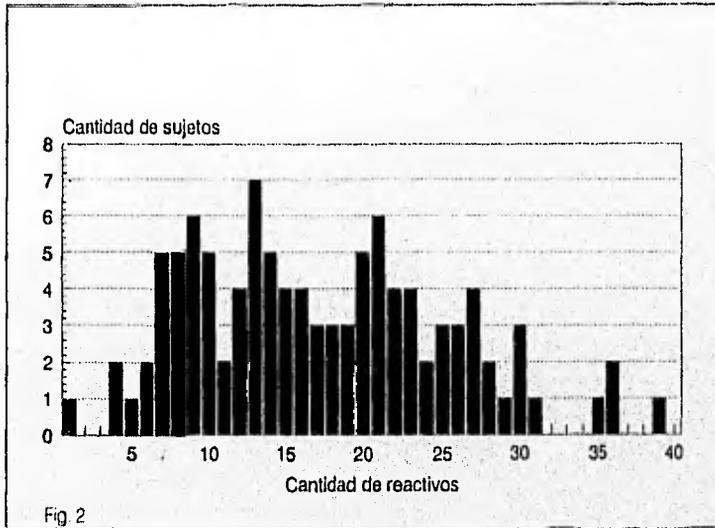


Figura 2

Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala F contestados por una muestra de 104 pacientes psiquiátricos femeninos.

Por otro lado, en la escala Fp la muestra psiquiátrica masculina (Fig. 3), obtuvo una media de 13.6 y una desviación estándar de 8.5 en puntaje crudo que corresponde a un puntaje T de 98 aproximadamente.

La escala Fp se compone de 40 reactivos. Sin embargo, se observó que 3 sujetos no respondieron a ninguno de los reactivos que componen esta escala y un sujeto respondió a 34. El promedio de reactivos contestados fue de 13.6 con una desviación estándar de 8.5.

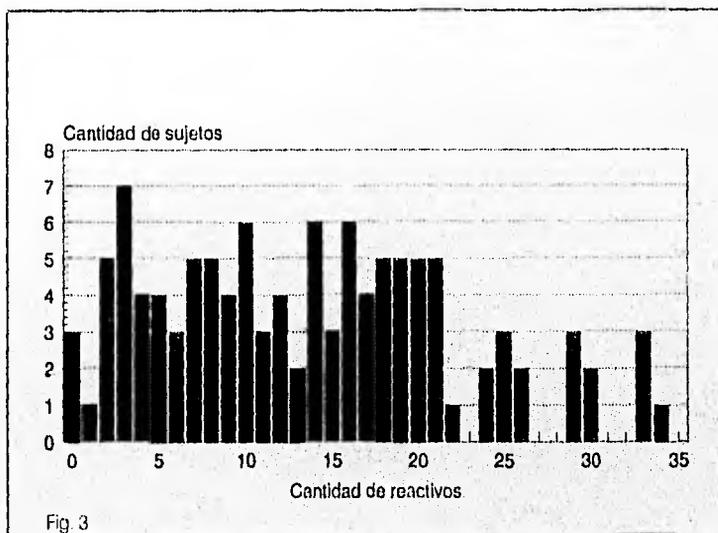


Fig. 3

Figura 3

Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala Fp contestados por una muestra de 112 pacientes psiquiátricos masculinos.

En lo que se refiere a la población femenina (Fig. 4), se obtuvo una media de 14.3 y una desviación estandar de 7.8 que corresponde a un puntaje T de 97 aproximado. Como puede observarse, este puntaje se ubica en ambas muestras (hombres y mujeres) por encima de 4 desviaciones estandar de la media normativa que corresponde a 50 en puntaje T.

Es interesante destacar el hecho de que en la muestra de pacientes psiquiátricos femeninos ninguna dejó de responder a los reactivos de esta escala como se observó en la muestra masculina. Se puede notar un rango mayor de respuestas en cantidad de reactivos en la muestra femenina, ya que el limite inferior fue de 1 reactivo y el superior de 35. El promedio de reactivos contestados fue de 14.3 con una desviación estándar de 7.8.

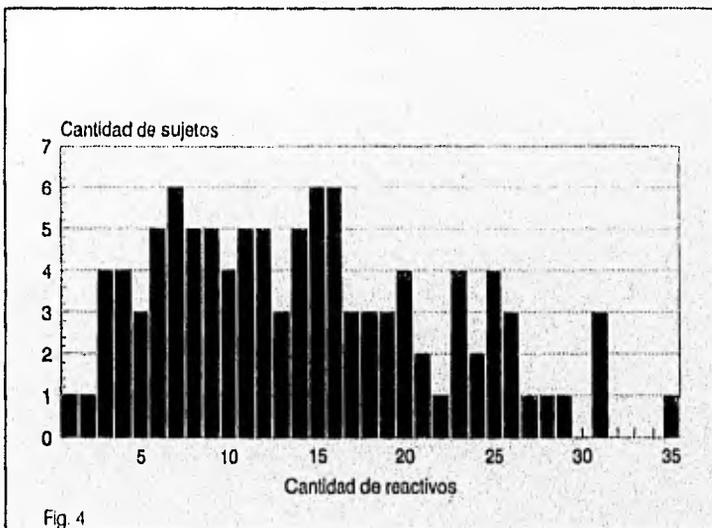


Figura 4

Frecuencias de la cantidad de reactivos de la escala Fp contestados por una muestra de 104 pacientes psiquiátricos femeninos.

4.1.2 Distribución en porcentaje de las frecuencias de las escalas F y Fp en hombres y mujeres con respecto al puntaje T.

En las tablas 1 y 2 se presentan los porcentajes de las frecuencias de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica masculina con respecto al puntaje T; en las tablas 3 y 4 se presentan estos porcentajes para la muestra psiquiátrica femenina. El presentar las frecuencias en porcentajes con relación al puntaje T permite observar las respuestas de los sujetos para estas escalas en un perfil comparandolo con la media normativa: T=50, como lo refieren Ben-Porath y Arbisi (1993).

Como puede observarse en las tablas 1 y 2 se confirma que efectivamente las respuestas que dan los pacientes psiquiátricos masculinos a las escala F, se elevan por encima de T 120 en un 13.4% y en la escala Fp se ubica por arriba del puntaje T referido anteriormente en un 28.6% de la población.

Basándose en lo reportado por Ben-Porath y Arbisi (1993), estos puntajes son notablemente más elevados que los referidos por ellos en su estudio, lo cual implica que en la población psiquiátrica masculina mexicana presentan puntajes aun más elevados en estas escalas que la muestra norteamericana.

Tabla I.

Frecuencias de la escala F en puntajes T en la muestra psiquiátrica mexicana, formada por 112 hombres

PUNTAJE T	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE
< 90	100.0	57.1
> 90	42.9	8.0
> 100	34.8	12.5
> 110	22.3	8.9
≥120	13.4	13.4

Tabla 2.

Frecuencias de la escala Fp en puntaje T en la muestra psiquiátrica mexicana, formada por 112 hombres.

PUNTAJE T	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE
< 90	100.0	44.6
> 90	55.4	5.4
> 100	50.1	17.0
> 110	33.1	4.5
≥ 120	28.6	28.6

A continuación se presentan la distribución en puntaje T para las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica femenina. (Tablas 3 y 4)

Aun cuando no existe referencia para la población femenina por parte de los autores, el porcentaje de pacientes mexicanas que respondieron por arriba de T 120 en ambas escalas, es aun mayor que la muestra masculina (F = 22.1% y Fp = 26%).

Los puntajes observados para estas escalas tanto en la muestra psiquiátrica masculina como en la femenina refieren la posibilidad de invalidar alrededor de un 20% de los perfiles obtenidos por los puntajes tan elevados en las escalas F y Fp.

Tabla 3.

Frecuencias de la escala F en puntaje T en la muestra psiquiátrica mexicana, formada por 104 mujeres.

PUNTAJE T	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE
< 90	100.0	47.1
> 90	52.9	9.6
> 100	43.3	13.5
> 110	29.8	7.7
≥ 120	22.1	22.1

Tabla 4.

Frecuencias de la escala Fp en la muestra psiquiátrica mexicana, formada por 104 mujeres.

PUNTAJE T	PORCENTAJE ACUMULADO	PORCENTAJE
< 90	100.0	46.2
> 90	53.8	7.7
> 100	46.2	14.4
> 110	31.8	5.8
≥ 120	26.0	26.0

4.2. Análisis de frecuencias por reactivo de las escalas F y Fp en la muestra psiquiátrica y universitaria

Dadas las elevaciones en las escalas F y Fp se procedió a obtener la frecuencia de respuestas de los reactivos que integran estas escalas (según el estudio realizado por Ben-Porath y Arbisi, 1993). Esto permitió la identificación de frases que fueron contestadas con mayor frecuencia y que por tanto no cumplen el criterio de infrecuencia establecido por los autores.

En cuanto a la escala F, 18 reactivos (30% aproximadamente), presentan porcentajes de respuesta en dirección crítica elevados (mayores al 35%) (Ben-Porath y Arbisi, 1993). Cabe hacer notar que de estos 18 reactivos, solamente 7 en hombres y 5 en mujeres, coinciden con los más frecuentemente contestados identificados por Ben-Porath. Este autor encontró únicamente 10 reactivos en esta escala. (ver tabla 1 y 2 del apéndice).

En la escala Fp, 21 reactivos (52%) presentan porcentajes de respuesta en dirección crítica elevados (mayores al 35%. Se observa que tan solo 8 reactivos en hombres y 8 en mujeres coinciden con la lista de 11 reactivos identificados por los autores. (ver tabla 3 y 4 del apéndice).

De lo anterior, podemos contemplar cómo muchos de los reactivos que integran las escalas F y Fp son respondidos muy frecuentemente por la muestra clínica. Por tanto, esta escala

no cumple la función de medir infrecuencias en las respuestas, ello explica el porqué se alcanzan puntajes T mayores a 90 en la muestra estudiada.

4.3 Análisis de la escala Fpsi estadounidense en la muestra psiquiátrica mexicana.

Dado que como se menciona anteriormente los reactivos de las escalas F y Fp no cumplen con el principio de ser contestadas de manera infrecuente dando lugar por ello a elevaciones importantes en la muestra psiquiátrica mexicana, se justifica la necesidad de desarrollar una escala que nos permita interpretar las elevaciones referidas. El primer paso consistió en el análisis de la escala Fpsi estadounidense creada por Ben-Porath y Arbisi en 1993 en la población mexicana, la cual está constituida por un grupo de reactivos que tienen una frecuencia de respuesta muy baja (inferior al 20 %) en muestras clínicas. Por lo cual, primeramente se realizó un análisis de frecuencias de respuesta a los reactivos de esta escala en la población psiquiátrica mexicana. Se encontró que solamente 10 de los 27 reactivos que conforman la escala original cumplen con el criterio de infrecuencia establecido por los autores norteamericanos.(ver tabla 5 del apéndice)

En la figura 5 se presenta el análisis de frecuencias de la escala Fpsi americana (Ben-Porath y Arbisi, 1993) en la población psiquiátrica masculina mexicana, en la figura 6 se presentan los resultados correspondientes a la población psiquiátrica femenina.

Esto se realizó para observar el comportamiento de la escala Fpsi americana en población mexicana. La escala Fpsi estadounidense se compone de 27 reactivos; en la figura 5 se observa que solamente un sujeto no respondió a ninguno de ellos, en tanto que uno respondió a 18. La media de reactivos respondidos fue de 6.6 con una desviación estándar de 3.7. Para interpretar estos resultados fue necesario convertirlos a puntaje T, empleando para ello las tablas de conversión que presentan los autores (Ben-Porath y Arbisi, 1993), bajo estos criterios la media obtenida por la muestra psiquiátrica masculina mexicana corresponde a un puntaje T aproximado de 90 cuando lo esperado sería una media más cercana a T50.

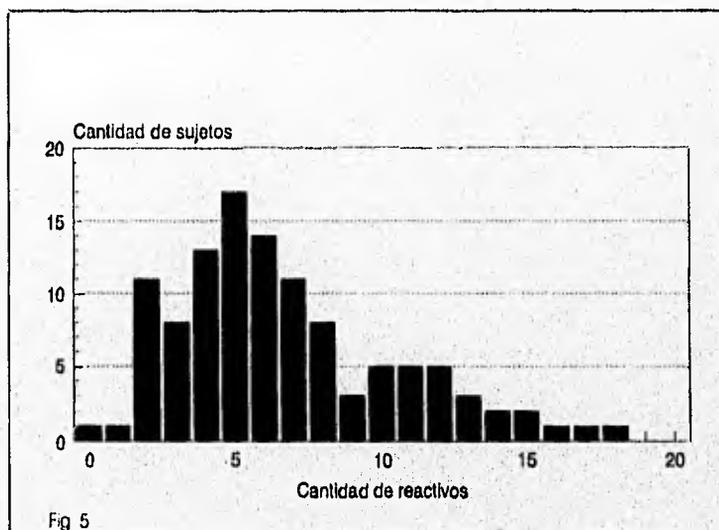


Figura 5.

Cantidad de reactivos de la escala Fpsi americana contestados por una muestra de 112 pacientes psiquiátricos masculinos mexicanos.

En lo que corresponde al análisis realizado de la escala Fpsi estadounidense en la muestra femenina psiquiátrica mexicana, se observa en la figura 6 que una paciente respondió a ninguno de los reactivos y una contestó a 20. En cuanto a la media arrojada fue de 6.8 con una desviación estándar de 3.7, lo que corresponde a un puntaje T aproximado de 95

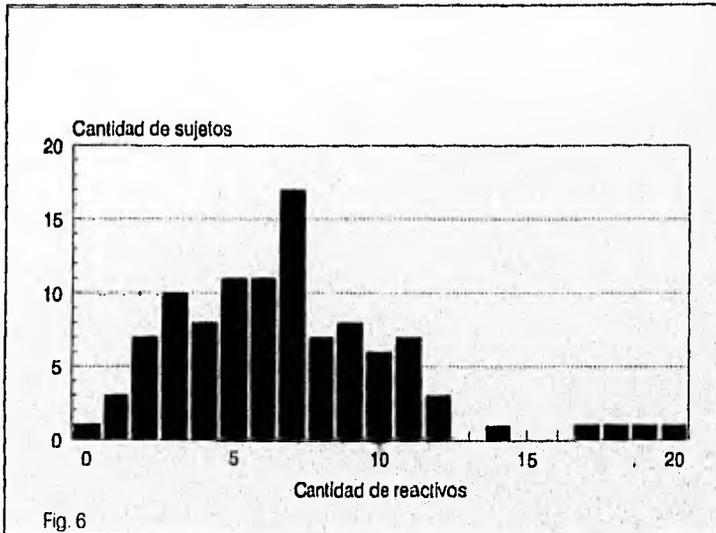


Figura 6

Cantidad de reactivos de la escala Fpsi americana contestados por una muestra de 104 pacientes psiquiátricas femeninas mexicanas.

Las medias observadas, se encuentran por arriba de lo que se esperaría obtener en este tipo de población ($T = 50$), ya que según lo que refieren Ben-Porath y Arbisi (1994), la expectativa es obtener, en muestras psiquiátricas, puntajes dentro del área referida como normal en puntaje T, es decir, entre $T= 50$ y $T= 65$, pues en la muestra estudiada en Estados Unidos formada por 706 pacientes psiquiátricos veteranos de guerra, se reporta una media en puntaje T de 62.5 con una desviación estandar de 18.7 en puntaje T. Este primer análisis realizado con la

escala pondría en tela de juicio su utilización con muestras clínicas mexicanas, por las diferencias en los puntajes obtenidos en comparación con los esperados.

Con respecto a la Fpsi estadounidense, se encontró que las respuestas de los mexicanos en la dirección calificada no corresponde al sugerido por los autores (inferior al 20%). Por tanto, fue necesario efectuar el procedimiento realizado por Ben-Porath y Arbisi (1993) para la creación de la escala Fpsi en la población mexicana (ver tabla 5 del apéndice).

4.4 Desarrollo de la escala Fpsi mexicana

Dentro de esta sección de resultados se presenta paso por paso el procedimiento seguido para el desarrollo de la escala F psicopatológica mexicana, se presentan también los reactivos que conforman la escala, las medias y desviaciones estándar de esta escala obtenidas en la población psiquiátrica mexicana, la población normativa estudiantil mexicana y la población normativa estadounidense (Lucio, 1995). Asimismo se presenta la tabla de conversión de puntaje crudo a puntaje T para la escala Fpsi-mex basada en las medias y desviaciones de las poblaciones ya referidas.

Como primer paso se realizó un análisis de reactivos con el objetivo de seleccionar a aquellos que presentarían una frecuencia de respuesta menor al 20%. Dicha selección se llevó a cabo inicialmente con la población masculina y posteriormente con la muestra femenina, eligiendo finalmente los que coincidían en ambas muestras. Esto mismo se efectuó con la muestra normativa de estudiantes universitarios utilizada por Lucio y Reyes (1994) para la estandarización del MMPI-2.

La siguiente etapa consistió en comparar las listas de reactivos seleccionados (menores al 20%) de ambas muestras, obteniendo una lista final, la cual es considerada como la escala F psi (psicopatológica) mexicana, integrada por 20 reactivos.

En la tabla 5 se presenta la escala Fpsi mexicana propuesta, se anexa abajo de cada reactivo el porcentaje de respuesta en dirección crítica obtenido por la muestra psiquiátrica (hombres y mujeres) y el porcentaje obtenido en la muestra normativa estudiantil mexicana (hombres y mujeres). Obsérvese que los porcentajes de respuesta a los reactivos de la escala Fpsi mexicana en dirección crítica son inferiores al 20%, tanto en población psiquiátrica mexicana como en la muestra normativa de estudiantes universitarios.

Tabla 5.

Reactivos que conforman la escala Fpsi mexicana.

Número secuencial de los reactivos.

Número del reactivo en el manual de administración de la prueba.

Dirección de calificación.

Reactivo.

Porcentaje de respuesta en dirección crítica para hombres y mujeres en dos muestras.

MP= muestra psiquiátrica (112 hombres y 104 mujeres)

MN= muestra normativa mexicana

			M.P.	M.N.
1.-	2	F	<i>Tengo un buen apetito.</i>	
			hombres (F) 6.3%	4.9%
			mujeres (F) 13.5%	9.6%
2.-	6	F	<i>Mi padre es un hombre bueno, o (si su padre ha fallecido) fue un hombre bueno.</i>	
			hombres (F) 13.4 %	10.6%
			mujeres (F) 10.6%	9.6%
3.-	36	V	<i>Casi siempre tengo tos.</i>	
			hombres (V) 17.9%	6.3%
			mujeres (V) 16.3%	5.7%

4.-	75	F	<i>Generalmente siento que la vida vale la pena.</i>		
				M.P.	M.N.
			hombres (F) 6.3%		6.1%
			mujeres (F) 12.6%		6.8%
5.-	90	F	<i>Quiero a mi padre. (o si su padre ha fallecido) Quise a mi padre.</i>		
			hombres (F) 11.6%		7.6%
			mujeres (F) 10.6%		2.7%
6.-	102	F	<i>Algunas veces me enoja.</i>		
			hombres (F) 12.5 %		4.4%
			mujeres (F) 15.4%		2.7%
7.-	120	F	<i>Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.</i>		
			hombres (F) 11.6%		3.3%
			mujeres (F) 5.8%		3.1%
8.-	192	F	<i>Mi madre es una buena mujer. (o si su madre ha fallecido) Mi madre fue una buena mujer.</i>		
			hombres (F) 8.0%		1.8%
			mujeres (F) 6.7%		1.8%
9.-	210	F	<i>Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.</i>		
			hombres (F) 15.8%		2.6%
			mujeres (F) 8.7%		1.4%
10.-	269	F	<i>Cuando las personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en lo que acuerden.</i>		
			hombres (F) 17.9%		9.1%
			mujeres (F) 10.6%		7.8%
11.-	276	F	<i>Quiero a mi madre. (o si su madre ha fallecido) quise a mi madre.</i>		
			hombres (F) 8.9%		1.8%
			mujeres (F) 6.7%		2.8%

			M.P.	M.N.
12.-	282	V	<i>Me han dicho que camino cuando estoy dormido.</i>	
			hombres (V) 18.0%	6.4%
			mujeres (V) 11.5%	6.2%
13.-	294	V	<i>Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.</i>	
			hombres (V) 7.1%	2.9%
			mujeres (V) 12.5%	2.3%
14.-	318	F	<i>Por lo general espero tener éxito en lo que hago.</i>	
			hombres (F) 13.5%	3.6%
			mujeres (F) 12.5%	3.5%
15.-	343	F	<i>Me gustan las niñas.</i>	
			hombres (F) 15.3%	17.1%
			mujeres (F) 10.6%	13.0%
16.-	371	V	<i>He deseado frecuentemente ser una persona del sexo opuesto.</i>	
			hombres (V) 19.6%	3.4%
			mujeres (V) 17.3%	7.5%
17.-	439	F	<i>Me convierto rápidamente en partidario de una buena idea.</i>	
			hombres (F) 15.2 %	14.9%
			mujeres (F) 11.5%	14.1%
18.-	478	V	<i>Odio a toda mi familia.</i>	
			hombres (V) 12.6	2.3%
			mujeres (V) 14.4%	1.3%
19.-	493	F	<i>Encuentro alivio cuando comparto mis problemas con alguien.</i>	
			hombres (F) 18.8%	12.6%
			mujeres (F) 8.7%	8.7%
20.-	501	F	<i>Hablar con alguien sobre problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicinas.</i>	
			hombres (F) 17.1%	7.3%
			mujeres (F) 15.4%	4.1%

Una vez conformada la escala, se obtuvieron frecuencias, medias y desviaciones estándar de la misma en tres poblaciones diferentes: muestra normativa estadounidense (Lucio, 1995), muestra normativa mexicana de estudiantes y muestra psiquiátrica mexicana. Estos resultados se presentan en la tabla 6.

Ante esto, se confirma que la escala propuesta tiene un índice muy bajo de respuesta en la dirección crítica, cumpliendo el objetivo de ser una escala de baja frecuencia, tanto para poblaciones clínicas como para normales.

Tabla 6.
Medias y desviaciones estándar de la escala Fpsi mexicana en población psiquiátrica mexicana, normativa estudiantil mexicana y en población normativa estadounidense.

Muestras:	Hombres			Mujeres		
	N	Media	Desviación estándar	N	Media	Desviación estándar
Psiquiátrica	112	2.66	2.73	104	2.30	2.04
Normativa mexicana	813	1.15	1.28	1107	1.06	1.17
Normativa Estadounidense	1462	2.53	1.47	1138	2.62	1.40

Con fines de comparación y para ubicar la escala dentro del perfil del MMPI-2, se obtuvo así mismo, la calificación de puntajes T lineales para las 3 diferentes poblaciones antes mencionadas. En la tabla 7 se muestran los puntajes T lineales para hombres y en la tabla 8 se localizan los puntajes T lineales para mujeres. En estas tablas se observan 4 columnas: la primera se refiere al puntaje crudo obtenido, la segunda al puntaje T lineal que se obtuvo con la media y desviación estándar de la muestra psiquiátrica mexicana, en la tercera columna aparecen los puntajes T lineales correspondientes a la población normativa estudiantil mexicana y por último, en la cuarta columna se reportan los puntajes T lineales obtenidos a partir de los datos de la muestra normativa norteamericana.

Tabla 7

Puntajes T lineales para la Escala Psicopatológica Mexicana en tres poblaciones diferentes:

Psig = Muestra psiquiátrica mexicana N=112
 MexU = Muestra mexicana Normativa Universitaria N=813
 E.U. = Muestra Norteamericana Normativa N=1462

HOMBRES

Muestras

Puntaje crudo	Psig	MexU	E.U.
20	114	120	120
19	110	120	120
18	106	120	120
17	103	120	120
16	99	120	120
15	95	120	120
14	92	120	120
13	88	120	120
12	84	120	114
11	81	120	108
10	77	119	101
9	73	111	94
8	70	104	87
7	66	96	80
6	62	88	74
5	59	80	67
4	55	72	60
3	51	64	53
2	48	57	46
1	44	49	40
0	40	41	33

Tabla 8

Puntajes T lineales para la Escala F psicopatológica Mexicana
en tres poblaciones diferentes:

Psig = Muestra psiquiátrica mexicana

N=104

MexU = Muestra mexicana Normativa Universitaria

N=1107

E.U. = Muestra Norteamericana Normativa

N=1158

MUJERES

Muestras

Puntaje crudo	Psig	MexU	E.U.
20	120	120	120
19	120	120	120
18	120	120	120
17	120	120	120
16	117	120	120
15	112	120	120
14	107	120	120
13	102	120	120
12	98	120	117
11	93	120	110
10	88	120	103
9	83	118	96
8	78	109	88
7	73	101	81
6	68	92	74
5	63	84	67
4	58	75	60
3	53	67	53
2	49	58	46
1	44	49	38
0	39	41	31

4. 5 Índices de correlación de la escala Fpsi-mex con las escalas de validez, clínicas y de contenido.

Se obtuvieron índices de correlación entre las escalas F, Fp y Fpsi-mex, con las escalas de validez, las clínicas y de contenido con el objetivo de analizar su comportamiento, así como para comprobar si las correlaciones entre las escalas F y Fp con las escalas que evalúan desajuste general y psicopatología, son mayores que las obtenidas entre estas mismas escalas y la F Psi, en las tablas 9 y 10 se presentan las correlaciones obtenidas por la escala Fpsi-mex en la muestra psiquiátrica con respecto a las escalas de validez, en las tablas 11 y 12 se encuentran las correlaciones obtenidas por la escala Fpsi-mex en la muestra anterior con las escalas clínicas, por último en las tablas 13 y 14 se presentan las correlaciones de la escala Fpsi-mex en la muestra ya mencionada con las escalas de contenido.

Siguiendo con el planteamiento de Ben-Porath y Arbisi (1994) de que la Fpsi tiene una correlación baja con respecto a las escalas clínicas y de contenido que evalúan psicopatología severa (6, 8 y DEL) y con las que evalúan desajuste general (2, 7 y ANS), en comparación con las correlaciones obtenidas para éstas con las escalas F y Fp respectivamente.

Obtener correlaciones bajas con la Fpsi mexicana, significa que no se ve afectada por aspectos psicopatológicos en las respuestas de los sujetos. Por tanto, esto implica que es sensible para diferenciar entre fingimiento de enfermedad o psicopatología.

Tabla 9.

Correlación entre las escalas F y otras escalas de validez en población psiquiátrica masculina mexicana.

N = 112

Escala	F	Fp	FBPA	FPSI-MEX
L	- 0.54	- 0.50	- 0.21	0.10
K	- 0.59	- 0.66	- 0.38	0.18
INVAR	0.49	0.41	0.38	0.28
INVER	0.28	0.44	0.23	- 0.16

Tabla 10.

Correlación entre las escalas F y otras escalas de validez en población psiquiátrica femenina mexicana.

N = 104

Escala	F	Fp	FBPA	FPSI-MEX
L	- 0.45	- 0.42	- 0.09	0.03
K	- 0.54	- 0.54	- 0.27	0.11
INVAR	0.03	0.05	0.19	0.16
INVER	0.44	0.37	0.29	- 0.06

Tabla 11.

Correlación entre las escalas F y las escalas clínicas en población psiquiátrica masculina mexicana.

N = 112

Escala	F	Fp	FBPA	Fpsi-MEX
Hs	0.05	- 0.08	- 0.04	0.52
D	0.21	0.22	0.20	0.43
Hy	- 0.04	- 0.17	- 0.05	0.42
Pd	0.12	- 0.01	0.00	0.35
Mf	0.09	0.05	0.04	0.28
Pa	0.78	0.67	0.60	0.38
Pt	0.58	0.55	0.41	0.30
Sc	0.83	0.74	0.67	0.46
Ma	0.59	0.46	0.36	- 0.03
Si	0.56	0.53	0.39	0.25

FBPA: Fpsi de Ben Porath y Arbisi (1993)

Fpsi-MEX: F psicopatológica mexicana

Tabla 12.

Correlación entre las escalas F y las escalas clínicas en población psiquiátrica femenina mexicana.

N = 104

Escala	F	Fp	FBPA	Fpsi-MEX
Hs	0.21	0.27	0.11	0.25
D	0.12	0.28	- 0.04	0.24
Hy	- 0.05	0.12	- 0.02	0.20
Pd	0.33	0.28	0.22	0.27
Mf	- 0.16	- 0.04	- 0.12	- 0.01
Pa	0.69	0.64	0.56	0.10
Pt	0.51	0.63	0.33	0.17
Sc	0.82	0.83	0.61	0.22
Ma	0.43	0.36	0.35	- 0.16
Si	0.46	0.55	0.23	0.17

FBPA: Fpi de Ben Porath y Arbisi (1993)

Fpsi-MEX: F psicopatológica mexicana

Tabla 13.

Correlación entre las escalas F y las escalas de contenido en población psiquiátrica masculina mexicana.

N = 112

Escala	F	Fp	FBPA	Fpsi-MEX
ANS	0.61	0.70	0.43	0.03
MIE	0.54	0.60	0.47	0.16
OBS	0.63	0.74	0.45	- 0.08
DEP	0.78	0.83	0.59	0.15
SAL	0.44	0.31	0.29	0.40
DEL	0.81	0.82	0.65	0.13
ENJ	0.69	0.74	0.44	0.03
CIN	0.40	0.53	0.25	- 0.29
PAS	0.50	0.57	0.31	- 0.20
PTA	0.54	0.62	0.38	- 0.18
BAE	0.71	0.84	0.53	0.05
ISO	0.61	0.56	0.49	0.25
FAM	0.75	0.73	0.52	0.24
DTR	0.79	0.84	0.57	- 0.14
RTR	0.68	0.82	0.56	0.08

FBPA: Fpai de Ben Porath y Arbisi (1993)

Fpsi-MEX: F psicopatológica mexicana

Tabla 14.

Correlación entre las escalas F y las escalas de contenido en población psiquiátrica femenina mexicana.

N = 104

Escala	F	Fp	FBPA	FPSI-MEX
ANS	0.62	0.71	0.34	0.10
MIE	0.37	0.56	0.32	0.08
OBS	0.62	0.74	0.33	- 0.08
DEP	0.69	0.77	0.39	0.22
SAL	0.44	0.49	0.26	0.13
DEL	0.80	0.75	0.58	- 0.0016
ENJ	0.53	0.58	0.32	0.01
CIN	0.44	0.42	0.22	- 0.18
PAS	0.53	0.53	0.38	- 0.03
PTA	0.54	0.56	0.39	- 0.08
BAE	0.60	0.75	0.35	0.11
ISO	0.50	0.53	0.40	0.26
FAM	0.62	0.62	0.43	0.07
DTR	0.70	0.79	0.41	0.14
RTR	0.72	0.79	0.45	0.19

FBPA: Fpsi de Ben Porath y Arbisi (1993)

Fpsi-MEX: F psicopatológica mexicana

Los resultados reflejan que existe una correlación notablemente inferior entre la escala Fpsi con las escalas que evalúan psicopatología severa (6, 8 y Delirante), en comparación con las correlaciones observadas con la F y Fp. En el caso de la población femenina, las correlaciones fueron mucho más bajas que las que presentaron la muestra masculina.

En cuanto a las escalas de contenido que evalúan desajuste general (Ansiedad, Depresión) se observó igualmente una correlación muy baja con respecto a la Fpsi en comparación a la obtenida entre las escalas F y Fp. Siendo esta mucho más baja en la muestra masculina que en la femenina.

Podemos decir que la escala Fpsi es una escala de infrecuencia, que no presenta correlaciones elevadas con las escalas que evalúan psicopatología severa y desajuste general.

V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Una de las bondades del MMPI es que desde su inicio se desarrollaron escalas para evaluar el grado de veracidad con la que el sujeto responde a la prueba, es decir, estimar la validez de un perfil individual. Actualmente, la versión revisada del MMPI (MMPI-2) cuenta con 7 escalas que miden la actitud con la que un sujeto contesta la prueba. Sin embargo, en las poblaciones clínicas, estas escalas se comportan diferente de lo esperado dado las características de este tipo de poblaciones.

Como en general los reactivos de estas escalas de validez tratan sobre experiencias no comunes, al ser contestados por pacientes psiquiátricos estas escalas pueden elevarse y, no obstante, no necesariamente se deberían de interpretar como intentos de distorsionar voluntariamente el resultado. Es por esto que se plantea la necesidad de desarrollar una escala que permita interpretar y entender las elevaciones de las escalas F y Fp.

Se proponen una serie de reactivos distintos a los que conforman la escala Fpsi norteamericana para conformar la escala Fpsicopatológica mexicana. Con ello se puede observar la importancia de la influencia de factores culturales al evaluar la personalidad mediante este tipo de instrumentos, pues lo que es poco frecuente en la población estadounidense no lo es en la mexicana.

Se identificaron 20 reactivos heterogeneos que integran esta escala Fpsi mexicana. Estos reactivos forman parte de diversas escalas del inventario como se observa en el cuadro .

Los contenidos de los reactivos no coinciden con los reportados por Ben-Porath y Arbisi(1993), pues mientras que sus reactivos contienen un alto grado de patología y pertenecen en su mayor parte a la escala L, los de la escala que se propone no están asociados con patología severa y 50% de ellos pertenecen a la escala F.

Estos 20 reactivos abarcan conflictos familiares no reconocidos, síntomas de tipo somático, ideas de desesperanza, insatisfacción y aislamiento.

Tabla 15.

Reactivos que conforman la escala Fpsi mexicana, dirección crítica y escala(s) en la que están incluidos. Porcentajes de frecuencia para hombres y mujeres en la muestra normativa estudiantil y en la muestra psiquiátrica.

Reactivo	Dirección Crítica	Escala	Muestra Psiquiátrica		Muestra Normativa	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2	F	1, 2 Y 3	6.31	13.5	4.9	9.6
6	F	F, 8	13.4	10.6	10.6	9.6
36	V	F, SAU, Fyo	17.9	16.3	6.3	5.7
75	F	2	6.3	12.5	6.1	6.8
90	F	8	11.6	10.6	7.6	5.8
102	F	L, F	12.5	15.4	4.4	2.7
120	F	F, 5	11.6	5.8	3.5	3.1
192	F	F, 8	8.0	6.7	1.8	1.8
210	F	F	15.2	8.7	2.6	1.4
269	F	9	17.9	10.6	9.1	7.8
276	F	8	8.9	6.7	1.8	2.0
282	V	F	17.9	11.5	6.4	6.2
294	V	F	7.1	12.5	2.0	2.3
318	F	F	13.4	10.6	3.6	3.5
343	F	8	15.2	10.6	17.1	13.0
371	V	MAC	19.6	17.3	3.4	7.5
439	F	ninguna	15.2	11.5	14.9	12.6
478	V	F	12.5	14.4	2.3	1.3
493	F	ninguna	18.8	8.7	12.6	8.7
501	F	Fb	17.0	15.4	7.3	4.1

La escala Fpsi es una escala de infrecuencia que fue desarrollada con la finalidad de contar con una escala adicional de validez para muestras clínicas, dado que se observó que las escalas F y Fp tienden a mostrar elevaciones importantes ($T > 80$) que invalidarían un perfil según los puntajes de corte que se utilizan para estas escalas. Este fenómeno se observó en la muestra clínica estudiada por Ben-Porath y Arbisi (1993), y se pudo corroborar lo anterior en la muestra clínica mexicana estudiada. Cabe resaltar el hecho de que las medias obtenidas para las escalas F y Fp en la población psiquiátrica mexicana fueron aun más elevadas que las reportadas por los autores anteriores. Por lo que se hace necesario determinar las causas de las elevaciones de estas escalas

de validez observadas en la población psiquiátrica mexicana, antes de desechar los protocolos obtenidos como inválidos, a través de la escala que se propone (Fpsi mexicana), que ayuda a interpretar si las elevaciones en las escalas F y Fp se deben a exageración o fingimiento o a la existencia de psicopatología.

Es importante que una escala de infrecuencia como esta no esté correlacionada con ninguna escala que evalúe patología, puesto que su elevación debe de ser atribuible solamente a un intento de fingir patología o a exagerarla.

En las tablas 10 y 11 podemos observar que la correlación más alta obtenida con las escalas de validez es de 0.28 para hombres y de 0.16 para mujeres con la escala INVAR; esta correlación es relativamente alta comparada con la reportada por Ben-Porath y Arbisi (1993) de .09 para hombres. Esta diferencia puede ser debida a que la escala Fpsi mexicana consta de mucho más reactivos que se califican en dirección "Falso" que los de la escala Fpsi original norteamericana, tendiendo por ello a elevarse cuando la persona contesta la mayoría de los reactivos en dirección "Falso", es por esto que se recomienda que antes de interpretar la Fpsi se observe el comportamiento de la escala INVAR, para determinar antes que nada que las respuestas del sujeto para esta escala INVAR se encuentran dentro de los puntajes de corte recomendados.

Con respecto a la correlación obtenida de la escala Fpsi con la escala K, se pudo observar un comportamiento diferente; mientras que la escala norteamericana original reporta una correlación de -0.33 para los hombres, en esta investigación se obtuvo una correlación positiva de 0.18 para hombres y de 0.11 para mujeres. Aunque estas correlaciones son bastante bajas, indicando poca relación entre la escala Fpsi y la K, la diferencia en signo podría deberse a la influencia de factores culturales.

Dentro de los requerimientos que debía cumplir la escala Fpsi planteados por sus autores originales, está el hecho de ser una escala que no se ve influenciada por la patología, por lo que una parte del estudio de la escala Fpsi-mex fue analizar sus correlaciones con las escalas clínicas y de contenido; en particular las que evalúan desajustes generales (D, Pt, ANS y DEP) y psicopatología severa (Pa, Es y DEL). Los valores obtenidos de este análisis de correlación muestran en general que la escala Fpsi-mex tiene valores mucho más bajos que los reportados

para la escala Fpsi desarrollada en Estados Unidos con respecto a las escalas de contenido. Aunque en general los valores obtenidos con las escalas clínicas son relativamente bajos, son mayores que los reportados por los autores estadounidenses sobre todo para la muestra de pacientes masculinos.

Sin embargo, podemos decir que la escala propuesta (Fpsi-mexicana) cumple con los criterios planteados por los autores, ya que mostró correlaciones muy bajas con respecto a las escalas que evalúan psicopatología severa y desajuste general, siendo incluso notoriamente inferior su correlación en la escala DEL para la muestra de mujeres.

Según Ben-Porath y Arbisi, las elevaciones en las escalas F y Fp se pueden deber básicamente a 3 razones: 1) Respuestas al azar, generalmente asociadas con falta de comprensión y atención, así como poco interés al contestar el inventario. 2) Fingimiento, intento deliberado de presentarse en forma negativa, y 3) Psicopatología severa que se refiere a la presencia de síntomas serios.

Las respuestas al azar se pueden identificar por medio de la escala INVAR, sin embargo, el fingimiento o la psicopatología severa no pueden esclarecerse por medio de las escalas de validez existentes. Es por esto que surge la necesidad de contar con una escala que permita identificar la razón por la cual se elevan las escalas F y Fp.

El desarrollar una escala adicional de infrecuencia utilizando como base para ello muestras clínicas, va a permitir interpretar con mayor claridad las elevaciones en las escalas F y Fp.

El desarrollo de una escala de infrecuencia adicional a partir de reactivos que tienen una frecuencia baja de respuesta en muestras clínicas permite superar las limitaciones en las escalas F y Fp como indicadores de respuestas infrecuentes en poblaciones psicopatológicas ya que tanto el estudio de Ben-Porath y Arbisi(1994) como el que hemos realizado demostraron que lo que es infrecuente en poblaciones normales no lo es en poblaciones clínicas.

Dado que las escalas F y Fp fueron desarrolladas utilizando como base las respuestas de poblaciones normativas surge la necesidad de desarrollar una escala de infrecuencia utilizando como base las respuestas de poblaciones con psicopatología.

La escala Fpsi puede ser utilizada como un apoyo para la interpretación de las elevaciones de las escalas F y Fp; pues permite determinar si la elevación de estas últimas escalas se debe a fingir psicopatología o a la presencia real de ella.

De acuerdo a lo reportado por Ben-Porath y Arbisi(1994), sugerimos 3 pasos para la interpretación de un perfil con elevaciones importantes en las escala F y Fp.

El primer paso tiene como objetivo determinar si estos puntajes pueden deberse a un tipo de respuesta emitido al azar; para ello será necesario examinar el puntaje en la escala INVAR, si este supera un puntaje de T80 podemos decir que el sujeto respondió el inventario al azar y por lo tanto el protocolo no puede interpretarse.

Si el puntaje en la escala INVAR no se encuentra elevado, el siguiente paso será examinar el puntaje en la escala INVER. Si este puntaje se encuentra por encima de T100 significaría que las elevaciones de las escalas F y Fp se deben a que el sujeto respondió Cierto o Falso de forma indiscriminada, aceptando o negando los reactivos del inventario en general, pero sin ser sincero al responder la prueba invalidando por ello el protocolo.

En el caso de que ambas escalas, INVER y INVAR, no estuvieran elevadas, el tercer paso deberá ser la interpretación de el puntaje en la escala Fpsi. Si el puntaje en la escala Fpsi se encuentra por encima de T100 podremos afirmar que las elevaciones observadas en las escalas F y Fp se deben a fingimiento de la psicopatología o gran exageración en la problemática o dificultades que experimenta el sujeto y deberá de interpretarse el perfil tomando en cuenta o haciendo referencia a lo anterior.

Por último, si el puntaje en la escala Fpsi no se encuentra elevado, esto indicaría que las elevaciones en las escalas F o Fp reflejan que el sujeto experimenta psicopatología severa.

Aunque se hace referencia a puntajes de corte para esta nueva escala, cabe resaltar que el estudio original solamente refiere para su interpretación un punto de corte de T100, haciendo mención de la necesidad de investigación futura para estudiar e identificar puntajes de corte para esta nueva escala.

En síntesis, la escala Fpsi mexicana propuesta cumple los criterios que los autores norteamericanos proponen para su funcionamiento, ya que por un lado se mantiene en un puntaje

aproximado de T 60 (según las calificaciones T calculadas en este estudio) en hombres psiquiátricos y universitarios, y en un puntaje alrededor de T 55 en mujeres psiquiátricas y universitarias. Por otro lado, presenta correlaciones bajas con escalas que evalúan psicopatología severa y desajuste general.

Por lo tanto, la Fpsi mexicana confirma que la población psiquiátrica mexicana efectivamente presenta psicopatología.

VI

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue el hecho de que la muestra psiquiátrica estudiada constó de 250 pacientes, mientras que el estudio estadounidense para el desarrollo de la escala Fpsi utilizó una muestra de 706 pacientes masculinos internos y la muestra clínica de Graham, Watts y Timbrook (1991, en Ben-Porath y Arbisi, 1994) , además de la muestra original utilizada para la normalización del MMPI-2.

Aunque se utilizó la muestra normativa de estudiantes seleccionada por Lucio y Reyes(1994) para la adaptación del MMPI-2 en México, sería conveniente aplicar esta escala a las muestras futuras que se obtengan para investigar su comportamiento.

Existe un estudio de validez reciente realizado por Ben-Porath y Arbisi(1994) en el que se utilizó una muestra de 50 estudiantes que respondieron al inventario en 2 ocasiones con diferentes instrucciones (estándar y fingimiento de patología) con el objetivo de analizar e incrementar la validez de la escala Fpsi, estudio que se sugiere debe ser continuación del presente. Dado que existe un estudio de fingimiento similar en México (Valencia, en prensa) sería posible realizar una investigación con la muestra de dicho estudio para observar el comportamiento de la escala Fpsi mexicana, el cual puede ser similar al estudio realizado por Ben-Porath y Arbisi (1994).

Además de la investigación ya sugerida por los autores originales de esta escala con respecto a los puntajes de corte para la escala Fpsi, es necesario investigar su aplicación y utilización con otras poblaciones. Dado que el presente estudio se basó en una muestra de pacientes psiquiátricos internos aun tiene que examinarse su función como indicador de infrecuencia en otras poblaciones con desajustes psicológicos, como pueden ser poblaciones de alcohólicos, farmacodependientes o pacientes externos de clínicas de salud mental.

Investigaciones futuras podrían enfocarse en el estudio de la sensibilidad de la escala Fpsi con respecto a diferentes tipos de fingimiento.

VII

APENDICE

Tabla 1

Reactivos de la escala F contestados con mayor frecuencia por pacientes psiquiátricos masculinos.

	MP = muestra psiquiátrica MN = muestra normativa mexicana	N= 112 N= 813		MP	MN
42	Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida.	V	58	6.3	
60	Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.	V	56.3	15.7	
*306	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	V	55.4	24.1	
288	Mis padres y mis familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	V	50.9	13.0	
156	Sólo estoy contento cuando paseo o viajo sin un plan definido.	V	50.0	18.1	
*264	He bebido alcohol con exceso.	V	49.5	36.4	
349	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo.	V	47.3	13.7	
*168	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	V	48.2	21.4	
*84	Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por comportamiento.	V	42.9	28.3	
361	Alguien ha tratado de influir en mi mente.	V	40.2	6.2	
*12	Mi vida sexual es satisfactoria.	F	40.2	27.6	
228	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas.	V	38.4	8.0	
*180	Algo anda mal en mi mente.	V	38.4	13.6	
300	Tengo motivos para sentirme celoso(a) de uno o más miembros de mi familia.	V	37.5	10.3	
216	Alguien ha estado intentando robarme.	V	36.6	6.4	
240	A veces me ha sido imposible evitar robar o llevarme algo en una tienda.	V	36.6	6.4	
132	Creo que existe otra vida después de esta.	F	36.6	41.2	
*48	Casi siempre preferiría soñar despierto(a) en lugar de hacer otra cosa.	V	36.0	21.6	

* reactivos que coinciden con los contestados con mayor frecuencia en la muestra estadounidense.

Tabla 2

Reactivos de la escala F contestados con mayor frecuencia por pacientes femeninas (en porcentajes)

		N= 104		
	MP= muestra psiquiátrica			
	MN= muestra normativa mexicana	N= 1107		
			MP	MN
288	Mis padres y mis familiares me encuentran más fallas de las que debieran.	V	62.5	14.3
42	Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida.	V	58.7	5.6
*306	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.	V	55.8	15.8
60	Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.	V	55.8	15.8
156	Sólo estoy contento cuando paseo o viajo sin un plan definido.	V	53.8	13.0
180	Algo anda mal en mi mente.	V	51.9	13.8
*168	He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.	V	51.9	24.7
*48	Casi siempre preferiría soñar despierto en lugar de hacer otra cosa.	V	51.0	24.8
300	Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.	V	47.1	19.1
228	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas.	V	47.1	8.9
361	Alguien ha tratado de influir en mi mente.	V	46.6	6.6
216	Alguien ha estado intentando robarme.	V	45.2	5.1
72	A veces mi alma abandona mi cuerpo.	V	45.2	9.5
54	A mi familia no le gusta el trabajo que escogí o la ocupación que pienso escoger para trabajar el resto de mi vida.	V	42.7	6.4
*12	Mi vida sexual es satisfactoria.	F	40.8	28.2
349	Nunca me siento más contento que cuando estoy solo.	V	40.4	11.8
96	A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven.	V	40.4	3.8
252	Todo me sabe igual.	V	40.4	3.8

* Reactivos que coinciden con los contestados con mayor frecuencia en la muestra estadounidense.

Tabla 3

Reactivos de la escala Fp contestados con mayor frecuencia por pacientes psiquiátricos masculinos. (en porcentajes)

MP= muestra psiquiátrica
MN= muestra normativa mexicana

N= 112
N= 813

	MP	MN
*517 Tengo dificultades para mantener un trabajo estable.	V	53.6 7.2
334 Me siento incómodo cuando estoy en lugares cerrados.	V	50.0 25.3
*525 Todo pasa demasiado rápido a mi alrededor.	V	47.7 18.7
*454 Me parece tener un porvenir sin esperanzas.	V	47.3 7.5
407 Merezco un severo castigo por mis pecados.	V	47.3 7.4
322 Tengo miedo de usar cuchillos o cualquier otra cosa filosa o puntiaguda.	V	46.4 10.6
528 Muchos de los problemas que tengo se deben a la mala suerte.	V	45.9 6.7
*311 Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.	V	42.9 17.7
*281 No me gusta tener gente a mi alrededor.	V	41.1 15.0
544 Algunas personas me dicen que tengo problemas con el alcohol pero no estoy de acuerdo con ellos.	V	40.2 9.1
484 La gente no es muy amable conmigo.	V	40.2 7.6
489 Tengo problemas con las drogas o el alcohol.	V	39.6 3.4
*526 Sé que soy una carga para otros.	V	38.7 7.3
*539 Últimamente he perdido la voluntad de resolver mis problemas.	V	38.4 9.5
530 Me he llegado a lastimar o a cortar sin saber porqué.	V	38.4 9.3
333 La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí.	V	38.4 6.9
*516 Mi vida esta vacía y sin significado.	V	38.4 5.2
387 Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	V	38.2 10.3
540 Cuando he estado tomando me he enojado y he roto muebles y platos.	V	37.5 4.9
468 Tengo miedo de estar solo(a) en un sitio al descubierto.	V	36.6 7.6
317 Me pongo nervioso (a) o preocupado(a) cuando tengo que salir de casa para hacer un viaje corto.	V	35.1 11.3

* Reactivos que coinciden con los contestados con mayor frecuencia en la muestra estadounidense.

Tabla 4

Reactivos de la escala Fp contestados con mayor frecuencia por pacientes psiquiátricos
femeninos. (en porcentajes)

	MP= muestra psiquiátrica MN= muestra normativa mexicana	N= 104 N= 1107	M.P	MN
334	Me siento incómodo cuando estoy en lugares cerrados.	V	70.2	32.5
*525	Todo pasa demasiado rápido a mi alrededor.	V	63.5	25.0
*517	Tengo dificultades para mantener un trabajo estable.	V	58.7	4.5
*526	Sé que soy una carga para otros.	V	53.8	6.1
*539	Ultimamente he perdido la voluntad de resolver mis problemas.	V	52.9	9.0
333	La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí.	V	51.5	4.5
322	Tengo miedo de usar cuchillos o cualquier otra cosa filosa o puntiaguda.	V	51.5	4.5
*463	Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.	V	50.0	7.6
484	La gente no es muy amable conmigo.	V	50.0	8.4
468	Tengo miedo de estar solo en un sitio al descubierto.	V	47.1	16.5
*311	Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.	V	47.1	19.9
317	Me pongo nervioso y preocupado cuando tengo que salir de casa para hacer un viaje corto.	V	46.2	13.0
395	Me da miedo estar solo en la obscuridad.	V	43.3	20.2
*454	Me parece tener un porvenir sin esperanzas.	V	41.3	5.8
450	No puedo hacer nada bien.	V	39.4	3.2
528	Muchos de los problemas que tengo se deben a la mala suerte.	V	39.4	6.4
*281	No me gusta tener gente a mi alrededor.	V	38.5	9.3
530	Me he llegado a lastimar o a cortarme a mi mismo sin saber porqué.	V	38.5	10.1
476	Soy torpe y poco hábil.	V	37.5	6.2
407	Merezco un severo castigo por mis pecados.	V	35.6	5.7

* Reactivos que coinciden con los contestados con mayor frecuencia en la muestra estadounidense.

Tabla 5.

Frecuencia de respuestas a los reactivos (en porcentajes) de la escala Epsi creada por Ben-Porath y Arbisi en 1993, para un grupo de pacientes psiquiátricos internos mexicanos.

Hombres = 112		X= 6.6	D.S. = 3.7	
Mujeres = 104		X= 6.8	D.S. = 3.7	
			Hombres	Mujeres
66	Sería mejor que se desecharan todas las leyes.	V	25.2	30.8
114	Algunas veces me siento tan atraído(a) por las cosas personales de otros como calzado, guantes, etc., que me gustaría tocarlos o robarlos aunque no me sirvan.	V	22.3	21.2
162	Alguien ha intentado envenenarme.	V	20.5	26.9
193	Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las rayas de las banquetas.	V	39.3	44.2
216	Alguien ha estado intentando robarme.	V	36.6	45.2
228	Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas.	V	38.4	47.1
252	Todo me sabe igual.	V	34.8	35.0
270	No me molesta mucho ver sufrir a los animales.	V	34.8	26.9
*282	Me han dicho que camino cuando estoy dormido.	V	18.0	11.5
291	Nunca he estado enamorado(a) de alguien.	V	27.7	28.8
*294	Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.	V	7.1	12.5
322	Tengo miedo de usar cuchillos o cualquier otra cosa filosa o puntiaguda.	V	46.4	51.0
323	Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.	V	21.8	34.6
336	Alguien controla mi mente.	V	25.2	32.7
*371	He deseado frecuentemente ser una persona del sexo opuesto.	V	19.6	17.3
387	Solamente puedo expresar lo que en verdad siento cuando tomo.	V	38.2	23.3
*478	Odio a toda mi familia.	V	12.6	14.4
555	No puedo estar solo(a) en un cuarto oscuro, aun en mi propia casa.	V	32.1	30.8
51	No leo diariamente todos los artículos editoriales.	F	59.5	45.2
77	De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.	F	40.2	31.7
*90	Quiero a mi padre (o si su padre ha fallecido) quise a mi padre.	F	11.6	10.6
93	Algunas veces, cuando no me siento bien, soy irritable.	F	38.4	28.8
*102	Algunas veces me enoja.	F	12.5	15.4
*126	Creo en el cumplimiento de la ley.	F	13.4	14.4
*192	Mi madre es una buena mujer (o si su madre ha fallecido) mi madre era una buena mujer.	F	8.0	6.7
*276	Quiero a mi madre (o si su madre ha fallecido) quise a mi madre.	F	8.9	6.7
*501	Hablar con alguien sobre los problemas y preocupaciones es mucho mejor que tomar drogas o medicina.	F	17.1	15.4

* Estos reactivos fueron los que presentaron el criterio impuesto por Ben-Porath y Arbisi (1993) de una frecuencia de respuesta menor a 20% en la dirección calificada.

TABLA 6

REACTIVOS DE LA ESCALA F MÁS FRECUENTEMENTE CONTESTADOS POR LA MUESTRA DE 704 PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ESTADOUNIDENSES. (Ben-Porath y Arhisi, 1993)

M.P. Muestra psiquiátrica estadounidense

M.N Muestra normativa norteamericana

	M.P	M.N
12. Mi vida sexual es satisfactoria. F	65%	27%
264. He bebido alcohol en exceso. V	63%	44%
180. Algo anda mal en mi mente. V	52%	5%
168. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas de las que luego no recuerdo haber hecho. V	47%	9%
30. Tengo pesadillas varias veces a la semana. V	44%	6%
306. A nadie le importa mucho lo que le sucede a uno. V	41%	13%
330. A veces me siento lleno(a) de energía. F	40%	9%
24. Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta. V	39%	7%
48. Casi siempre preferiría soñar despierto en lugar de hacer otra cosa. V	38%	12%
204. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas. F	35%	19%

TABLA 7

REACTIVOS DE LA ESCALA F₀ MAS FRECUENTEMENTE CONTESTADOS POR LA MUESTRA DE 704 PACIENTES PSIQUIATRICOS ESTADOUNIDENSES. (Ben-Porath y Arbis, 1993)

M.P. Muestra psiquiátrica estadounidense

M.N Muestra normativa norteamericana

	M.P	M.N
517. Tengo dificultades para mantener un trabajo estable. V	58%	4%
526. Sé que soy una carga para otros. V	54%	5%
539. Ultimamente he perdido la voluntad de resolver mis problemas. V	54%	6%
454. Me parece tener un porvenir sin esperanzas. V	51%	5%
516. Mi vida está vacía y sin significado. V	49%	4%
506. Recientemente he pensado en matarme. V	45%	3%
525. Todo pasa demasiado rápido a mi alrededor. V	45%	7%
463. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder. V	44%	4%
383. Cuando las cosas van muy mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia. F	40%	10%
281. No me gusta tener gente a mi alrededor. V	39%	5%
311. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales. V	38%	8%

VIII

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G.W. (1970) La personalidad. Barcelona: Herder.
- Allport, G.W. (1974) Psicología de la personalidad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Allport, G.W. (1977) Personalidad su configuración y desarrollo. Barcelona, España: Herder.
- Ampudia, A. (1994) El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios. Tesis de Maestría. México: U.N.A.M..
- Anastasi, A. (1978) Test Psicológicos. Madrid: Aguilar.
- Arbisi, P. (1994) Assessing profiles for individuals with severe mental disorders. Paper presented at the 29th annual clinical workshop of the MMPI-2 and MMPI-A. MMPI-2 workshop and symposia.
- Arbisi, P., Ben-Porath, Y.S. (1993) Interpreting the F scale of inpatients: moving from art to science. Paper presented at the 28th annual symposium on recent development in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach, FL.
- Arbisi, P., Ben-Porath, Y.S. (1994) Empirical correlates of the MMPI-2 in VA inpatient sample. Paper presented at 29th annual workshop of the MMPI-2 and MMPI-A. MMPI-2 workshop and symposia.
- Austin, J.S. (1992) The detection of fake good and fake bad on the MMPI- 2. Educational and Psychological Measurement, 52(3), 669-674.
- Ben-Porath, Y.S. (1994) Assessing protocol validity with MMPI-2. Paper presented at the 29th annual workshop of the MMPI-2 and MMPI-A. MMPI-2 workshop and symposia.
- Ben-Porath, Y.S., Arbisi, P. A. (1994) An MMPI-2 Infrequent response scale for use with psychopathological populations: The F(p) scale. Psychological Assessment. en prensa.
- Ben-Porath, Y.S., Butcher J.N. (1989) The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. Psychological Assessment, 1(4), 345-347.
- Berg, I.A. (1957) Deviant responses and deviant people: the formulation of the deviation hypothesis. Journal of Counseling Psychology, 4, 154-161.
- Berry, D.T., Lamb, D.G., Wetter, M.W., Baer, R.A. et. al. (1994) Ethical considerations in research on coached malingering. Psychological Assessment, 6(1), 16-17.

- Berry, D.T., Wetter, M.W., Baer, R.A., Larsen, L. et. al. (1992) MMPI-2 random responding indices: Validation using a self-report methodology. Psychological Assessment, 4(3), 340-345.
- Berry, D.T., Wetter, M.W., Baer, R.A., Widiger T.A. et. al. (1991) Detection of random responding on the MMPI-2: Utility of F, Back F and VRIN scales. Psychological Assessment, 3(3), 418-423.
- Berstein, D., Nietzel, M. (1988) Introducción a la psicología clinica. México: MacGrawHill.
- Bischof, L.S. (1975) Interpretación de las teorías de Personalidad (Enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva). Bibliotécnica de psicología. México: Trillas.
- Blake, D. D., Penk, W.E., Mori, D.L., Keane, T.M., Kleespies, P.M. et. al. (1992) Validity and clinical scale comparisons between the MMPI and MMPI-2 with psychiatric inpatients. Psychological Reports, 70(1), 323-332.
- Blumberg, S. (1967) MMPI F scales. Journal of Clinical Psychology, 23, 96-99.
- Butcher, J.N. (1993) Practical issues in the MMPI-2 interpretation. Paper presented at the 28th annual symposium on recent developments of the MMPI, MMPI-2 and MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J., Tellegan, A., Kaemmer, B. (1989) MMPI-2 Minnesota Multiphasic Inventory. Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Pope, K.S. (1992) The research base, psychometric properties and clinical uses of the MMPI-2 and MMPI-A. Canadian Psychology, 33(1), 61-93.
- Butcher, J.N., Graham J.R., Dahlstrom W.G., Bowman E. (1990) The MMPI-2 with college students. Journal of Personality Assessment, 54(1-2), 1-15.
- Cassis, J.E., Workman, D.E. (1992) The detection of malingering and deception with a short form of the MMPI-2 based on the L, F and K scales. Journal of Clinical Psychology, 48(1), 54-58.
- Comrey, A.L. (1958) A factor analysis of items on the F scale of the MMPI. Educational and Psychological Measurement, 18, 621-632.
- Cueli, J., Reidl L. (1976) Teorías de la personalidad. México: Trillas.

- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., Dahlstrom, L.E. (1972) An MMPI handbook. Volume I: Clinical interpretation. Minneapolis: University of Minnesota press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. (1960) And MMPI handbook. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960.
- De la Torre, G. R., (1994) Validez concurrente de las escalas de contenido del MMPI-2 y una entrevista clínica en población psiquiátrica. Tesis de Licenciatura. UVM.
- Dicarpio, N.S.(1985) Teorías de la personalidad. México: Herder.
- DSM-III-R (1988) Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, España.
- Edwards, D.W., Morrison, T.L., Weissman, H.N. (1993) Uniform versus linear T scores on the MMPI-2/MMPI in an outpatient psychiatric sample. Psychological Assessment, 5(4), 499-500.
- Exner, J.E. Jr. (1976) Projective Techniques. In I.B. Weigner (Ed), Clinical Methods in Psychology. New York: Wiley, 61-121.
- Freedman, A.; Kaplan, H.; Sadock, B. (1982) Comprehensive test book of psychiatry, vol I y II. Baltimore: The Williams and Wilkings Company.
- Garfield, S.L. (1979) Psicología clínica. México: Manual Moderno.
- Gough, H.G. (1950) The F minus K dissimulation index for the MMPI. Journal of consulting psychology, 14, 45-54.
- Graham, J.R. (1990) MMPI-2 assesing personality and psychopathology. Oxford: University press.
- Graham, J.R.(1987) MMPI. Guía práctica. México: Manual Moderno.
- Graham, J.R., Timbrook, R.E., Ben Porath, Y.S., Rodney, E., Butcher, J.N. (1991) Code type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from from artifact. Journal of Personality Assessment, 57(2), 205-207.
- Graham, J.R., Watts, D., Timbrook, R.E. (1991) Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. Journal of Personality Assessment, 57(2), 264-277.

- Gynter, D.M., Shimkunas, A.M. (1965) More data on the MMPI F> 16 scores. Journal on Clinical Psychology, 21, 275-277.
- Gynter, M.D. (1961) The clinical utility of invalid MMPI-F scores. Journal of consulting psychology, 25, 540-542.
- Gynter, M.D., Petzel, T.P. (1967) Diferential endorsement of MMPI F scale items by psychotics an behavior disorders. Journal of Clinical Psychology, 23, 185-188.
- Gynter, M.D.; Altman, H.; Warbin, R. (1973) Interpretation of Uninterpretable Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profiles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40(1), 78-83.
- Harrell, T.H., Honaker, L.M., Parnell, T. (1992) Equivalence of the MMPI-2 with the MMPI in psychiatric patients. Psychological Assessment, 4(4), 460-465.
- Hathaway, S.R., Mackinley, J.C. (1967) Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring. New York: Psychological Corporation.
- Hathaway, S.R., Mckinley, J.C. (1940) A multiphasic personality schedule (Minnesota): I, construction of the schedule. Journal of psychology, 10, 249- 254.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1951) The Minnesota Multiphasic Personality Manual Revised. New York: The Psychological Corporation.
- Halhaway, S.R., Monachesi, E.D. (1963) Adolescent personality and behavior. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hughes, J. (1984) Manual de psiquiatría moderna. México: Limusa.
- Kelch, L.W., Wagner, E.E. (1992) Maximized split-half reliabilities and distributional characteristics for Harris-Lingoes subscales with few items: a reevaluation for the MMPI-2. Perceptual and Motor-skills, 75(3, Pt 1), 847-850.
- Kendall, P., Norton, F.J.(1988) Psicología clínica, perspectivas científicas y profesionales. México: Limusa.
- Kerlinger, F. (1988) Investigación en el comportamiento. México: MacGraw-Hill.
- Kolb, L. (1985) Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica mexicana, S.A.

- Lamb, D.G., Berry D.T., Wetter, M.W., Baer, R.A. (1994) Effects of two types of information on malingering of closed head injury on the MMPI-2: An analog investigation. Psychological Assessment, 6(1), 8-13.
- Lees-Haley, P.R., English L.T., Glenn W.J. (1991) A fake bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. Psychological Reports, 68(1), 203-210.
- Lees-Haley, P.R. (1991) MMPI-2 F and F-K scores of personal injury malingerers in vocational neuropsychological and emotional distress claims. American Journal of Forensic Psychology, 19(3), 5-14.
- Levitt, E.E. (1990) A structural analysis of the impact of MMPI-2 on MMPI-1. Journal of personality assessment, 55(3-4), 562-567.
- Lucio, G.M. (1995) Manual para la administración y la calificación del MMPI-2. U.N.A.M. En prensa.
- Lucio, G.M., Ampudia R.A. (1995) Introducción al uso de la nueva versión del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2) en la evaluación psicológica. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Lucio, G.M., Reyes, L.I. (1994) La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad del Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 11(1), 45-54.
- Lucio, G.M.E., Palacio, H.V. (1994) MMPI-2 Profiles of Mexican psychiatric inpatients: Validity, Standard and Content scales. Paper presented at the 29th annual Clinical workshop of the MMPI-2 and MMPI-A. MMPI-2 workshop and Symposia.
- Matz, P.A., Altepeter, T.S., Perlman, B. (1992) Reliability with college students. Journal of Clinical Psychology, 48(3), 330-334.
- Meehl, P.E., Hathaway, S.R. (1946) The K factor as suppressor variable in the MMPI. Journal of Applied Psychology, 30, 525-564.
- Miscel, W. (1988) Teoría de la personalidad. México: McGraw Hill.
- Morales, M.L. (1980) Psicometría aplicada. Ed. Trillas, México.
- Morrison, T.L., Edwards, D.W., Weissman, H.N. (1994) The MMPI and MMPI-2 as predictors of psychiatric diagnosis in an outpatient sample. Journal of Personality Assessment, 62(1), 17-30.
- Munley, F.H. (1991) A comparison of MMPI-2 and MMPI T scores for men and women. Journal of Clinical Psychology, 47(1), 87-91.

- Munley, P.H., Zarantonello, M.M. (1991) A comparison of MMPI profile Types with corresponding estimated MMPI-2 profiles. Journal of Clinical Psychology, 46(6), 803-811.
- Nuñez, R. (1987) Pruebas psicométricas de la personalidad. México: Trillas.
- Paez, G.M., (1995) Las escalas de contenido del MMPI-2 en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría U.N.A.M.
- Palacios, H. (1994) Análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2: comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y universitarios. Tesis de maestría. México: U.N.A.M.
- Paolo, A.M., Ryan, J.J. (1992) Detection of random response sets on the MMPI-2. Psychotherapy in Private Practice, 11(4), 1-8.
- Pérez y Fariás, J. (1995). Estudio de confiabilidad con el MMPI-2. Tesis de maestría. U.N.A.M.
- Pervin, L. (1988) Personalidad: Teoría, diagnóstico e investigación. Bilbao: Descle de Brouwer.
- Pick, S. y López, A. (1990). Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.
- Putnam, S.H., Adams, K.M. (1994) The convergence of MMPI-2 profiles of patients who were identified as malingering neuropsychological symptoms using diferent procedures. Paper presented at the 29th annual clinical workshop of the MMPI-2 and MMPI-A. MMPI-2 workshop and symposia.
- Rapaport, D.(1977) Tests de diagnóstico psicológico. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, R.R., Bagby, R.M., Chakraborty, D.D. (1993) Feigning schizohenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. Journal of Personality Assessment, 60(2), 215-226.
- Sines, L.K., Silver, R.J., (1960) MMPI correlates of wardplacement among state hospital patients. Journal of Clinical Psychology, 16, 404-406.
- Strassberg, D.S., Clutton, S., Korboot, P. (1991) A descriptive and validity study of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) in and elderly Australian sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13(4), 301-311.
- Symonds, P.M. (1931) Diagnosing personality and conduct. New York: Century.

- Taboada, M.L. (1993) Normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua. Tesis de maestría. México: U.N.A.M.
- Timbrook, R.E., Graham, J.R., Keiller, S.W., Watts, D. (1993) Comparison of the Wiegner-Harmon Subtitle-Obvious scales and the standard validity scales in detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. Psychological Assessment, 5(1), 53-61.
- Valencia, G. R., (1996) Detección de perfiles de sujetos simuladores y sujetos honestos a través de las escalas del MMPI-2. Tesis de Licenciatura UNAM.
- Wetter, M.W., Baer, R.A., Berry, D.T., Robinson, L.H. et. al. (1993) MMPI-2 profiles of motivated fakers given specific symptom information: A comparison to matched patients. Psychological Assessment, 5(3), 317-323.
- Wetter, M.W., Baer, R.A., Berry, D.T., Smith, G.T. et. al. (1992) Sensivity of MMPI-2 validity scales to random responding and malingering. Psychological Assessment, 4(3), 369-374.
- Wetzler, S., Marlowe, D. (1990) "Faking bad" on the MMPI-2, ang Millon-II. Psychological Reports, 67(3, Pt 2), 1117-1118.