

01962
11
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

MARIA DEL ROCIO PAEZ GOMEZ

DIRECTORA DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
SINODALES MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MTRA. FRIDA DIAZ BARRIGA
DR. GILBERTO LIMON ARCE

MEXICO, D. F.

MAYO DE 1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1.	
1.1 Teorías de la personalidad.	5
1.2 Teoría de la medida.	7
1.3 Teorías factoriales.	11
Capítulo 2	
2.1 Antecedentes del MMPI.	16
2.2 Antecedentes de estudios de normalización del MMPI.	24
2.3 Estudios sobre normalización del MMPI en México.	29
Capítulo 3	
3.1 Antecedentes y estructura del MMPI-2.	32
3.2 Estudios sobre normalización del MMPI-2 en México.	44
Capítulo 4	
4.1 Antecedentes de las Escalas de Contenido del MMPI.	47
4.2 Escalas de contenido del MMPI-2.	51
4.3 Uso clínico de las Escalas de Contenido del MMPI-2.	57
4.4 Validez de las Escalas de Contenido del MMPI-2.	59

Capítulo 5

5.1 Metodología.	66
5.2 Definición de variables.	67
5.3 Hipótesis.	67
5.4 Tipo de estudio.	68
5.5 Muestra.	69
5.6 Manejo estadístico de los resultados.	69
5.7 Instrumento.	70
5.8 Procedimiento.	71

Capítulo 6

6.1 Resultados.	73
6.2 Discusión.	106
6.2 Conclusiones.	114

Bibliografía.	116
---------------	-----

Apéndice A

Escalas de Contenido.	126
-----------------------	-----

**LA JERARQUÍA DE UN HOMBRE SE MIDE
POR SU CAPACIDAD DE AMAR,
POR ESO EL QUE MÁS AMÓ, JESUCRISTO
OCUPA EL CENTRO DE LA HISTORIA.
ABRIÓ SUS BRAZOS Y LA HUMANIDAD ENTERA
LE CUPO DENTRO.**

**"A MI ME HA CONCEDIDO EL EXPRESAR LO QUE SIENTO,
Y TENER PENSAMIENTOS DIGNOS DE LOS DONES RECIBIDOS,
PORQUE ÉL ES LA GUÍA DE LA SABIDURÍA,
Y EL QUE CORRIGE A LOS SABIOS".**

LIBRO DE LA SABIDURÍA, 7-15.

A MIS PADRES

ESTHER Y ENRIQUE.

A MIS HERMANOS Y FAMILIARES.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

**QUE CON SU CARIÑO Y APOYO
SIEMPRE ME ANIMAN A
SEGUIR ADELANTE.**

A TI QUE TIENES CORAZÓN DE POETA

**"Yo no trato de moldear tu mente,
pues sé que intentas con ánimo ser sólo tú,
y no puedo permitir que me digas qué he de ser,
pues estoy concentrándome en ser yo".**

María del Rocío.

Deseo hacer patente mi agradecimiento a las siguientes personas:

DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MTRA. FRIDA DIAZ BARRIGA

DR. GILBERTO LIMON ARCE

MTRO. ERIC CHARGOY ROMERO

ALICIA XICOTENCALT

POR SU APOYO EN LA CONCLUSION DE ESTA INVESTIGACION.

RESUMEN

Las Escalas de Contenido del MMPI-2 son las más novedosas, por que permiten complementar el diagnóstico clínico a partir de revisar que responde el paciente en los reactivos homogéneos.

La principal importancia de este estudio radicó en la necesidad de establecer baremos de calificación con el MMPI-2, propios para la población mexicana, pues al compararse las puntuaciones T Uniformes de los estudiantes mexicanos con respecto a la muestra norteamericana se observa que hay diferencia.

Se desarrollaron las normas de calificación y las tablas de puntuación T. Previo análisis estadístico para determinar la semejanza o diferencia en las respuestas a estas escalas, por parte de universitarios mexicanos y norteamericanos. Además de verificar la consistencia interna de las escalas, y su inclusión en factores de análisis.

La muestra la integraron 1920 casos (813 hombres y 1107 mujeres). Se encontró diferencia estadística significativa ($p = 0.001$) entre las muestras. Para los hombres dicha diferencia se presenta en las escalas Miedo, Pensamiento Delirante, Enojo e Incomodidad Social. Para las mujeres hubo diferencia en las escalas Obsesividad, Pensamiento Delirante y Enojo.

Otra diferencia encontrada fue en relación a la conformación de factores de análisis, pues para los hombres se agrupan en dos; para las mujeres son tres. Para la población norteamericana son invariablemente dos.

Las diferencias son atribuibles a factores educativos, sociales o económicos; es decir a situaciones culturales. Sin embargo esto no significa que el instrumento no brinde información clínica de valor. Sobre todo por que permite aproximarse en forma más completa al diagnóstico. Por ello se concluye que estas escalas tienen validez y utilidad clínica y por lo tanto un valor transcultural.

Estas diferencias nos conducen a proponer estudios para establecer normas propias de calificación, Por el momento ya se cuenta con estas primeras tablas, para población universitaria. Pero se espera desarrollar las T uniformes para las escalas de contenido y para las escalas suplementarias. Además de ampliar las aplicaciones a otras muestras.

INTRODUCCION.

Estudiar y describir las características de la personalidad y las pautas conductuales que la misma genera ha provocado tanto polémicas, como la existencia de diversas posturas teóricas; todas ellas han destacado la importancia que tiene el normalizar, adecuar en el tiempo histórico, adaptar a las características socioculturales y generalizar uniformemente sus condiciones de observación y registro.

Los postulados aquí señalados, han tenido gran trascendencia profesional y en la actualidad son considerados parte fundamental de las características que deben poseer todos los instrumentos de medición psicológica.

Esta base teórica sirvió a Butcher, Graham y Dahlstrom (1989) para hacer referencia que el MMPI fue publicado por primera vez en 1940 (Hathaway, y McKinley, 1940, 1943), y que desde entonces no había tenido cambios sustanciales en su estructura original, en los reactivos o en las normas de calificación (Butcher, 1972; Colligan, Osborne, Swenson, y Offord, 1984); de esta forma en 1982 Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, y Kaemmer, (1989), con la autorización de la editorial de la Universidad de Minnesota proponen revisar el MMPI y establecer normas representativas en la población norteamericana del fin de siglo; para ello integran un comité de reestandarización y modifican el banco de reactivos, agregando nuevos reactivos y desarrollando nuevos datos normativos del instrumento.

La nueva versión del MMPI recibe el nombre de MMPI-2 y contiene 567 reactivos, se publicó en 1989, tras siete años de investigación para su reestandarización. Incluye la mayoría de los reactivos de las escalas de validez y de las clínicas (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer 1989).

Si el MMPI representaba para la psicología, un valioso instrumento en la evaluación de la personalidad; la versión actualizada, reestructurada y validada con población más contemporánea, favorece aún más la intervención clínica, mediante la obtención de rasgos de la personalidad que sirvan para la integración de diagnóstico y tratamientos psicológicos o psiquiátricos de los pacientes.

En México hay antecedentes de estudios de personalidad empleando el MMPI, tanto en el área educativa como clínica e industrial.

En los ámbitos clínicos su utilidad es evidente; como parte de una batería psicológica, proporciona al psicólogo parámetros para ubicar, la personalidad del sujeto y a partir de ello determinar, entre otras cosas, un diagnóstico clínico para

posteriormente establecer el tratamiento y pronóstico general, dentro de áreas de atención a la salud (hospitales, clínicas, centros comunitarios, etc).

Este instrumento, también ha sido ampliamente usado en la psicología industrial para realizar selección de personal, para identificar que tipo de apoyo requieren los trabajadores de una empresa, y aumentar su productividad (Lucio; Reyes-Lagunes y Durán, 1993).

El MMPI original, básicamente contempla las escalas clínicas; a pesar de que llegó a contar con un sin número de subescalas, con enfoques de codificación lógica y homogénea. Graham, (1987) refiere que fueron probablemente más de cien, entre las principales se menciona a las subescalas de Harris, Escalas de Contenido de Wiggins y las escalas de grupo de Tryon, Stein y Chu.

En el proyecto de reestandarización del MMPI-2, también se dio especial atención a la reformulación de las Escalas de Contenido; sobre ello Williams (1992) señala que "Las Escalas de Contenido desarrolladas para el MMPI-2, como las escalas Wiggins del MMPI original, pueden ayudar a aclarar la interpretación de las más heterogéneas escalas básicas". Además argumenta que para estas escalas se han derivado empíricamente coeficientes de validez paralelos a aquellos de las más antiguas escalas clínicas, por lo que pueden ser usadas para generar hipótesis interpretativas.

En esta investigación específicamente se hará referencia a las nuevas Escalas de Contenido en la versión (MMPI-2), partiendo de que su uso facilita la comprensión de los rasgos de la personalidad, contextualizándolos en aspectos de la vida cotidiana.

Este estudio pretende probar la validez de las Escalas de Contenido en población mexicana, como una cultura diferente, pues de acuerdo con Butcher (1985) al expresar que elaborar estudios transculturales con el MMPI tiene trascendencia porque, proporciona técnicas de evaluación de la personalidad, acordes a cada cultura, puesto que no todos los postulados de personalidad son comunes a todos los seres humanos, aunque se ha observado que algunos si tienen aplicación universal.

Desde 1992 en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), investigadores como Lucio y Reyes Lagunes, realizan estudios para normalizar y estandarizar el MMPI-2 a la población mexicana. Iniciando con la cuidadosa traducción, así como el desarrollo de estudios sobre las diversas escalas (Lucio 1992c).

Este estudio forma parte de el proyecto antes citado, como una respuesta ante la amplia utilización del MMPI basada en normas de otro país, que consecuentemente le restaba objetividad a los resultados y por lo tanto a las interpretaciones.

El MMPI-2 por su reciente edición (traducción en prensa) no se ha aplicado en México, por lo que en este estudio se reportan las primeras aproximaciones a la normalización de las Escalas de Contenido; Los objetivos que se plantearon son:

El primer fue desarrollar normas para las Escalas de Contenido del MMPI-2 en población universitaria de la UNAM.

Un segundo objetivo fue determinar si las normas de calificación de las Escalas de Contenido del MMPI-2 encontradas para la población universitaria mexicana y para la muestra normativa de los Estados Unidos de Norteamérica, presentan diferencias estadísticamente significativas.

Un tercer objetivo fue conocer la estructura factorial de las Escalas de Contenido para la muestra mexicana.

Un cuarto objetivo fue desarrollar las T Uniformes para las puntuaciones de los universitarios, y con ello establecer baremos para esta población. En virtud de que las T Uniformes son la conversión de las puntuaciones naturales en puntuaciones que permiten una mejor comparación percentilar, de la cual carecía la versión original de este instrumento.

Todo ello para proveer al psicólogo clínico de una herramienta más que le permita aproximarse al conocimiento de la personalidad de los sujetos con los que trabaja, siempre que las características de los pacientes sean similares a la muestra de estudiantes universitarios.

El estudio se realiza con una muestra representativa de la población universitaria que asiste a la Universidad pública más importante de México, la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el primer capítulo de este documento se esbozan algunos antecedentes sobre teorías de la personalidad, teoría de los rasgos y factoriales, que dan fundamento al MMPI y al MMPI-2.

En los capítulos, segundo y tercero, se hace referencia a los antecedentes del MMPI y del MMPI-2.

El capítulo cuarto presenta en forma detallada, los antecedentes de las Escalas de Contenido, su uso y aplicación en la psicología clínica. Además de reportes de investigaciones que con ellas a la fecha se han realizado.

El quinto versa sobre el proceso metodológico que se siguió en esta investigación. Y el sexto, muestra los resultados, la discusión y las conclusiones.

La utilidad de este proyecto, parte del hecho de saber que las normas o valores normales, sirven para evaluar las conductas de un individuo o grupo. Y si los instrumentos de medición que se usan están normalizados para el grupo étnico al que pertenece el sujeto en estudio, el perfil que se obtenga será más confiable, lo que favorecerá la integración de un diagnóstico y tratamiento. Desde luego cuando previamente se ha comprobado que para este grupo étnico, el MMPI-2 diferencia en forma confiable y válida, a los sujetos sanos de los no sanos.

Las Escalas de Contenido del MMPI-2, son las escalas más novedosas, reelaboradas a partir de la reestandarización del MMPI. La forma en que se construyeron, los apoyos que brindan en el diagnóstico y su amplia utilidad, fueron los aspectos que motivaron este estudio, en vías de establecer normas de calificación para población mexicana, para que el MMPI-2 sea usado en conjunción con otras técnicas e instrumentos.

CAPITULO 1.

1.1 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

Numerosos estudios se han realizado para intentar explicar la personalidad, su origen, sus manifestaciones, así como su desarrollo; para de esta manera, poder alcanzar el objetivo de conocer las diferencias individuales.

Melgoza (1990) refiere que estos estudios tienen su origen en la época de los griegos, donde la personalidad era entendida como la máscara teatral; la palabra derivaba de persona (prosopón) y del latín personare. Estudios posteriores consideraron que el término persona se deriva de peri-sóma (alrededor del cuerpo); otros señalan se originó de persum (cabeza o rostro) palabra etrusca y del latín antiguo.

La misma autora, refiere que el significado teológico de la palabra persona, giraba en torno a una Deidad: La Santísima Trinidad (tres personas en una), refiriéndose a ella como sustancia, esencia y concepción, relacionándose por ello estrechamente con el significado de personalidad aportado por los griegos en relación a la máscara y el ocultamiento.

Los filósofos griegos agregaron al concepto persona, un atributo de racionalidad, lo que dió origen a diversas definiciones de personalidad. En la Edad Media se enfatizó en el concepto de integridad personal y el valor del individuo; teniendo su mayor importancia en la época del Renacimiento que reflejó la ética personalista (Melgoza, op. cit.).

A partir del siglo pasado el estudio de la personalidad ha provocado incontables polémicas, la existencia de diversas corrientes filosóficas e innumerables posturas teóricas, han destacado la importancia que tiene normalizar y generalizar las condiciones en que se realizan observaciones y/o registros relacionados con la conducta humana; estos elementos han tenido gran trascendencia profesional y en la actualidad forman parte fundamental en las características que deben poseer los instrumentos de medición psicológica. Ejemplos de ello son las aportaciones de Wunt, Galton, Pavlov, Watson, Skinner, J. Wolpe, Bandura, James, Heidegger, Kierkegaard, Nietzsche y Sartre, (citados en Lamberth, Rappaport y Rappaport, 1978; y Morris, 1987) cada uno de ellos, desde sus particulares conceptualizaciones teóricas y filosóficas, convergen en el propósito de utilizar métodos con características similares que permitan describir, explicar, predecir, controlar y modificar la conducta humana.

Con el paso del tiempo y los avances en el estudio de la conducta humana, el término persona fue adquiriendo mayor relevancia dentro de la psicología; teóricos como: Freud, Jung, Murray (teorías psicodinámicas); Erikson, Horney (teorías egosociales); Adler (teorías individualistas); Allport, Rogers, Maslow y Fromm (teorías humanístico-existencialistas); Skinner, Bandura, Rotter, Ellis y Mischel (teorías conductuales y del aprendizaje social); (citados por Dicaprio, 1985); desarrollaron diversos conceptos y principios para abordarla.

Freud (citado por Bischof, 1975) desarrolló conceptos relativos a la personalidad y su estructuración, algunos de ellos son: yo, ello y superyo, la explicación de la conducta a partir de los instintos de vida y muerte, los principios del placer y de la realidad, así como de los denominados mecanismos de defensa.

Para Guilford (1954) el término personalidad es tan amplio que puede incluir la totalidad de los rasgos de un individuo; tales como características físicas, cualidades intelectuales, aptitudes y talentos; así como cualidades temperamentales, intereses, conducta expresiva y síntomas patológicos.

Allport (citado por Dicaprio, 1985) argumenta que; en una cultura determinada los individuos tienden a establecer pautas conductuales y características de personalidad posibles de ser comparadas de manera gruesa. Esto significa que los individuos que poseen semejanzas biológicas, culturales y ambientales, tienden a luchar por metas semejantes; sin embargo los mismos, nunca se conducen individualmente de una igual manera. Estos postulados le permitieron establecer una teoría relacionada con la personalidad, en donde se tomaron en cuenta la complejidad y la singularidad de la conducta individual; para esta teoría, la personalidad está integrada por una estructura interna y otra externa, en ella señala la presencia de rasgos que considera son una tendencia determinante similar a una predisposición para comportarse de determinada manera.

Allport enfatizó la utilización de métodos que realzaran la individualidad, su objetivo era descubrir y describir la configuración de los rasgos que caracterizan a una persona; en este esquema metodológico introdujo el uso de documentos personales, biografías, autobiografías, estudio de casos clínicos y entrevistas que le permitieran conocer el caso individual. Los trabajos de Allport incluían no solo pacientes psiquiátricos, también fueron realizados en sujetos normales (sin patología).

Eysenck (1957) por su parte menciona que "La personalidad es la suma total de los esquemas de conducta del organismo, actuales y potenciales, hereditarios y adquiridos".

La explicación, medición y descripción de la conducta humana y los componentes psicológicos implicados ha requerido se implementen diversos esquemas metodológicos de aproximación; así tenemos que: en Francia, Binet y Simon (1940), elaboran la primera escala de inteligencia (citados por Pichot, 1979).

La evolución y perfeccionamiento de los métodos y técnicas utilizadas para evaluar el comportamiento humano, facilitó el incremento de las pruebas psicológicas, de esta manera su utilización se fue generalizando; en ambientes clínicos además se les ha sometido a análisis estadísticos que permitan demostrar su validez y determinar su confiabilidad, del mismo modo algunas técnicas estadísticas han conformado los diferentes factores o dimensiones de la personalidad.

Pichot (op. cit) define que una prueba psicológica, es una situación experimental, estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento, que manipulada estadísticamente, permite clasificar a los sujetos tipológica o cuantitativamente.

En conclusión es posible determinar que el estudio de la personalidad ha sido abordado desde diversos enfoques y métodos; pero siempre con la idea de medir e intervenir, por ello se han desarrollado incontables instrumentos para realizar la evaluación de la conducta humana y la personalidad. Uno de estos instrumentos es el MMPI, actualmente en proceso de reestandarización con el nombre de MMPI-2 (Butcher, 1989).

1.2 TEORÍA DE LA MEDIDA.

Martínez y Morales, (1985) mencionan que desde 1900 en la psicología se observaba una constante aplicación y adaptación de técnicas de medición en busca de parámetros sobre la conducta humana. Se sabe que en 1879, Wundt estableció en Leipzig Alemania, el primer laboratorio de psicología experimental. Desde aquella época, los psicólogos experimentalistas se interesaban en medir la percepción, el ritmo de aprendizaje, el tiempo de respuesta, y otros fenómenos que consideraban útiles para conocer más al ser humano y brindarle una mejor atención.

Los primeros experimentos denotaron la necesidad de realizarlos bajo un control estricto, para tener mayor veracidad. Surgió entonces la idea de realizarlos bajo condiciones normalizadas, es decir iguales para todos. Quedando tal característica como un requisito básico de los instrumentos psicológicos.

Kurian (1984) cita que fue necesario el estudio de la personalidad y del intelecto desde la Primera Guerra Mundial, pues este era un buen recurso para seleccionar

al personal de guerra; para ello se diseñó el Woodworth Personal Data Sheet (1920) que básicamente fue una escala autoevaluatoria para detectar individuos neuróticos. Este instrumento constó de 116 reactivos referentes a la neurosis y se contestaban con afirmación o negación.

La misma autora señala que para 1933 se construye el Bernreuter Personality Inventory que medía, entre otros aspectos, la introversión, extroversión, dominio-sumisión, la tendencia neurótica y la tendencia a bastarse a sí mismo. La construcción de este inventario fue a partir de una base racional y no empírica. Esta fue una de las razones por las que el inventario no tuvo éxito, pues tomaba como base la experiencia clínica de un momento crítico, como fue la guerra, pasada esa época el inventario de Bernreuter fue reemplazada.

Pichot, (1979) refiere que hasta la Primera Guerra Mundial, el método de las pruebas mentales se limitó a aspectos de la inteligencia y aptitudes, aplicados a la educación y a la orientación ocupacional. Posteriormente los prueba fueron usados en ambientes médicos, industriales y criminológicos. Explica también que la Segunda Guerra Mundial reafirmó el interés por las pruebas de inteligencia y de aptitudes e impulsó el desarrollo de evaluaciones de la personalidad en Estados Unidos, Alemania, Italia, España y Suecia.

En el proceso de la indagación sobre la personalidad hay aportes como los de Binet, Thorndike, Ebbinghaus, y otros autores que han desarrollado técnicas para medir aspectos de la personalidad, inteligencia, actitudes, etc. Por ello hoy en día hay una enorme diversidad de pruebas y técnicas. Una de las clasificaciones de las técnicas es la siguiente:

- Pruebas psicométricas
- Pruebas proyectivas
- Entrevistas
- Biografías

Otra clasificación propuesta por Pichot, parte de diversos aspectos, como es la generada a partir de las características exteriores:

- a) Prueba de lápiz papel
- b) Prueba de ejecución

Según el modo de administración:

- a) Pruebas individuales
- b) Pruebas colectivas

Aporta además una clasificación funcional:

- a) Pruebas de eficiencia. Estos estudian los aspectos cognoscitivos de la personalidad (inteligencia, aptitudes, conocimientos)
- b) Pruebas de personalidad. Estos son los que exploran intereses, el carácter y la afectividad.

Las pruebas de personalidad pueden ser de tres tipos: -cuestionarios, -pruebas objetivas de la personalidad y -técnicas proyectivas.

Las pruebas psicométricas, se caracterizan por tener preguntas fijas y precisas, donde los sujetos deben elegir una respuesta entre varias.

Algunas de estas pruebas son unidimensionales, es decir miden una variable y producen un puntaje único. Otras son multidimensionales, es decir miden muchas variables.

Para conocer la personalidad Morris, (1987) señala que los psicólogos cuentan al menos con cuatro tipos de instrumentos: las entrevistas, las observaciones, las pruebas proyectivas o inestructuradas y las pruebas objetivas o estructuradas.

Dentro de las pruebas proyectivas o estructuradas señala que el paciente puede construir sus respuestas ante un material ambiguo. La validez y confiabilidad de este tipo de pruebas sigue siendo objeto de controversia, pues el principal argumento para su objeción es, que debe ser interpretada y la interpretación estará siempre permeada por la personalidad del psicólogo o profesional que realice esa tarea.

A diferencia de las pruebas objetivas o estructuradas, donde el paciente elige cual es su respuesta dentro de las opciones que se le ofrecen y para las cuales, los reactivos se han sometido a análisis estadísticos previos para determinar su confiabilidad y validez.

Acerca de la confiabilidad y validez de una prueba, Pichot señala que también tiene que haber sensibilidad o fineza discriminativa y la define de la siguiente manera:..

La confiabilidad es la cualidad que debe poseer un instrumento, que al ser aplicado dos o más veces seguidas al mismo sujeto, proporciona resultados idénticos, esto es que muestre estabilidad a través del tiempo.

Para Herrans (1985), la confiabilidad es la consistencia de medidas repetidas en un instrumento; de un mismo individuo o grupo de individuos, aplicado en condiciones similares, es un caso especial de correlación. Agrega además que hay diferentes tipos de confiabilidad; cita la confiabilidad temporal, la interna y la de formas alternas o equivalentes.

La validez: es la cualidad por la que un prueba mide los aspectos que se propone medir, según Herrans (1985), hay varios tipos: la validez subjetiva y objetiva. Esta última puede ser validez de contenido, concurrente, predictiva o de construcción lógica.

La validez puede ser empírica o nominal. La empírica se logra cuando el investigador incluye en el prueba, reactivos que pueden ser o no importantes para la variable de personalidad que se evalúa, y considera la respuesta del sujeto, cualquiera que sea, como significativa, independientemente de la veracidad.

La validez nominal, se obtiene cuando en la prueba, las preguntas que aparecen son relevantes y están directamente relacionadas con la variable de la personalidad, además se supone que el sujeto contestará con veracidad.

La sensibilidad o fineza discriminativa, es la posibilidad de medir más de un comportamiento.

Para Anastasi (1978), una prueba psicológica es en esencia "una medida objetiva y normalizada de una muestra de comportamiento"; la autora destaca la importancia de la objetividad o al menos de la reducción de lo subjetivo en los instrumentos de medición psicológica, además enfatiza la necesidad de encontrar normas de calificación de las pruebas para ser utilizadas en una determinada población.

Morris, señala que uno de los fines de la medición es poder concluir en un diagnóstico aproximado, al cual se llega a partir de una serie de estrategias que incluyen los instrumentos psicológicos.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en un manual de diagnóstico de las conductas anormales, denominado Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que desde 1952 se ha ido actualizando, hasta la última versión (DSM-III (R)) establece definiciones de categorías que hacen referencia a las alteraciones de personalidad, incluye una evaluación clínica integral, a través del uso multiaxial, para ello el eje I contempla el síndrome clínico que se especifica el grado de severidad actual (leve, moderado, severo, en remisión parcial, en completa remisión); en el eje II se especifican los trastornos del

desarrollo y/o trastornos de la personalidad; en el eje III, los trastornos y condiciones físicas; en el eje IV, la severidad de estresores psicosociales y en el eje V, una evaluación global del funcionamiento.

Es interesante referir que el eje II puede ser usado para señalar rasgos específicos de personalidad o el uso habitual de algún mecanismo de defensa particular, ya sea cuando no se diagnostica un trastorno de personalidad o para complementar dicho diagnóstico (American Psychiatric Association, 1988).

Pichot op cit., (1979) señala que la personalidad comprende aspectos no intelectuales, es decir, aspectos connotativos y afectivos. Los estudios más adelantados sobre la personalidad han empleado el análisis factorial para profundizar en su conocimiento.

1.3 TEORÍAS FACTORIALES

Las teorías factoriales hacen un análisis de la personalidad a partir de los rasgos que la componen; agrupan a las personas según el grado con que son caracterizables cierto número de rasgos, que son en su mayor parte, comunes a un grupo de seres humanos.

Dentro de las teorías factoriales de la personalidad están las teorías de los rasgos; partiendo de que un rasgo es una característica de la personalidad. Para Lamberth et al., (1978) los rasgos son una disposición para actuar en cierta forma y no una predeterminación absoluta de la conducta.

Al hablar de rasgos, conviene señalar que un rasgo es una fuerza real, una motivación o disposición dentro del individuo, que inicia una forma particular de conducta. Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, se pueden describir agrupándolas en un solo término (la escala); el rasgo se infiere a partir de las respuestas y actitudes y con ellas se les concede un carácter objetivo, y se llega a ellos mediante la inferencia, por ejemplo las actitudes y respuestas que llevan a considerar que se trata de celos; las actitudes políticas, religiosas, etc. son rasgos de la personalidad con significado social. Las actitudes de honradez, sinceridad, son rasgos con significado ético o moral (Lamberth op cit., 1978).

La agrupación de los rasgos da origen a Escalas de Personalidad, a Modelos o a Arquetipos. En los rasgos de la personalidad se manifiestan los síntomas y la agrupación de ellos conforman un síndrome.

Para Allport "un rasgo es una forma característica de la conducta más generalizada que la reacción aislada de simples hábitos".

Allport en su teoría de la personalidad señala distinciones entre clases de rasgos. Distingue entre rasgos comunes y disposiciones personales. Para este autor los rasgos comunes son los comparables entre personas y se aprecian en función de los valores elegidos dentro de su vivencia cultural, Allport clasifica los rasgos comunes en: teóricos, económicos, estético, social, político y religioso.

En un análisis de la personalidad, es posible traducir sus categorías a conceptos numéricos y atribuirles un carácter de razón, y por ello realizar un análisis estadístico que se concreta en el análisis factorial.

Es decir, el análisis factorial es una técnica matemática que sirve para descubrir las dimensiones de variabilidad existentes en un campo de un fenómeno, es decir entre las características más finas de un fenómeno con respecto a otro.

Pichot (1979) mencionó que el análisis factorial permite conocer el cómo es la actuación de una persona, para después conocer el porqué. Las pruebas proyectivas y los inventarios de personalidad también tratan de dar respuesta al porqué, analizando los aspectos motivacionales.

Eysenck y Cattell se propusieron describir la personalidad desde una perspectiva factorial. Ellos por separado diseñaron un inventario de personalidad. El primero diseñó la escala de temperamento, el segundo, el cuestionario de 16 factores de la personalidad.

Eysenck, (1957) planteó que los rasgos deben definirse operacionalmente y destaca que su importancia radica en la contribución a la identificación de dimensiones o tipos de personalidad. Además refirió que la personalidad se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de cuatro sectores jerárquicos en los que están organizados los esquemas de conducta: sector cognoscitivo (inteligencia), conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución).

Para Eysenck los rasgos de la personalidad se podían sintetizar en dos dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión y neurótica-psicótica, para lo cual ideó una prueba que midiera estas dos dimensiones de la personalidad. A dicha prueba se le conoce como Inventario de la Personalidad de Eysenck (EPI) (Morris, 1987).

Cattell en 1950, (citado por Bischof, 1975; Morris, 1987) utilizó ampliamente el análisis factorial para encontrar los rasgos de un individuo y determinar si había diferencia entre cada uno de ellos. Este autor define la personalidad como "aquello que permite predecir lo que una persona hará en alguna situación".

Cattell concede importancia a los factores medio ambientales y constitucionales en la formación de la personalidad, y distingue entre rasgos de origen y los rasgos de superficie, concibiendo a los últimos como: el agrupamiento de conductas observables que a la vez están determinados por los rasgos de origen, que reciben el nombre de factores primarios de la personalidad.

Para construir el inventario revisó una lista de palabras que se referían a rasgos, concluyó que muchas de ellas eran sinónimos y que por tanto la lista podía reducirse considerablemente. La prueba de personalidad que resultó constaba de 374 preguntas, agrupadas en 16 factores primarios o rasgos de origen. En ella consideró que la mayoría de los rasgos pueden ser expresados como opuestos polares; por ejemplo alegre-triste, activo-pasivo.

En sus análisis, primeramente realizó una correlación estadística de las medidas de cada uno de los rasgos con las de todos los sujetos, al ver que dos medidas de un rasgo se correlacionaban a un grado de 0.60 o más, supuso que medían un mismo fenómeno. Bajo este parámetro agrupó los rasgos para formar racimos o factores de personalidad.

El análisis factorial usa el método estadístico multivariado, para identificar lo que llaman una dimensión de la personalidad, sobre todo se aplica a los instrumentos del tipo de cuestionario para conocer la constitución interna de ellos.

A través de un análisis factorial se transforma un gran número de variables en un número menor de categorías o factores, la base de este análisis es el coeficiente de correlación que indica el grado de relación entre dos variables, los valores de esta correlación puede fluctuar entre -1 a +1.

Pichot (1979), continúa explicando que el conjunto de intercorrelaciones en una prueba se organiza en factores. Dichos factores por si solos no poseen forzosamente una existencia real; son esencialmente un sistema de referencia que permite representar de un modo sencillo una multitud de hechos experimentales.

El análisis factorial es usado en el estudio de intereses, aptitudes y personalidad así como en el estudio de la inteligencia.

El análisis multifactorial se debe a Thurstone (citado en Pichot, 1979) quien postula que las correlaciones son explicables únicamente por factores de grupo. Este método presenta dos variantes importantes citadas por Padua, (1975):

1. Método con eje octogonal. En él, las variables o factores de grupo son octogonales desde el punto de vista geométrico, es decir son independientes. Puede tener tres tipos de rotación: a) Quartimax b) Varimax y c) Equimax. De las tres rotaciones la más usada es la varimax, cuyo método se concentra en la simplificación de las columnas de la matriz inicial y la rotación de los ejes cada 90° .

2. Método con eje oblicuo o rotación oblicua: En él, las variables o factores se intercorrelacionan y buscan la mejor combinación lineal de las variables y estadísticamente demuestra la relación que teóricamente guardan entre sí las variables.

Se puede utilizar cuando las correlaciones que sirven como base, son elevadas o cuando se pretende construir instrumentos. La rotación oblicua indica que los ejes al momento de ser rotados mantienen una configuración cartesiana (ángulos mayores o menores a 90°). Es decir los ángulos que forma pueden ser agudos u obtusos (Hartman, 1967).

El primer componente principal que se obtiene es el mejor conjunto de relaciones lineales entre los datos. El segundo componente es la segunda combinación lineal; el segundo factor da cuenta de la varianza residual no explicada por el primer factor. El resto de los factores se definen en forma similar, siendo tantos factores hasta cuando se haya explicado del 100% de la varianza (Padua, 1975).

Pichot (1979) menciona que la estructura factorial de una prueba, puede variar de acuerdo a la edad, sexo, nivel cultural de la población y experiencias socioculturales. Por ello es necesario que los instrumentos psicológicos, aplicado a poblaciones y culturas diferentes a la de su origen, se sometan a análisis estadísticos finos, como el caso del análisis de correlación, factorial y el alfa de Crombach para conocer la norma de respuesta de esa población, así como la estructura factorial y la consistencia interna del instrumento.

Por la utilidad que representa el análisis factorial, en el análisis de las puntuaciones del MMPI-2 también se ha realizado, Brislin, Lonner y Thorndike en 1973 (citados en Lucio y Reyes-Lagunes, 1992c), recomiendan dicho análisis para determinar las diferencias entre los grupos, en estudios transculturales. Agregan que, conocer la comunalidad de los pesos factoriales para las escalas del MMPI-2 entre diferentes grupos, es pertinente en estudios transculturales.

Lucio, et al., (1992c) señala que Butcher y Bemis en 1984 explicaron que con un análisis factorial se obtiene la validación factorial, con lo que se infiere si los reactivos o las escalas exploran el mismo aspecto psicológico para ese grupo.

Lucio, (1992c) cita que Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1975) realizaron un análisis factorial con las escalas clínicas del MMPI-2 y obtuvieron cuatro factores que denominaron de la siguiente manera: a) la ideación psicótica b) las preocupaciones neuróticas, c) la identificación del rol de género y d) desordenes de la personalidad.

Las Escalas de Contenido del MMPI-2 son recientes, y por ellos se requiere de investigaciones con ellas. Hay algunos reportes de estudios como la de Kyunghee Han (1993), quien realizó análisis para adaptar el MMPI-2 a la población coreana, entre sus trabajos, explica que a partir del análisis factorial con las 15 Escalas de Contenido, encontró que se producían dos factores, en el grupo de estudiantes universitarios (184 hombres y 335 mujeres). Los denominó Emoción Negativa y Nivel de Impulsividad. En el capítulo cuatro, se explica más ampliamente como se obtuvieron y que escalas los conforman.

CAPITULO 2.

2.1 ANTECEDENTES DEL MMPI

Desde la primera publicación del MMPI, según refiere Hathaway (citado en Nuñez, 1979) no se pensó en el impulso que tendría la investigación acerca de este inventario; para 1960, contaba con más de mil informes de investigación, que habían permitido desarrollar más de doscientas escalas para clasificar las preguntas del MMPI; sin embargo no resultaban muy acertadas ni prácticas. Dahlstrom y Welsh, (citado por Kurian, 1984) expresaron que para 1975 había más de 6000 referencias de investigaciones relacionadas con el inventario.

Kurian (op. cit) refiere que en la obra "Eight Measurement Year Book", Buros (1975) reporta la existencia de 500 investigaciones sobre el MMPI.

Cuando se hizo la publicación original del MMPI, sus autores Hathaway y McKinley (1944) trabajaban en los Hospitales de la Universidad de Minnesota, en esta Institución elaboran el inventario con la esperanza de agilizar el diagnóstico clínico de los pacientes que atendían (Graham, 1992).

Para ello, Hathaway y McKinley (1940), tomaron en cuenta la educación y cultura de los sujetos a quienes se les administraba, buscando que las frases fueran comprendidas aun por personas sin un alto nivel intelectual o de escolaridad.

Según estos autores, los primeros reactivos del MMPI, eran preguntas que se usaban para elaborar las historias clínicas de medicina general, neurología y psiquiatría, el instrumento partió de un banco de reactivos con un total de dos mil frases que fueron depuradas hasta llegar a conformar el instrumento que conocemos como MMPI, que está constituido por 566 frases que se responden como cierto o falso.

La característica principal de este instrumento en su carácter multidimensional, es la de posibilitar la identificación de rasgos psicopatológicos en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, además sirve como método para determinar la severidad del trastorno y en general para conocer los rasgos de personalidad de quien lo conteste.

Graham (1987), señala que el proceso para el desarrollo del MMPI original fue el siguiente: El primer paso fue recoger un gran número de reactivos potenciales y

seleccionar una amplia variedad de afirmaciones tomadas de historias clínicas, reportes psicológicos y psiquiátricos, así como de textos especializados en psiquiatría y psicología clínica, amén de tomar en cuenta los instrumentos de medición que más recientemente se habían desarrollado (escalas de actitudes personales y sociales); de esta forma reúnen 1000 reactivos y eligen 504.

El segundo paso fue seleccionar dos grupos - criterio, el primero estuvo formado por sujetos normales, en tanto el segundo se integraba con pacientes psiquiátricos; el tercer paso fue aplicar el inventario de 504 reactivos a ambos grupos, para posteriormente realizar el análisis de reactivos en cada uno de los grupos y con ello asegurar que las preguntas realmente discriminaban los rasgos de personalidad de los sujetos de los diferentes grupos (psiquiátricos y normales). Los reactivos más significativos se incluyeron en el inventario final.

La primera escala construida fue Hipocondriasis (Hs - 1), después y en este orden las escalas Depresión (D - 2), Psicastenia (Pt - 7) e Histeria (Hi - 3); desde el inicio Hataway y McKinley encontraron que existía una correlación moderada ($r = .60$) entre las escalas 3, 1 y 2 (Hi - Hs - D), denominando a este grupo de escalas, "tríada neurótica", la gráfica de las tres escalas puede variar en todas sus posibles combinaciones.

Posteriormente estructuraron las escalas de Hipomanía (Ma - 9), Desviación Psicopática (Dp - 4), Esquizofrenia (Es - 8), Paranoia (Pa - 6) y las dos escalas no consideradas clínicas como son Masculinidad - Femenidad (Mf - 5) y Extroversión - Introversión (Is - 0); los resultados obtenidos en estas escalas permitieron realizar una nueva clasificación de escalas como lo fue la llamada "tétrada psicótica", presentada con mucha frecuencia por pacientes psicóticos, gráfica en la que se incluyen las puntuaciones mayores de T 70 de las escalas Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía (6, 7, 8 y 9) con todas sus posibles combinaciones.

El MMPI cuenta además con escalas que permiten determinar la validez de la prueba, (escalas L, F y K), mismas que fueron construidas en el mismo orden en que han sido mencionadas; con respecto a ellas, es importante señalar que la escala K (la de más reciente creación) se utiliza en combinación con 5 de las Escalas Clínicas Hs, Dp, Pt, Es y Ma teniendo la misma un propósito correctivo.

Hataway y McKinley trabajaron la forma de convertir la puntuación natural de las Escalas Clínicas, en puntuaciones estándares a las que denominaron T escaladas o lineales, tomando siempre como media 50 y la desviación estándar como 10, estas calificaciones se utilizan para expresar la posición de un sujeto con respecto a la media y a la variabilidad de las puntuaciones del grupo estudiado. Los valores T son por lo tanto calificaciones estándar basadas en la composición de la distribución de las puntuaciones naturales en términos de valores Z.

La conversión de puntuaciones naturales a puntuaciones T, fue realizada en las diez Escalas Clínicas por medio de un procedimiento estadístico; con respecto a las Escalas de Validez, los valores T se asignaron arbitrariamente.

Gough (1946, 1950), encontró un índice adicional para evaluar la distorsión de la prueba; dicho índice se obtiene calculando la diferencia de los puntajes brutos de F menos K, se considera perfil aceptable cuando $F - K < +9$.

Para dar por aceptado un perfil del MMPI, Hataway y McKinley sugieren se reúnan los siguientes requisitos: a) puntaje bruto de la escala F menor de 20; b) índice de Gough menor a 9; c) puntuación de la escala (?) menor de 30; d) al menos una de las 10 Escalas Clínicas se encuentre dentro de la zona de normalidad estadística ($T = 45-55$).

VALIDEZ DEL MMPI.

La validez del MMPI se obtuvo en forma cruzada, es decir se administró a grupos de pacientes con un determinado diagnóstico clínico (por ejemplo depresión), para compararlos con sujetos normales y con pacientes que tenían otros diagnósticos psiquiátricos; cuando las diferencias entre los grupos eran estadísticamente significativas se concluía que la escala poseía validez cruzada. La validez clínica ha sido probada en países europeos y americanos (Graham, 1990)

Respecto a la confiabilidad del MMPI, se han obtenido coeficientes de Pearson que oscilan entre .71 y .83, que de acuerdo con Herrans, (1985) es un valor aceptable para una prueba de personalidad.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las Escalas Clínicas del MMPI, como preámbulo de las Escalas de Contenido integradas por Wiggins; además se realizan comentarios relacionando ambos tipos de escalas como un recurso adicional para una mejor interpretación del perfil.

ESCALAS DE VALIDEZ

Hathaway y Mckinley (1949), desarrollaron cuatro escalas denominadas de validez, para detectar las actitudes desviadas del paciente que contestaba la prueba y por lo tanto ésta resultará no válida, estas escalas están constituidas por: "no puedo decir" (?), L, F y K.

La escala de "no puedo decir" (?) expresada por el número de reactivos que no se contestaron o en los que se contestaron las dos opciones simultáneamente, esta escala detecta actitudes inapropiadas en el sujeto que contesta y que en un momento dado serían motivo suficiente para invalidar los resultados obtenidos.

La escala L, originalmente llamada escala de la mentira, fue diseñada para detectar intentos del examinado para dar una imagen favorable de sí mismo, los reactivos de esta escala se derivaron racionalmente y cubrían situaciones diarias a fin de evaluar la fuerza con que la persona se resiste a admitir hasta la más pequeña debilidad de carácter o de su personalidad.

La escala F, se diseñó para detectar aquellos sujetos cuya forma de responder a la prueba es muy desviada o azarosa; es decir diferente a la forma de contestar propuesta en las instrucciones, un gran número de estas preguntas contestadas de manera inadecuada permitirían suponer que el paciente no comprendió adecuadamente las instrucciones.

La escala K fue construida para identificar la defensividad clínica, los reactivos de esta escala se seleccionaron empíricamente a través de la comparación de las respuestas de pacientes clínicamente definidos, pero que producían puntuaciones normales en las Escalas Clínicas, con un grupo de sujetos no paciente psiquiátricos que también presentaban puntuaciones normales. La escala K posteriormente fue utilizada para desarrollar factores de corrección para cinco Escalas Clínicas, en las las proporciones de K se presentan en rangos de 0.2 a 1.0.

La construcción de la escala K se originó debido a que Meehl y Hathaway (1946), consideraron que el efecto de una actitud defensiva ante la prueba se reflejaba obteniendo altos puntajes de K y bajos puntajes en las Escalas Clínicas, que esto se podría determinar y asignar el grado en el cual los puntajes clínicos podrían ser incrementados a fin de reflejar más adecuadamente la conducta de los pacientes; para tal efecto compararon la eficiencia de cada una de estas escala con varias partes de la escala K añadida como factor de corrección, determinando los valores apropiados de la escala K para cada Escala Clínica a fin de corregir la defensividad indicada por la elevación del puntaje de la escala K.

Al resto de las Escalas Clínicas debido a que parecían mostrar exclusivamente en sus puntajes brutos una predicción precisa de las condiciones clínicas de las personas evaluadas, no les fue aplicado un puntaje de corrección basado en la escala K.

La estructura de las Escalas Clínicas del MMPI, se describe a continuación (Nuñez, 1979; Rivera, 1987).

Escala 1 (Hipocondriasis, Hs).

Hathaway y McKinley (1940) escogieron el uso del concepto clínico de hipocondriasis para desarrollar la primera escala de su inventario debido a la mayor presencia de esta sintomatología en clínicas y hospitales de salud mental; además por que los parámetros para detectarlo estaban ya delineados y era relativamente fácil de identificar. Definieron la Hipocondriasis como una preocupación anormal y psiconeurótica acerca de la salud corporal.

Los reactivos seleccionados inicialmente para esta escala fueron 33, se eligieron tomando como base aquellos que diferenciaban empíricamente los pacientes hipocondríacos de las personas normales; también para esta escala incluyeron el factor de corrección para adecuar las respuestas de individuos que padecían desórdenes psiquiátricos severos y que al mismo tiempo presentaban síntomas somáticos.

Escala 2 (Depresión, D)

La segunda escala, provee una medida de depresión sintomática, el cuadro clínico evaluado es una estructura mental general en la cual, el sujeto reporta moral pobre, pérdida de esperanza en el futuro, insatisfacción con la vida, estado de ánimo pesimista, disforias, sentimientos de autodepresión y culpa; los sujetos se describen como introvertidos, tímidos, retraídos, asustadizos, solitarios y reservados.

Las manifestaciones más observables pueden incluir llanto, rechazo a la comunicación, y retardo psicomotor. La mayoría de los 60 reactivos exploran aspectos como: negación de la felicidad, negación de méritos propios, abandono y ausencia de interés hacia lo que le rodea.

Puntuaciones altas (T que sobrepasan los 80) a menudo exhiben síntomas de tristeza, con actitudes derrotistas; las puntuaciones bajas (T menor a 50) indican la actitud del individuo por esforzarse en aparecer seguro, firme y decidido, ocultando sus sentimientos de vulnerabilidad, frecuentemente se presentan como presumidos y exhibicionistas; sus relaciones sociales provocan hostilidad y resentimiento en los demás y fácilmente entran en conflicto con la autoridad.

Escala 3 (Histeria, HI)

El síndrome histérico se caracteriza por la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo; esta escala se integra por 60

reactivos relacionados con: negación general de la salud física, quejas somáticas, dolor en el pecho o el corazón, náuseas, vómitos, problemas para dormir y dolores de cabeza, así como síntomas de negación de los problemas psicológicos o emocionales e inconformidad con las situaciones sociales.

Las elevaciones en el perfil (T superior a 70) pueden sugerir personas con una fuerte dependencia hacia las personas por las que se sienten aceptados; estos pacientes muestran poca tolerancia a la frustración y al rechazo; puntuaciones bajas (T menor de 50) son obtenidas por pacientes más bien convencionales, con necesidad de mostrarse independientes.

Escala 4 (Desviación psicopática, Dp)

Esta escala fue desarrollada como medida de la manifestación abierta y sin control de conducta psicopática de tipo asocial, está compuesta por 50 reactivos que sondean aspectos sobre falta de satisfacción en la vida, problemas familiares, sociales, sexuales, delincuencia y problemas con la autoridad.

Los puntajes muy altos están asociados a conflictos con la autoridad, dificultad para someterse a imposiciones externas, mostrando conductas que van desde la inconformidad hasta la rebelión más abierta; en estas personas es frecuente la impulsividad, por lo que no anticipan su conducta, y pueden actuar sin considerar las consecuencias de sus acciones, son muy impacientes y tienen poca tolerancia a la frustración, no aprenden de la experiencia, presentan bajo rendimiento escolar, deficiencias en su trabajo y amplios problemas socioafectivos con su pareja o familia.

Las puntuaciones bajas son frecuentes en personas que tienden a mostrarse como controladas, en psicoterapia pueden iniciar un buen tratamiento, pero se vuelven muy dependientes y a menudo temen aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

Escala 5 (Masculinidad-femineidad, Mf)

La escala 5 no tiene una denominación clínica y se refiere a las características masculinas y femeninas, originalmente se componía de 60 reactivos, 37 del grupo de reactivos del MMPI y 23 sugeridos por el trabajo de Terman y Miles. Los puntajes altos indican qué tan alejada se siente una persona de estar cubriendo el papel psicosexual socialmente asignado.

Para las mujeres los puntajes altos son muy poco frecuentes, cuando se encuentran, generalmente indican rechazo del rol tradicional femenino, hay interés por aparecer firme y autosuficiente, capaz de tomar decisiones. Los puntajes bajos se relacionan con la necesidad de autodescribirse como frágil, sometida, pasiva y femenina.

Para los hombres el puntaje elevado señala actitudes de pasividad, tolerancia y la tendencia a evitar situaciones problemáticas, en especial las que son rudas o bruscas. Los puntajes bajos muestran una marcada tendencia a la autoafirmación de sus características masculinas.

Escala 6 (Paranoia, Pa)

Esta escala evalúa las características conductuales de susceptibilidad, desconfianza, excesiva sensibilidad, suspicacia, y tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos, con descargas agresivas.

La escala está compuesta de 40 reactivos obtenidos con base en la discriminación empírica entre un grupo de sujetos diagnosticados con desórdenes paranoides o con rasgos paranoides en su cuadro clínico, y un grupo de sujetos normales.

La elevación por encima de T 65, se interpreta una persona desconfiada y por lo tanto con dificultad para establecer relaciones interpersonales.

Las puntuaciones bajas indican conductas de obstinación sin motivo reales, desconfianza y recelo.

Escala 7 (Psicasterenia, Pt)

Esta escala evalúa un desorden psicológico, que puede ser descrito como un termómetro de la angustia, los 48 reactivos de esta escala, exploran síntomas referentes al pensamiento obsesivo o incontrolable, sentimientos de temor y/o ansiedad.

Las puntuaciones altas muestran incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitudes de exigencia hacia sí mismo y en ocasiones, hacia los demás; son meticulosos con tendencia al perfeccionismo. Las puntuaciones bajas son frecuentes en pacientes que muestran una falta de valoración, causada por la poca seguridad en sí mismos.

Escala 8 (Esquizofrenia, Es)

Está constituida por 78 reactivos que evalúan síntomas y conducta esquizoides; la elevación de esta escala puede interpretarse, en la mayoría de los casos, como una tendencia hacia el aislamiento y confusiones entre la realidad y la fantasía, así como dificultades para establecer relaciones interpersonales.

Los puntajes bajos se interpretan como la tendencia a autodescribirse como realista, capaz de llevar a cabo planes para alcanzar metas, adecuada capacidad para la socialización.

Escala 9 (Hipomanía, Ma)

McKinley y Hathaway desarrollaron un total de 46 reactivos para discriminar significativamente los casos clínicos de los sujetos normales; elevaciones extremas pueden sugerir un episodio maníaco, por ello se esperaría que los pacientes con tal puntaje tendieran a actuar excesivamente, con actividades carentes de propósito y con lenguaje acelerado, tendencia al comportamiento dinámico, emprendedores, ambiciosos, con energía para tratar de lograr las metas, sin embargo esta energía no es bien aprovechada y organizada; sus relaciones interpersonales pueden ser buenas, pero superficiales y con pocas posibilidades de establecer compromisos afectivos.

Los puntajes bajos indican niveles bajos de energía, actividad y motivación, parecen indiferente, apático y difíciles de motivar; puede estar presente la depresión para no esforzarse y por lo tanto no arriesgarse.

Escala 0 (Introversión social, Si)

La escala esta constituida por 70 reactivos relacionados con incomodidad social, inferioridad, baja afiliación, sensibilidad interpersonal, falta de confianza, y quejas somáticas, los reactivos hacen referencia a la inadaptación neurótica general y la de características autodepresivas.

En los puntajes altos la característica más notoria es la introversión social, los pacientes se sienten incómodos en situaciones sociales, tienden a ser tímidos y reservados, asustadizos y retraídos; por lo tanto no entienden sus problemas ni las causas. Por el contrario las puntuaciones bajas son frecuentes en personas sociables, extrovertidas y tienen la necesidad de verse siempre con compañía. Sus

nexos sociales también son superficiales, se muestran convencionalmente ajustados.

INTERPRETACION DEL MMPI

Para la interpretación de los perfiles del MMPI original, es necesario tomar en cuenta la combinación de las escalas dominantes (altas o bajas) de acuerdo con Nuñez, 1979 y Rivera, 1987).

La interpretación clínica es compleja, dada la diversidad de aspectos que se exploran y la multitud de escalas y subescalas que se han desarrollado con el MMPI, la interpretación debe ser realizada por personal especializado o por psicólogos con una preparación previa para ello.

Nuñez op cit., recomienda que la interpretación se realice tomando en cuenta la escala de validez, las combinaciones de las Escalas Clínicas y por último los datos aportados por las escalas adicionales.

Con respecto de las Escalas adicionales, Graham (1977) cita que Dalstrom y Welsh (1960) han logrado diferenciar 213 subescalas diferentes; las mismas han sido investigadas por autores como, Meehl (1962), Hathaway y McKinley (1944, 1951), Gought (1946,1950), Taylor (1953), William (1992), y Wiggins, (1969). Las subescalas abarcan gran cantidad de aspectos a evaluar, entre ellos se encuentran: alcoholismo, aprovechamiento escolar, índice de ansiedad, ansiedad manifiesta, inmadurez emocional, hostilidad, histeria de conversión, fortaleza del ego, etc. En particular se hace referencia a Wiggins (1966), quien desarrolló un conjunto de escalas homogéneas que evaluaban diversas dimensiones a partir de sus contenidos.

En conclusión se puede expresar que el MMPI ha generado diversas investigaciones relacionadas con su estructura, las Escalas Clínicas, las escalas adicionales (Complementarias, de Contenido y otras) y el desarrollo de parámetros de normalización y/o adaptación transcultural. Estos procesos de investigación se han generado tanto en México como en otras partes del mundo.

2.2 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS DE NORMALIZACIÓN DEL MMPI.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota se clasifica dentro de las pruebas estructuradas u objetivas de evaluación de personalidad porque es útil en

la búsqueda de signos de trastornos emocionales que pueden manifestar los individuos (Herrans, 1985) y para evaluar dimensiones de la personalidad desde el punto de vista clínico (Anastasi, 1978; Graham, 1987; Butcher, 1872 y Graham, 1990).

Para utilizar este instrumento se debe contar con las normas de calificación adecuadas para la población que se va a evaluar, buscando con ello asegurar la validez de los resultados y su confiabilidad; investigaciones realizadas con este fin se citan a continuación:

La fundación Mayo, de Minnesota (1983), (citado en Colligan; Osborne; Swanson y Offord, 1984) realizó un estudio para establecer normas contemporáneas, el estudio fue realizado por Colligan, Osborne, Swenson, y Offord, (1984) con una muestra de 1408 personas; eligieron una población similar a la muestra original del MMPI en cuanto al área de residencia y estado de salud; el análisis de los perfiles se realizó con base en puntuaciones T normalizadas a diferencia de las T lineales; los puntajes medios encontrados eran superiores a los obtenidos con la muestra de normalización original.

Las diferencias eran más notorias para los hombres que para las mujeres. También observaron diferencias por edad para ambos sexos en las escalas L, 1, 2, 4, 5 y 9. Estos cambios, a decir de los investigadores se deben probablemente a factores sociales, por lo que la interpretación de un perfil puede ser enriquecido si se usan estas normas. En su trabajo recomiendan que cada grupo social cuente con normas propias, para considerar sus antecedentes socioculturales, raciales. Concluyeron era recomendable usar dos tipos de normas en tanto no desarrollaran más investigaciones sobre este aspecto; las normas contemporáneas reflejan los patrones de respuesta de los adultos por su sexo; pero deben ser usadas junto con las normas establecidas anteriormente.

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

Colligan, Osborne, Swenson y Offord (1984) desarrollaron nuevas normas para el MMPI en población que vivía en la misma zona que la muestra original (1408 sujetos). Posteriormente se compararon las frecuencias por escala en cuatro muestras clínicas, de pacientes psiquiátricos dependientes del alcohol y las drogas,

y de pacientes de otras enfermedades. Se obtuvo que con las normas originales las escalas más elevadas eran la 0, 6 y 4 para las mujeres. Con las nuevas normas las escalas más altas fueron la 5, 0, y 9. Para los hombres fueron las escalas 5, 9, 2 y 9, 0 y 5, respectivamente.

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

Evans (1984) realizó un estudio normativo de dos conjuntos de reactivos críticos desarrollados a través de selección empírica por Koss y Butcher en 1973 y por Lachar y Wrobel en 1979. Los puntajes fueron obtenidos usando una Forma R del MMPI en una muestra de 123 sujetos normales, 383 pacientes alcohólicos y 567 pacientes psiquiátricos. Las medias del grupo patológico y del grupo normal fueron similares, por lo que Evans sugirió usar con precaución los reactivos críticos del MMPI.

Archer (1984) realizaron una comparación del éxito y la precisión clínica en los enfoques interpretativos para adolescentes con el MMPI. Se utilizaron tres estrategias interpretativas en 26 varones y 34 mujeres pacientes psiquiátricos. Los tres protocolos interpretativos generados fueron: normas adultas usando indicadores adultos, normas adolescentes con indicadores adolescentes, y normas adolescentes con indicadores adultos. La interpretación con enfoque adolescente fue menos precisa que aquellas con aproximaciones adultas o mixtas. Sin embargo, las tres estrategias fueron juzgadas como poseedoras de precisión clínica limitada.

Strassberg (1991) también investigó acerca de las puntuaciones T lineales, analizó 17 perfiles y concluyó que usando puntajes T normalizados se producen perfiles más bajos del MMPI, y que puede cambiar el tipo de código del perfil en su forma cualitativa o cuantitativa, generando el primero más dificultad para la interpretación.

Munley y Zarantonello (1989) realizaron un estudio con una muestra de más de dos mil MMPI, aplicados a hombres y mujeres. Pretendían utilizar las normas contemporáneas (Colligan et al., 1984) en perfiles con tipo de código de dos y tres picos. Para los perfiles con código de dos picos encontraron que el rango de elevación se mantuvo igual en el 63.7% de los perfiles y el tipo de código permaneció idéntico en el 48.4%, en el 15.1% hubo cambios en el orden, y en el 36.4% el tipo de código era diferente ya que una o más escalas entraban a formar

parte de él. Concluyen que aunque se encontró cierta estabilidad, los cambios en los resultados son suficientes para mostrar que no existe una correlación uno a uno entre las normas originales y las normas contemporáneas, y recomienda que se utilicen ambas normas, mientras no se aclaren las diferencias encontradas.

Hsu y Betman (1986), realizaron un estudio para elaborar tablas de conversión, de perfiles con puntajes T Lineales originales desarrollados por Hathaway y Briggs en 1957, a puntajes T normalizados basados en normas contemporáneas propuestas por Colligan, et al., en 1984. Los perfiles de 1983 difieren en la elevación y configuración de los perfiles sumergidos de 1957. Observaron diferencias que implicaban que los perfiles en T normalizada de 1983 producían menos resultados falsos-positivos, pero más falsos-negativos que lo que producían los perfiles con la T original, con ello advierten que los puntajes T normalizados no pueden ser interpretados de la misma manera que los puntajes T Lineal.

Colligan y Offord, (1987), realizaron un trabajo de normalización para las subescalas aumentadas de Purdue (APS), con una submuestra de 640 sujetos hombres y mujeres en edades de 18 a 99 años, tomados al azar de la muestra para obtener las normas contemporáneas. Como el número de reactivos de algunas escalas era insuficiente para aplicar los parámetros de T, decidieron obtener los datos normativos a través de rangos y percentiles acumulativos. La presentación de rangos y percentiles permitió mayor comprensión de las elevaciones encontradas.

Munley y Zarantonello (1989) realizaron un estudio de comparación de perfiles del MMPI a través de las normas originales de Hathaway y McKinley y las normas contemporáneas de Colligan op cit., (1984). Utilizaron 34 perfiles, (19 eran de Gilbertadt y Duker, 1965; y 15 de Marks Seeman y Haller, 1974) sus datos fueron transformados de puntuación T lineal a T normalizada. Observaron una disminución de la elevación media y en la dispersión.

Los perfiles con ambos tipos de normas correlacionaron altamente entre si y mostraron un patrón similar de correlación con los tipos de perfiles trimodales que propusieron Skinner y Jackson en 1978. Las diferencias fueron encontradas en los tipos de código 4-6-2 y 4-8-2 y 6-7-2 y 8-4-7 respectivamente. Munley y Zarantonello recomiendan también el uso de las normas originales y las contemporáneas, juntas, hasta que se aclaren las diferencias en los perfiles y tipos de código cuando se transformas los datos a la norma contemporánea.

Pancoast y Archer (1989) realizaron una revisión sobre los trabajos de investigación que usaban normas originales de adultos con el MMPI. Concluyeron que hay suficientes razones para aceptar que las normas originales tienen errores

desde su publicación y por eso sugieren usar las normas originales junto con las normas contemporáneas.

Risetti, Himmel, Maltez, González y otros (1989) realizaron una estandarización del MMPI en Chile. Emplearon dos grupos, uno de 284 sujetos: hombres y mujeres, de 25 a 65 años de edad que eran pacientes psiquiátricos, y el otro grupo de 608 sujetos de 25 a 65 años de edad, mentalmente sanos, con las aplicaciones obtuvieron normas de calificación aplicables a ese país.

El MMPI desde su versión original ha servido para estudiar a población universitaria. Bier, 1948; Brown, 1948, reportaron estudios con poblaciones universitarias encontrando que los perfiles han sido generalmente similares, en términos de configuración y del nivel de elevación de las escalas; con puntajes alrededor de 55 a 65 T y con elevaciones pico en las escalas de Ma, Hy o Pd (Butcher, Ball y Ray, 1964; Drasgow y McKenzie, 1958; Goodstein, 1954; Loper, Robertson y Swanson, 1968; Norman y Redlo, 1952; Rosen, 1961; Spiaggia, 1950) (citados por Butcher et al., 1989).

Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman (1990), expresa que los estudios reportados por Dobson y Stone, (1951); Goodstein, (1954) argumentan diferencias en los perfiles de universitarios de una región a otra, al igual manera Butcher y Pancheri (1976) reportan que las diferencias se dieron entre diferentes grupos étnicos y que también se observa diferencia entre las diversas clases sociales; agregan que Loper et al. (1968); Schubert y Wagner, (1975); Weiss, Segal, y Sokol, (1965); atribuyen la diferencia de puntuaciones por los cambios culturales de los grupos; también hay estudios que reportan diferencias debido a efectos transculturales como los elaborados por Butcher y Pancheri, (1976); Roseen y Rizzo, (1961); (citados por Butcher et al. 1990a).

Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman (1990), refieren que el MMPI desde su desarrollo a principios de los años 40 ha sido usado en ambientes universitarios para estudios de evaluación clínica o para orientación vocacional. Con el MMPI se encontró que los perfiles de estudiantes universitarios caen en el rango 1 a 1.5 de desviación estándar dentro de una muestra normativa, Butcher y otros lo atribuyen a que la muestra original con la que se desarrollo el MMPI era diferente, pensaban diferente, pues la época fue otra, además antes no se invitaba al sujeto a responder el 100% de los reactivos, lo que hoy en día si se toma en cuenta, y finalmente cuando se aplica el MMPI a población no psiquiátrica o de rango normal como el grupo de militares estudiados por Fishburne y Parkinson, (1984); Perkinson y Fishburne, (1984), la diferencia entre perfiles es notoria.

Para usar este instrumento con población de habla hispana, fue necesario primero hacer la traducción. Hathaway, (citado por Nuñez, 1979) señala que el MMPI fue

traducido a numerosos idiomas, pero la validez o la normalización de tales traducciones no se realizó. Lo atribuye a la carencia de información transcultural sobre la confiabilidad y la validez de las escalas originales; en estudios sobre estos aspectos se argumenta que si posee validez transcultural puesto que reporta utilidad en los diagnósticos clínicos.

La traducción del MMPI al español se ha realizado en Latinoamérica, en algunos países como: Cuba, México, Argentina, Perú y Puerto Rico. Específicamente en la Universidad de Puerto Rico, invitó al Dr Hathaway a realizar una revisión de la traducción del MMPI que habían realizado en su Centro de Orientación. La revisión dió lugar a integrar el MMPI con 566 frases. Posteriormente esta traducción fue revisada y adaptada para América Latina por el Dr. Rafael Nuñez y se publicó en 1967 por editorial Manual Moderno en México (Nuñez, 1979).

Más recientemente Butcher (1995) elabora estudios transculturales con el MMPI y señala que esto tiene trascendencia porque proporciona técnicas de evaluación clínica para más de una cultura, es decir, determinar que postulados de personalidad de una cultura son comunes a otra; o si pueden tener una aplicación universal a todo ser humano.

Con las Escalas de Contenido de Wiggins (WCS), Colligan y Offord (1988), estudiaron los cambios de patrones de respuesta. La muestra fue la misma utilizada en las normas contemporáneas. Sus resultados reportan cambios estadísticamente significativos para las mujeres, en 9 de las 13 Escalas de Wiggins, 7 presentaban puntajes más bajos y dos más elevados. Los elevados fueron en las escalas fobia y fundamentalismo religioso. Para los hombres los cambios significativos se presentaron en 5 de las 13 escalas, puntajes bajos en las escalas Depresión y Pobreza moral; elevación significativa en las escalas Fobia, Hipomanía e Inadaptación social.

2.3 ESTUDIOS SOBRE NORMALIZACIÓN DEL MMPI EN MÉXICO.

En México ha sido muy usado este instrumento, ya desde 1968 se han realizado investigaciones con población mexicana, algunos estudios sólo reportan hallazgos, otros, aproximaciones a su estandarización. Tal es el caso de la investigación realizada por Izaguirre, Sánchez y Avila (1970), quienes se propusieron comparar las normas del MMPI en adolescentes mexicanos con las normas originales de la población de Estados Unidos, para ello emplearon el MMPI y un cuestionario socioeconómico, seleccionando una muestra al azar de 1531 estudiante de la Escuela Nacional Preparatoria, concluyeron que existen diferencias entre los grupos de México y Estados Unidos, esta diferencia la atribuyen a factores de tipo cultural y étnico, como las costumbres, creencias y tradiciones.

Otra investigación fue la reportada por Rivera (1987) quien realizó un estudio con los datos normativos de dos poblaciones de estudiantes de medicina, comparándolos con datos de una población similar en Estados Unidos, encontrando diferencias significativas $p = 0.05$ en las escalas Depresión, Hipocondría, Desviación Psicopática, Masculinidad-Femineidad, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversión-Extroversión. La muestra fue de 6980 entre hombres y mujeres.

Navarro (1971) elaboró normas para el MMPI que demostraron que el uso de normas extranjeras aplicadas a poblaciones mexicanas puede conducir a exageraciones en el diagnóstico psicopatológico. Esta situación la atribuye a que los rasgos de personalidad de los sujetos estudiados (288), es diferente en cuanto a la cultura y ambiente social, en relación a la de los miembros de la población para la que se construyó originalmente el MMPI.

Somarriva (1978) reportó un estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes alcohólicos mexicanos. Concluyó que el instrumento permite conocer algunos rasgos de la personalidad, útiles en la elaboración del tratamiento psicológico.

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

En pacientes mexicanos con hipertensión arterial, Osorio y Ríos (1986) compararon los perfiles de estos pacientes con personas normo-tensas. Los hipertensos mostraron elevaciones en F y puntajes bajos en K. Las hipertensas mostraron elevaciones en 1 (Hipocondriasis), 2 (Depresión) y 7 (Psicastenia), y los hipertensos en las escalas 1, 2 y 8 (Hipocondriasis, Depresión y Esquizofrenia).

Kurian (1984), realizó un estudio transcultural para establecer normas de calificación para adolescentes mexicanos, chilenos y norteamericanos. La muestra fue de 500 adolescentes hombre y mujeres mexicanos, de clase media, con estudios de preparatoria, cuyas edades fluctuaban entre 14 y 17 años. En los resultados reportó diferencias estadísticamente significativas para el grupo de mujeres en relación a las norteamericanas y chilenas; la diferencia la atribuye a factores culturales y a la complejidad del desarrollo psicosocial, en el proceso de la búsqueda de la identidad.

Ampudia, Stilman y Villanueva (1977), realizaron una investigación para probar que la elección de carrera está estrechamente relacionada con el estilo de personalidad de cada sujeto, esto permite inferir que tipo de personas requieren de ciertos

apoyos psicológicos para predecir una elección más acertada y desde esta medida suponer que no desertará antes de concluirla.

Estos estudios han provisto a los psicólogos clínicos de información sobre el uso más conveniente de este instrumento, con ciertas reservas sugeridas por los antecedentes del riesgo que se corre al atribuir un diagnóstico equivocado. Por ello, la investigación para la normalización y estandarización de los instrumentos psicológicos aún continúa. En particular los avances de la reestandarización del MMPI, el uso clínico de este inventario se verá favorecido (Butcher et al. 1989).

CAPITULO 3

3.1 ANTECEDENTES Y COMPOSICIÓN DEL MMPI-2

Por cuestiones técnicas y de contemporaneidad, se requiere de una constante revisión tanto cuantitativa como cualitativa de los componentes de cualquier instrumento de medición psicológica.

Por ello después de una década del uso clínico y estudios adicionales acerca de la validez del MMPI, se hizo evidente que no era un instrumento totalmente exitoso de acuerdo con el propósito con el que fue diseñado. Se observó que pacientes de cualquier sintomatología clínica (por ejemplo depresión), parecían obtener altos puntajes en la escala clínica correspondiente, pero también obtenían altos puntajes en otras escalas clínicas. Además muchos sujetos normales obtenían altos puntajes en una o varias escalas clínicas.

Graham, (1987) en estudios con el MMPI reportó que las escalas clínicas no son medidas puras de los síntomas de los síndromes sugeridos por los nombres de las escalas. Recientemente se ha demostrado que muchas escalas clínicas están altamente correlacionadas, por lo que es muy difícil y poco probable que un individuo obtenga elevación en una sola escala, esto es debido entre otras causas a que hay reactivos comunes entre escalas.

Estos indicadores fueron algunos de los que sugirió la revisión detallada del MMPI, por lo que la Universidad de Minnesota integró la comisión con, James N. Butcher, Grant Dahlstrom y Auke Tellegen, para revisar el MMPI y establecer nuevas normas, representativas para esa nación, para modificar el banco de reactivos, agregar nuevos reactivos y recoger nuevos datos normativos del instrumento.

La revisión de este instrumento se llevo a cabo en varias etapas (Lucio, 1994). Inicialmente hubo que volver a redactar los reactivos que a su juicio eran ya obsoletos o demasiado problemáticos; se eliminaron los repetidos y se incrementaron algunos más que conformaron áreas de contenido adicional. Una vez terminada la revisión del banco de reactivos del MMPI (se reelaboraron 82 de los reactivos y se incluyeron 154 reactivos adicionales para medir dimensiones o problemas de la personalidad), se elaboró una forma MMPI experimental que llamaron forma Ax, con 704 reactivos.

La versión final del MMPI revisado (MMPI-2) quedó constituida por 567 reactivos, que incluían a la mayoría de los originales de las escalas de validez y clínicas, hubo cambios de redacción; Butcher et al. 1989; Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1990), indicaron que no se ha alterado sus propiedades psicométricas.

Otro objetivo de la revisión de este instrumento fue reunir una muestra normativa representativa de la población general contemporánea, similar a la muestra original. El resultado de la reestandarización se publicó hasta 1989 con el nombre de MMPI-2.

Butcher et al., (1990) mencionan que la estabilidad o confiabilidad de las escalas del MMPI-2 fue evaluada calculando los coeficientes de correlación de Pearson del test-retest, obteniéndose valores de .67 a .92 para los hombres y de .58 a .91 para las mujeres.

A pesar de la similitud entre el MMPI y el MMPI-2 por las escalas nuevas que lo integran y los ajustes que realizaron para establecer las nuevas T Uniformes, no todas las escalas suplementarias del MMPI original, pueden ser interpretadas con el MMPI-2.

La nueva versión constituye un instrumento más eficaz actualizado y mejorado, reestandarizado con una muestra más contemporánea y representativa, los reactivos están mejorados y puestos al día, se eliminaron los reactivos objetables, ambiguos, sexistas y de contenido obsoleto y cuenta con nuevas escalas (Graham, 1990), como las Escalas de Contenido que constituyen un aporte significativo en la ampliación de la capacidad evaluativa de la prueba.

El MMPI-2 conserva las escalas de validez L (Mentira, con 15 reactivos); F (Poca frecuencia) y K (Corrección), además se desarrollaron otras escalas de validez, que se describen a continuación (Lucio, 1994):

La escala Fp o F posterior.

Los procedimientos usados fueron similares a los empleados para construir la escala F (Poca frecuencia). La versión del Fp (F Posterior) incluye 40 de los reactivos originales. En un protocolo para el cual la escala F es indicador de validez, la elevación en Fp indica si el paciente dejó de prestar atención a los reactivos que se presentan en la parte final del folleto, sugiriendo que siguió esencialmente respondiéndolo al azar. En este caso, Butcher et al., (1989) señalan que se podrían interpretar las escalas básicas que se basan en los reactivos colocados al principio, es decir los primeros 370.

En el manual de aplicación su estipula en esa circunstancia no pueden ser interpretadas las escalas suplementarias y de contenido, por que ambas tienen reactivos ubicados en la segunda parte de la prueba. De modo que en la versión MMPI-2, antes de interpretar las Escalas de Contenido hay que verificar la puntuación de Fp.

Escalas de consistencia: INVER y INVAR

Estas dos nuevas escalas han sido introducidas en el MMPI-2 para ayudar al clínico en la evaluación de la validez del perfil, complementando los indicadores tradicionales. Estas nuevas escalas de validez se basaron en el carácter consistente, inconsistente o contradictorio encontrado en el análisis de las respuestas individuales.

Escala INVER (inconsistencia en las respuestas verdaderas)

La escala INVER (inconsistencia en las respuestas verdaderas), se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los cuales la combinación de dos Verdaderos o Falsos es semánticamente inconsistente. Así, "Casi siempre estoy feliz" y "La mayor parte del tiempo me siento triste" no pueden ser contestadas ambas como Verdadero o Falso si el sujeto está contestando en forma consistente.

Esta escala fue desarrollada en el MMPI-2 para identificar sujetos que responden inconsistentemente, dando respuestas de verdadero o falso en forma indiscriminada. Los INVER altos (más de 13), indican la tendencia a dar respuestas de Verdadero indiscriminadamente, y los INVER bajos (menos de 5) la tendencia a dar respuestas de Falso en la misma forma. De ahí que el INVER alto o bajo invalida el perfil.

Escala INVAR (inconsistencia de las respuestas variables)

Esta escala, fue desarrollada como un indicador adicional de validez, mostrando las tendencias a responder inconsistentemente. Se compone de 49 pares de respuesta (Verdadero-Falso, Falso-verdadero, Verdadero-Verdadero y Falso-Falso), por ejemplo, responder como Falso a "Olvido donde dejo las cosas" y Verdadero a "me molesta que se me olvide donde pongo las cosas" es inconsistente; esta escala se puntúa sumando la cantidad de respuestas inconsistentes (Lucio, 1994). Se considera válidos cuando el puntaje natural es de 13, más puntuación, es indicador de invalidez de las respuestas.

La escala INVAR puede ser usada para ayudar a interpretar un puntaje alto en F (Butcher y Graham, 1992). Una F alta y un INVAR alto apoyan la idea de las respuestas dadas al azar. Sin embargo, una F alta y un INVAR bajo o moderado podrían sugerir un protocolo respondido por una persona perturbada mentalmente, que responde válidamente la prueba, o de una persona que responde con la intención de aparecer más perturbada de lo que realmente está (Graham, 1990).

Butcher et al., (1989) en el manual para la administración señalan que el uso de las escalas INVAR y INVER aún es a nivel experimental, y por ello sugieren, se debe emplear con reservas, hasta que haya más investigaciones sobre ellas. Mientras tanto, los puntajes crudos de INVER y INVAR representan valores extremos de la muestra normativa y pueden ser usados como guías imprecisas para identificar perfiles que se caractericen por inconsistencia significativa. En el manual se establece que perfiles con puntajes crudos de 13 o más en INVAR y para INVER los puntajes que fluctúan entre 5 o menos y más de 13 puntos son perfiles inconsistentes significativamente.

Según Graham (1990) y Butcher et al.,(1989a) las escalas de validez (L,F y K) y Clínicas continúan siendo las mismas, las variaciones en las escalas Clínicas fue mínima tanto en su composición como en los criterios para su interpretación, estas se explican en seguida:

Escala 1 (Hipocondriasis, Hs)

La constituyen 32 de los reactivos originales, durante la revisión se eliminó un reactivo debido a lo objetable de su contenido. Un puntaje muy alto muestra preocupaciones profundas o exageradas por la salud. Los puntajes moderadamente altos tienden a estar asociados con diagnósticos tales como desórdenes somatoformes, desórdenes de dolor somatoformes, desórdenes de ansiedad, y desórdenes depresivos. El "acting-out" psicopático es raro en los que puntúan alto.

Escala 2 (Depresión, D)

Para la escala, tres reactivos resultaron objetables por lo que se eliminaron, quedando la escala integrada por 57 reactivos de los 60 originales. Los puntajes altos frecuentemente muestran síntomas depresivos, tristeza, infelicidad o disforia. Hay la tendencia a ser bastante pesimista acerca del futuro en general, y específicamente acerca de la posibilidad de vencer los problemas y tener un mejor ajuste.

Son comunes los sentimientos de minusvalía y culpa. Las manifestaciones conductuales pueden incluir falta de energía, negativa a hablar, llanto, y retardo psicomotor. Otros síntomas encontrados incluyen quejas físicas, sentimientos de inutilidad, pesadillas, debilidad, fatiga o falta de energía, agitación y tensión. Los puntajes altos también se describen con personas irritables, propensos a preocuparse demasiado.

Pueden presentarse como presumidos, exhibicionistas, en sus relaciones sociales con frecuencia provocan hostilidad y resentimiento en los demás. Además fácilmente entran en conflicto con la autoridad.

Escala 3 (Histeria de Conversión, Hi)

La escala original contiene 60 reactivos, ya que la totalidad de los reactivos originales de los cuales todos fueron incluidos en el MMPI-2. Al igual que en el MMPI la elevación de esta escala en el perfil pueden sugerir que la persona que reaccionan al estrés, evitando responsabilidades y desarrollando síntomas físicos, los síntomas pueden estar ausentes la mayor parte del tiempo, apareciendo súbitamente bajo tensión, tendiendo a desaparecer también súbitamente cuando el estrés disminuye.

En la versión del MMPI-2 el síndrome histérico se caracteriza por pérdida psicogénica involuntaria o trastornos de la función. Las elevaciones en el perfil pueden sugerir personas que reaccionan al estrés con ansiedad y evitan responsabilidades desarrollando síntomas físicos. Sin embargo, los síntomas pueden estar ausentes la mayor parte del tiempo, apareciendo súbitamente bajo tensión, tendiendo a desaparecer también súbitamente cuando el estrés disminuye.

Esta sintomatología es más frecuente en pacientes con diagnóstico de neurosis histérica. Se caracterizan por una notable falta de insight sobre las posibles causas de sus afecciones, sus motivaciones y sus sentimientos.

Puntuaciones bajas (menor de 50) son pacientes más bien convencionales y conformistas, en sus relaciones sociales son fríos, reservados, testarudos y difíciles de conocer, tienen dificultades para confiar en otras personas.

Escala 4 (Desviación Psicopática, Dp)

La escala 4 conserva los 50 reactivos originales con algunas correcciones. Los puntajes muy altos en esta escala están asociados con dificultades para incorporar los valores y normas sociales. Estas conductas incluyen mentiras, engaños, robo, actividades sexuales, y uso excesivo de alcohol y/u otras drogas.

Los puntajes muy altos están asociados con dificultades para incorporar los valores y normas sociales. Pueden aparecer como mentirosos, engañadores, se les reporta por robo, actividades sexuales promiscuas, y uso excesivo de alcohol y/u otras drogas, pueden mostrar un juicio inadecuado y una considerable afición por el riesgo. Las puntuaciones bajas son frecuentes en personas convencionales,

conformistas, pasivas, sumisas y tímidas; llegan a mostrarse como moralistas y rígidos. En psicoterapia pueden iniciar un buen tratamiento, pero se vuelven muy dependientes y a menudo temen aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

Escala 5 (Masculinidad-Femenidad)

La escala Mf se mantiene en la versión del MMPI-2, con 56 reactivos. De la versión original se eliminaron cuatro reactivos por que su contenido fue considerado como objetable (por ejemplo aquellos con temas religiosos) o de contenido irrelevante (como el reactivo acerca de "hacer caer el pañuelo").

Los reactivos de esta escala son sustancialmente los mismos del MMPI, por que se propusieron no alterar la semejanza entre las escalas básicas del MMPI y el MMPI-2.

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

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

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

Escala 6 (Paranoia, Pa)

Para ella, el número y contenido de los reactivos no cambió en el MMPI-2 y por lo tanto tampoco cambió lo que esta escala mide, son 40 reactivos. Los aspectos que evalúa son: las características conductuales de susceptibilidad, desconfianza, creencias delirantes, excesiva sensibilidad interpersonal, pensamiento rígido, la

externalización de culpa, todos ellos fundados en la presencia de desórdenes paranoides.

La elevación en T está por encima de 65, se interpreta el perfil como indicador de sospecha, desconfianza, y una posible ideación paranoide; la ausencia de elevación no indica lo opuesto, especialmente en ambientes clínicos, donde puntajes bajos en Pa pueden ser encontrados en sujetos con desórdenes paranoides.

La elevación extrema, y en especial cuando la 6 es la escala más alta en el perfil, los sujetos pueden exhibir franca conducta psicótica. Su pensamiento puede estar perturbado, pudiendo haber delirios de persecución o grandeza. Las ideas de referencia también pueden ser comunes. Pueden sentirse maltratados, estar enojados, resentidos y abrigar resentimientos.

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

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

Escala 7 Psicastenia, Pt)

La composición esta escala continua siendo la misma para el MMPI y para el MMPI-2, con 48 reactivos en total. Las puntuaciones muy altas están relacionadas con mayor alteración. Puede mostrar ansiedad, tensión y agitación. Los sujetos con puntajes altos en esta escala, manifiestan mucha preocupación, por problemas pequeños, y tienden a ser miedosos y aprensivos.

Esta escala evalúa un desorden psicológico, que puede ser descrito como un desorden de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos. La escala Pt es un indicador de insatisfacción y problemas psicológicos. Puede haber mucha ansiedad,

tensión y agitación. Los sujetos se muestran con mucha preocupación, hasta por problemas pequeños, son miedosos y aprensivos. Son asustadizos, reportan problemas de concentración y frecuentemente reciben diagnósticos de desórdenes de ansiedad. Puede estar presente el pensamiento obsesivo, la conducta ritualista y compulsiva y las cavilaciones, frecuentemente centradas en sentimientos de inseguridad y de inferioridad.

Los 48 reactivos cubren síntomas referentes al pensamiento obsesivo o incontrolable, sentimientos de temor y/o ansiedad. Las puntuaciones altas se presentan en personas que a menudo se sienten ansiosas, tensas, agitadas, asustados y que informan dificultad para concentrarse, son más bien rígidos y moralistas.

Las puntuaciones bajas son frecuentes en pacientes que muestran ser capaces y bien adaptados, están libres de temores y ansiedades, muestran seguridad en sí mismos. El éxito, la posición y el reconocimiento social son importantes para ellos.

Escala 8 (Esquizofrenia, Es)

Contiene los 78 reactivos de la versión original. Con esta escala se detectan los mismos síntomas delirantes, alucinaciones y/o juicio extremadamente pobre o bien los estilos de vida esquizoide.

Los puntajes T entre 75 y 90 en esta escala, sugieren la posibilidad de un desorden psicótico. Pueden estar presentes la confusión, desorganización y desorientación. Pueden ser evidentes pensamientos y actitudes inusuales, incluso delirantes, alucinaciones y juicio extremadamente pobre. Los puntajes altos sugieren un estilo de vida esquizoide. Hay la tendencia a sentirse solos, alienados, incomprendidos y rechazados. Son sujetos retraídos e inaccesibles, y pueden evitar el contacto con la gente y con situaciones nuevas. Se muestran tímidos, aislados y poco comprometidos.

Estas personas pueden experimentar marcada aprensión y ansiedad generalizada. Pueden sentirse muy resentidos, hostiles y agresivos, pero no son capaces de expresar tales sentimientos. El retraimiento en los sueños y fantasías, es una reacción típica al estrés y algunos pacientes pueden tener dificultad al separar la realidad de la fantasía.

Los puntajes extremos, en los 78 reactivos, generalmente no se producen por sujetos psicóticos, tienden más bien a indicar que está en una alteración psicológica aguda, o que dio respuestas desviadas, como un pedido de ayuda. Sin

embargo, algunos pacientes psiquiátricos recién hospitalizados, frecuentemente obtienen puntajes altos en la escala, como reflejo de su psicopatología severa.

Escala 9 (Hipomanía, Ma)

Los 46 reactivos originales de la escala Hipomanía, fueron conservados en el MMPI-2. Esta continúa detectando episodios maníacos a través de los síntomas como la falta de organización de la energía que dispersa en una gran cantidad de actividades, pero con pocos triunfos en la realidad. Puede establecer relaciones interpersonales bien integradas, pero superficiales, por lo que casi no establece compromisos afectivos profundos.

Pueden tener alucinaciones y/o ilusiones de grandeza; son muy lábiles emocionalmente. Puede haber alguna confusión, y no es rara la fuga de ideas. Los sujetos con elevaciones más moderadas no tienden a exhibir síntomas francamente psicóticos, pero hay una tendencia definida hacia la hiperactividad y a una auto-valoración poco realista.

La hipomanía se caracteriza por un humor elevado, habla y actividad motora aceleradas, irritabilidad, descarga de ideas y períodos de depresión leves. Parecen ser letárgicos, indiferente, apático, flemáticos y difíciles de motivar; puede estar presente la depresión acompañada de tensión y ansiedad.

Esacala 0 (Introversión Social, Is)

La escala Introversión Social queda constituida por un total de 69 reactivos, uno fue eliminado en la reestandarización debido a su contenido objetable, quedando 69. La escala continúa explorando la tendencia de las personas para identificarse con características de introversión-extroversión.

Para la interpretación de los perfiles del MMPI original, es necesario tomar en cuenta la combinación de las escalas dominantes o altas o bajas. La interpretación clínica es compleja, dada la diversidad de aspectos que se exploran y la multitud de escalas y subescalas que se han desarrollado con el MMPI original por lo que debe ser realizada por personal psicólogos con una preparación previa sobre ello.

Tabla 1

Cambios efectuados en los reactivos para el MMPI-2, tanto clínicos como de validez. (Lucio, 1994)

ESCALAS	ELIMINADOS	MANTENIDOS	CAMBIADOS
L	0	15	2
F	4	60	12
K	0	30	1
Hs	1	32	5
Dd	3	57	2
Hi	0	60	9
Dp	0	50	4
Mf	4	56	6
Pa	0	40	2
Pt	0	48	2
Es	0	78	13
Ma	0	46	7
Is	1	69	6

La interpretación del MMPI-2 continua haciéndose a partir de las puntuaciones de cada escala, considerando las escalas de validez y las clínicas. Además se toma en cuenta las escalas suplementarias y de contenido, pues con ellas se obtiene más información sobre cada paciente y se amplía la panorámica para determinar un diagnóstico y su tratamiento.

La reestandarización del MMPI trajo consigo indirectamente incentivos para la investigación y por ello hay un mayor número de psicólogos, de diferentes países, interesados en estudiar el funcionamiento de la prueba en su cultura o país. De esta forma, la investigación está tomando en cuenta variables culturales que ya habían

sido señaladas en los estudios con el MMPI original, pero que no habían sido realizadas en forma sistemática.

Ben-Porath y Butcher (1989), realizaron un estudio comparativo entre las escalas y perfiles del MMPI y el MMPI-2, emplearon una muestra de 189 estudiantes de secundaria, que respondieron a la forma original y la forma revisada. Los resultados indicaron la existencia de correlación significativa entre la estabilidad de los puntajes de obtenidos por los dos grupos.

Butcher y et al., (1990) realizaron una comparación de los puntuaciones de estudiantes universitarios, con puntuaciones de la muestra normativa del MMPI-2, para ello seleccionaron una muestra de 515 hombres y 797 mujeres de cuatro universidades. Reportaron que la comparación de la media de los puntajes brutos y la media de los perfiles en puntajes T con la corrección de K para hombres y mujeres, muestra que los perfiles de los sujetos de la muestra de reestandarización del MMPI-2 de estudiantes universitarios en términos de la elevación de las escalas clínicas y de validez, se sitúan cercanos a la media de los sujetos de la muestra de reestandarización del MMPI-2.

Las mayores diferencias de elevación estadísticamente significativas entre los mayores universitarios y la muestra normativa ocurre en las escalas Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. Situación que Williams (1992) y Butcher, Jeffrey, Clayton, Colligan, DeVore, y Minnegawa (en prensa) explican como el reflejo de las edades de los sujetos. Agregan que las elevaciones son comunes entre jóvenes y usualmente disminuye con el aumento de la edad. Por lo anterior, concluyen que las diferencias no son significativas clínicamente.

Encontraron que tanto la confiabilidad que obtuvieron a través de coeficientes de correlación test-retest, cuyos valores fueron de .62 a .87 para los hombres y de .73 a .79 para las mujeres; como la forma en que respondieron, eran similares a lo encontrado en la muestra normativa del MMPI-2, sugirieron que las normas de las escalas clínicas del MMPI-2 por el momento pueden ser usadas en poblaciones de universitarios, mientras se desarrollen las propias para ese grupo.

Levitt (1990) realizó un análisis estructural del impacto del MMPI-2 sobre el MMPI original y encontró que el MMPI original, aun se usa y que el MMPI-2, puede ser también se emplea, pues en este último permanecen intactas las escalas clínicas y de validez, así como la mayoría de las escalas especiales.

Otra medida estadística desarrollada para el MMPI-2 fue la T Uniforme y sobre ella Munley (1991) realizó una comparación de puntajes T Lineal del MMPI con los nuevos puntajes T Lineal y uniforme del MMPI-2, para grupos de hombres y mujeres, con Escalas Clínicas y de validez. La comparación indicó que hay mayores

cambios normativos para ciertas escalas en los hombres en comparación con las mujeres. Además concluyó que existe una relación compleja entre los puntajes T de ambos instrumentos.

Taboada, (1993) realizó un estudio de normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua, la muestra de 926 estudiantes nicaraguenses y 1920 mexicanos. Encontró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de Escalas Clínicas, al igual que con respecto a la muestra norteamericana. Las diferencias las considera atribuibles a factores culturales de educación, hábitos familiares, costumbres y tradiciones de ese país.

Deinard, Butcher, Thao, Mona Vang y Hang, (1994) aplicaron esta prueba a 38 sujetos bilingües residentes de la Ciudad de Hong Kong, buscando determinar la relación existente entre los resultados obtenidos por estos sujetos al contestar versiones de la prueba en inglés y en Hmong; los resultados referidos señalan diferencias del 25% en las respuestas obtenidas, concluyendo que ambas versiones son lingüísticamente similares.

Gómez (1994) en una investigación desarrollada en la Ciudad de La Plata, Argentina, obtuvo el perfil clínico de la población general residente de esa Ciudad; la muestra estaba integrada por 250 personas entre las que se incluían sujetos de ambos sexos, con ocupaciones diversas y niveles educativos profesionales y no profesionales, su administración fue individualizada y los datos obtenidos permitieron la elaboración de tablas normativas para la población argentina.

Cabiya (1994); aplicó la traducción al español realizada en Chile con variantes idiomáticas apropiadas a una muestra de 343 estudiantes de primer año de las licenciaturas de Ingeniería y Ciencias de la Universidad de Puerto Rico, con una media aritmética de 18 años de edad, los resultados señalan que la versión con modificaciones idiomáticas permite una mejor comprensión de las preguntas que la versión realizada en Chile.

Concluye lo anterior tomando como antecedente el trabajo desarrollado por Colon, que en 1993, aplicó la versión en español traducida en Chile a una muestra compuesta por 63 pacientes psiquiátricos adultos y 62 estudiantes universitarios de la Ciudad de Puerto Rico, con una media de 30 años de edad, donde se argumenta que la prueba permite diferenciar claramente las características de ambos grupos.

3.2 ESTUDIOS SOBRE NORMALIZACIÓN DEL MMPI-2 EN MÉXICO.

La normalización de una prueba a una cultura diferente en idioma, tradición, estructura familiar y social, así como en métodos educativos, implica un gran número de obstáculos, según Reyes-Lagunes, Ahumada y Díaz (1967) los pasos para adecuar escalas se concentra en a) criterios genéricos y b) pasos específicos.

a) Los criterios genéricos son:

1. Mantener en el lugar en el que se adapta la prueba, y rigurosamente, la misma metodología científica que se utilizó en el país de origen. Esto es continuar desde la misma técnica de aplicación, de calificación, así como los criterios estadísticos utilizados por el autor.
2. Modificar la prueba original cuando hay razones para ello, como el encontrar que hay dificultades serias en los reactivos, por las diferencias socioculturales y diferencias socioeconómicas que originan que la población no de respuesta a todos los reactivos.

b) Los pasos específicos a seguir son:

1. La obtención de una muestra lo suficientemente extensa y representativa de la población en la que se va a estandarizar.
2. Traducir y adaptar los reactivos.
3. Administrar la prueba completa a los sujetos.
4. Determinar el nuevo orden de dificultad de los reactivos que habrán de utilizarse en un medio determinado, cuando se trata de pruebas de inteligencia y habilidades.
5. Esta se refiere a los cambios necesarios en los reactivos o en las escalas, obedeciendo a las necesidades del medio sociocultural y socioeconómico.

Herrans, (1985) coincide, en que, para usar un instrumento de medición psicológica, se debe de contar con las normas de calificación de esa población, con

la finalidad de que se asegure la validez y confiabilidad del instrumento. Para él la normalización debe darse bajo los siguientes pasos:

- a) Seleccionar una muestra representativa al azar, de la población donde se va a aplicar la prueba.
- b) Aplicar la primera basándose en las instrucciones ya establecidas.
- c) Luego se someten a análisis estadísticos los resultados para obtener las medidas de tendencia central, la desviación estándar y las puntuaciones estándares o calificaciones específicas que requiere el instrumento, por ejemplo el inventario 16 PF de Catell requiere de convertir la puntuación bruta en calificación o estenes, estas calificaciones deben ser comparadas con las calificaciones de la muestra original, a través de un análisis estadístico con la prueba t de student, para determinar si hay diferencias estadísticas significativas entre los grupos.

A partir de 1992, en vías de lograr la estandarización, Lucio y Reyes inician, la traducción del MMPI-2, además de una serie de investigaciones con este instrumento, que permitieran determinar con mayor predicción las puntuaciones que la población mexicana obtiene en esta nueva versión del MMPI (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992a).

La nueva versión en español se obtuvo a través de un procedimiento que consistió en una primer traducción realizada en equipo, la cual fue revisada y afinada por los responsables de la investigación y por un traductor experto; esta versión se validó por jueces externos, expertos en el uso del MMPI original. Con sus acuerdos y desacuerdos se formuló la versión final, que para su verificación se tradujo al inglés y se observó entonces una alta correspondencia con la versión MMPI-2 en inglés.

En un estudio realizado con 2145 estudiantes universitarios, Lucio, Reyes-Lagunes y Duran (1993), concluyen que la estructura factorial de las escalas Clínicas del MMPI-2; para los universitarios mexicanos las puntuaciones solo muestra tres factores, a diferencia de la muestra norteamericana que agrupa cuatro factores, concluyeron que si hay diferencias en la personalidad entre ambas poblaciones y las atribuyen a factores culturales.

En algunas escalas clínicas y de validez, tanto en hombres como en mujeres. (Lucio y Reyes-Lagunes (1992c); Lucio., Reyes-Lagunes y Scott (1993); Lucio., Reyes y Ampudia (1993), reportan diferencia estadísticas significativas entre la muestra mexicana y la norteamericana; estas diferencias, se deben a patrones culturales y étnicos y no a factores de conducta psicopatológica; es decir la diferencia no radica

que el MMPI-2 muestre que en los estudiantes mexicanos, hubiese más conductas patológicas. El instrumento discrimina los casos de psicopatología de la normalidad, al igual que lo hace con poblaciones de otros países, Korea (Kyunghee Han, 1993); Chile (Colon, 1993), Puerto Rico (Cabiya, 1994); de ahí que Butcher (1994 en prensa) le atribuye al MMPI-2 un amplio valor transcultural, para el conocimiento de la personalidad.

En México la versión del MMPI-2 en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992a y 1992b) aun esta en prensa, la investigación empleando este instrumento es limitada. En cambio en Estados Unidos y en otros países la nueva versión del MMPI-2 ya empieza a ser empleada para fines de investigación, diagnóstico y tratamiento; por citar algunos, se sabe que con población universitaria, Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman (1990), ya han presentado reportes donde relacionan la personalidad con aspectos como la elección vocacional y el rendimiento académico.

En México, Ampudia (1994), realizó un estudio exploratorio para conocer el comportamiento de las escalas suplementarias, de las escalas básicas y de las de validez del MMPI-2 versión en español, en relación al rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios de las áreas de Ciencias, y de Artes plásticas de la Universidad Nacional Autónoma de México, la muestra la integraron 650 sujetos. Encontró que en las escalas suplementarias, la escala de dominancia tiende a elevarse tanto en hombres como en mujeres de promedio de rendimiento académico medio y alto, en las escalas clínicas las diferencias se observaron en la escala de depresión en los grupos de ambos géneros, con bajo rendimiento académico; las escalas de validez estuvieron dentro de los límites normales, pero sugieren que los estudiantes de nivel académico alto son más manipuladores de sus respuestas.

Un estudio más reportado recientemente en México, es el de Palacios (1994), que utilizó el MMPI-2 para determinar si las escalas básicas diferenciaban a pacientes psiquiátricos de un grupo de estudiantes universitarios. Esta hipótesis fue comprobada con una muestra de 200 pacientes psiquiátricos y de 1920 estudiantes. Aplicó la prueba t para obtener diferencias estadísticas, encontrando que eran significativas ($p = 0.01$) en el grupo de hombres, en las escalas L, F, K, y en siete escalas clínicas (Hi, D, Dp, Pa, Pt, Es, Ma y Is); las mujeres mostraron diferencias en las mismas escalas, a excepción de la escala L.

CAPITULO 4

4.1 ANTECEDENTES DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI

Las Escalas de Contenido tienen su origen en la inquietud de Hathaway y McKinley (citado en Graham 1987) al proponerse agrupar los reactivos del MMPI en categorías y clasificar por su contenido; con ellos lograron agrupar 26 categorías demostrando que estos exploraban una amplia gama de conductas.

Investigadores como Hase y Goldberg, 1967; Jackson, 1971; Koss y Butcher, 1973, sugirieron que el contenido de las respuestas a este MMPI y otras técnicas de evaluación de la personalidad, podrían agregar significación a la comprensión de la personalidad y conducta del examinado.

Graham (1987) cita que a partir de entonces, surgieron intentos por agregar significación a la comprensión de la personalidad y conducta de un examinado a través del contenido de los reactivos del MMPI. Pero fueron Wiggins y cols, quienes lograron realizar una investigación más completa de las dimensiones de contenido, desarrollando las escalas psicométricamente válidas para evaluar las dimensiones de contenido Wiggins, (1966, 1969 citado por Graham, 1987); Wiggins, Goldberg y Applebaum, (1971); Wiggins y Vollmar, (1959).

Wiggins, 1969 refiere como ejemplo el caso de dos examinados con el mismo perfil basado en las 4 escalas de validez y las 10 clínicas estándares, y sin embargo argumenta que pueden tener patrones de puntuaciones muy diferentes en sus Escalas de Contenido. Estas puntuaciones se grafican en el perfil de las Escalas de Contenido de Wiggins, y su interpretación contribuye a la mejor comprensión de la personalidad del examinado, complementando siempre la interpretación de las Escalas de Contenido con las Escalas Clínicas.

Wiggins (1969) partía del supuesto que el paciente que responde al MMPI, probablemente vea esta experiencia, como una oportunidad de comunicar síntomas, sentimientos y actitudes directamente al examinador. Así el sujeto puede escoger apoyar a varios tipos de contenido y puede hacer esto en un patrón característico. Aunque puede haber una tendencia consciente o inconsciente en la comunicación del examinado a través de los reactivos, Wiggins enfatizó que tales mensajes relativamente directos del paciente no podían ser omitidos porque podían proveer información útil para interpretaciones suplementarias hechas con las escalas clínicas básicas.

Con estos puntos de vista en mente, Wiggins comenzó su trabajo considerando las 26 categorías de contenido originales de Hataway y McKinley, empleando los MMPI de 500 universitarios y encontró que la consistencia interna para algunas de las 26 categorías no era satisfactoria, por lo que decidió reordenar los reactivos, con ello eliminó algunas y agregó otras. Las categorías entonces quedaron reducidas a 13 y con ellas realizó aplicaciones a diversas muestras, encontrando que había podido integrar categorías mutuamente excluyentes, internamente consistente, moderadamente independientes y representativas de las principales dimensiones de contenido del MMPI.

La selección final de reactivos de esas 13 escalas estuvo basada en procedimientos estadísticos. Un reactivo era mantenido solamente cuando su correlación punto-biserial con esta categoría excedía .30 y su correlación con esta escala también excedía su correlación con las restantes 12 categorías. Seis de las 13 escalas fueron refinadas adicionalmente por procesos de análisis de reactivos (Wiggins (1966), citado por Graham, 1987).

Otros investigadores como Cohler, Weiss y Grnebaum (1974) (citados en Graham, 1987) demostraron que las Escalas de Contenido pueden calificarse a partir de una versión reducida con los primeros 400 reactivos, misma que resultó con consistencia internamente, además mostró una alta correlación entre las escalas.

Las 13 Escalas de Contenido de Wiggins (1969), no son objeto de este estudio, sin embargo se mencionan por que son el antecedente de las Escalas de Contenido del MMPI-2 reestandarizado por Butcher et al., (1989), que en esta investigación será el eje central.

Cuadro 1

Escalas de Contenido de Wiggins.

1.- Inadaptación social	SOC
2.- Depresión	DEP
3.- Intereses femeninos	FEM
4.- Moral inadecuada	MOR
5.- Fundamentalismo religioso	REL
6.- Conflicto con la autoridad	AUT
7.- Psicoticismo	PSY
8.- Síntomas orgánicos	ORG
9.- Problemas familiares	FAM
10.- Hostilidad manifiesta	HOS
11.- Fobias	PHO
12.- Hipomanía	HYP
13.- Mala salud	HEA

La consistencia interna para estas escalas se obtuvo con el coeficiente alfa de Cronbach en seis muestras, de ellas tres eran de universitarios. Los valores de la consistencia interna para todas las escalas fluctuaron de .632 a .892. Por ello se consideró que las escalas poseían un alta consistencia interna.

En relación a la validez se estableció en forma concurrente. Wiggins et al., (1971), correlacionaron las puntuaciones con otras escalas del MMPI, con escalas de Lista de Preferencias Personales de Edwards, con el Inventario Psicológico de California, con la Lista de Control de Adjetivos y con escalas que evalúan la masculinidad y la femineidad del Formulario de Intereses Vocacionales Intensos. De las puntuaciones de entre ellos se establecieron coeficientes de correlación que resultaron significativas, por lo que concluyeron que las Escalas de Contenido ofrecían certeza en lo que medían.

Para establecer la norma de calificación de las Escalas de Contenido se emplearon diversas muestras. (Wiggins Gilberstadt, 1970; Fowler y Coyle, 1969; Wiggins et al., 1959). Wiggins construyó tablas para convertir las puntuaciones crudas en sus Escalas de Contenido a puntuaciones T basadas en la muestra normal de Minnesota.

Loper, Kammeier y Hoffman, (1973) realizaron un estudio aplicando las Escalas de Contenido de Wiggins a 25 hombres que cursaban el bachillerato y muchos años después sabiendo que consumían en alto grado derivados étlicos se volvieron a evaluar encontrando que sus perfiles mostraban cambios en 5 de las 3 Escalas de Contenido. Estos a la vez se compararon con los de un grupo de estudiantes varones de bachillerato que no se volvieron alcohólicos y se encontraron diferencias significativas en 2 de las 13 escalas.

Para la conformación de estas escalas, algunos reactivos están incluidos en más de una escala, debido a los procedimientos de selección empírica. Esto ocurre en ambas versiones del MMPI.

Las Escalas de Contenido del MMPI-2, retomaron algunos reactivos de 10 de las escalas de Wiggins, la mayoría de las escalas fue modificada no solo en el nombre, sino en los reactivos que la conformaron. Muchos de los reactivos que aparecían en las escalas de Wiggins se suprimieron, se eliminó la escala REL y otros reactivos se acortaron substancialmente.

A continuación se presenta en el cuadro dos, el nombre que recibió en la versión original, seguido del nombre que recibe en la versión dos, además se mencionan cuantos reactivos se conservaron y cuantos fueron modificados o agregados.

Cuadro 2

Cambios en las Escalas de Contenido del MMPI a MMPI-2.

ESCALAS DE CONTENIDO MMPI	ESCALAS DE CONTENIDO MMPI-2	BORRADOS	ADICIONADOS	FINALES.
	Ansiedad	3	0	23
Fobia	Miedo	1	0	23
	Obsesión	3	2	16
Depresión	Depresión	9	0	33
Mala Salud	Interes por la Salud	4	0	36
Psicotismo	Pnsamiento delirante	2	0	24
Hostilidad manifiesta	Enojo	1	0	16
Conflicto con la autoridad	Cinismo	0	1	23
	Prácticas antisociales	2	0	22
Hostilidad manifiesta	Conducta tipo A	2	1	19
Moral inadecuada	Baja autoestima	6	1	24
Inadaptabilidad social	Incomodidad social	2	0	24
Problemas familiares	Problemas familiares	1	0	25
	Dificultades en el trabajo	4	0	33
	Rechazo al tratamiento	5	0	26

Datos tomados de Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath, 1990.

Las escalas Ansiedad, Obsesión, Prácticas Antisociales, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento, son las escalas que se agregaron para conformar las 15 escalas que ahora son denominadas Escalas de Contenido del MMPI-2.

4.2 ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1990) explican que la definición y conformación de las nuevas Escalas de Contenido, fue multietápica y multimodal, para desarrollar el conjunto de dimensiones de contenido a partir de los 567 reactivos del MMPI-2 (Ver cuadro 2 y 3). Para ello siguieron el método de interjueces, participando tres jueces que clasificaron los 704 reactivos de la forma AX. Las clasificaciones fueron revisadas suprimiendo aquellos reactivos donde no se llegó a consenso, respecto a la ubicación en alguna de las categorías y adicionando otros que parecían prometedores.

Cuadro 3

NOMBRES Y SIGLAS DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO MMPI-2		
ESCALAS	SIGLAS USA	SIGLAS MEXICO
1.- Ansiedad	ANX	ANS
2.- Miedo	FRS	MIE
3.- Obsesión	OBS	OBS
4.- Depresión	DEP	DEP
5.- Preocupación por la salud	HEA	SAU
6.- Pensamiento Delirante	BIZ	DEL
7.- Enojo	ANG	ENJ
8.- Cinismo	CYN	CIN
9.- Prácticas antisociales	ASP	PAS
10.- Personalidad tipo A.	TPA	PTA
11.- Baja autoestima	LSE	BAE
12.- Incomodidad social	SOD	ISO
13.- Problemas familiares	FAM	FAM
14.- Dificultad en el trabajo	WR	DTR
15.- Rechazo al tratamiento	TRT	RTR

Con las agrupaciones de reactivos se desarrollaron escalas provisionales, mismas que se sometieron a análisis estadísticos para eliminar algunos otros reactivos que no mostraban relación y funcionalidad con los parámetros generales de la escala.

Los análisis calculados con estas escalas fueron: análisis de frecuencias, correlaciones de cada puntaje total y correlaciones reactivo-escala. Además los coeficientes alfa de Cronbach para utilizarlos como guía para la inclusión o exclusión de los reactivos.

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1990) señalan que solo se incluyeron en la escala total aquellos reactivos que obviamente eran homogéneos en contenido con el resto de los reactivos en cada una de las 15 escalas finales.

Las Escalas de Contenido se interpretan tomando en consideración los criterios de las escalas de validez, los significados particulares de las elevaciones por escala y comparándolas con las escalas clínicas (Butcher, 1972; Butcher, 1990; Butcher y Graham, 1992).

Para la interpretación de los perfiles, ya sea de las Escalas Básicas o de las de Contenido, es necesario tomar en cuenta todo el conjunto de escalas, luego las más elevadas y las más bajas; la interpretación de una sola escala aislada de las demás no permite elaborar un diagnóstico acertado.

A continuación se presenta el número de reactivos y una breve descripción de los puntajes, altos y bajos, de acuerdo al Manual del MMPI-2 (Butcher et al., 1989) y otros reportes como los de Butcher, 1972; Butcher, 1990; Butcher y Graham, 1992.

Escala Ansiedad (ANS)

La escala consta de 23 reactivos, en los síntomas de ansiedad del reporte general, incluye tensión, problemas somáticos (tales como latidos acelerados del corazón -taquicardia-, síntoma de asfixia -escasez de respiración-), problemas para dormir o insomnio, preocupaciones, mala concentración o falta de atención; temor por perder el control de su mente y pensamiento, sienten vivir con muchas tensiones y tener dificultad para tomar decisiones, estos pacientes parecen estar conscientes de estos síntomas y libremente admiten tenerlos. Estos síntomas son frecuentes en perfiles que revasan la T 65. Los puntajes bajos indican que se trata de una persona tranquila, con buena capacidad de juicio, con tolerancia a la frustración y destrezas sociales, que le permiten adaptarse a las circunstancias.

Escala Miedo (MIE)

Esta escala explora miedos exagerados y específicos, tiene 23 reactivos. Como el temor a: ver la sangre; estar en lugares elevados o cerrados; tocar el dinero; ver animales tales como serpientes, ratones o arañas; salir del hogar; estar cerca del fuego; ver tormentas y desastres naturales; tocar el agua; estar en la oscuridad; sentirse encerrado; y ver la suciedad. Puntuaciones mayores a T 70 indican temor o miedo generalizado e incapacitantes. podría tratarse de una patología grave aún encubierta. Las puntuaciones bajas son típicas en personas intrepidas y arriesgadas.

Escala Obsesividad (OBS)

Explora la capacidad para tomar decisiones y la probabilidad de ser excesivamente meditativos o abrumados acerca de puntos de vista y problemas, pueden reportar algunas conductas compulsivas como contar o guardar cosas insignificantes, consta de 16 reactivos. Las puntuaciones bajas, se presentan en personas distraídas, descuidadas, con poco interés por los objetos y personas que los rodean.

Escala Depresión (DEP)

Explora señales de pensamientos depresivos significativos. Reportan sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre su futuro, y desinterés en sus vidas. Por ello se muestran faltos de energía y con poco entusiasmo por las actividades que se les presentan, tal parece que todo les da igual, consta de 33 reactivos. Puntuaciones altas indican individuos clínicamente deprimidos, experimentan culpa y remordimientos. Una puntuación baja indica un individuo que se presenta a sí mismo como feliz y satisfecho con su vida, optimista respecto al futuro, tiene un alto grado de autoestima. Si fuera un paciente psiquiátrico tiene más probabilidades de adaptación y mejoría que otros que son más irritables.

Escala Preocupación por la Salud (SAU)

Con 36 reactivos se explora el exagerado interés por los síntomas físicos a través de varios sistemas corporales. Incluidos están los síntomas gastro-intestinales (tales como estreñimiento, náusea y vómito, malestar estomacal), problemas neurológicos (convulsiones, vértigo y ataques de desmayo, parálisis), problemas sensoriales (alcance de la vista y del oído pobre), síntomas cardiovasculares (dolores del corazón o del pecho), problemas de la piel, dolor (de cabeza, de cuello) y molestias respiratorias (tos, fiebre del heno, asma). Puntuaciones bajas (menores

a T 50) son sujetos con pocas o ninguna queja somática, no reportan problemas con su concentración mental, su atención o memoria.

Escala Pensamiento Delirante (DEL)

Incursona en la probabilidad de que se den procesos de pensamiento psicótico. Estos pacientes pueden reportar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Ideas paranoides, tales como la creencia de que están conspirando en su contra o que alguien esta tratando de envenenarlos; algunos individuos pueden sentir que tienen una misión especial que cumplir en este mundo o que poseen poderes especiales; tienen una autoestima irreal. Las puntuaciones bajas, refieren personas que no admiten síntomas psicóticos, son sociables y realistas. La escala esta compuesta por 23 reactivos.

Escala Enojo (ENJ)

Con 16 reactivos explora problemas de control de la cólera e irritabilidad, impaciencia, arrebato, mal humor, y obstinación. Detecta si los pacientes se sienten, algunas veces, como cosas malditas o destrozadas, si pueden perder el autocontrol y reportar haber abusado físicamente de las personas y los objetos.

Una puntuación alta indica que el paciente con frecuencia se meten en problemas por que no se pueden controlar, mienten con facilidad, disfrutan de las emociones y los riesgos, son egoístas e insensibles. Puntuaciones bajas refieren personas con una actitud confiada, ven a los demás como honestos, respetuosos, respeta la ley y las reglas sociales. Si fuera un paciente psiquiátrico tiene buenas posibilidades para su tratamiento.

Escala Cinismo (CIN)

Son 23 reactivos los que sondean las creencias misántropicas. Suponen motivos negativos escondidos detrás de los actos de otros, por ejemplo, creer que la mayoría de la gente son honestas simplemente porque tienen miedo a ser atrapados. Otras personas son desconfiadas, porque las personas usan a otras y son amigables solo por razones egoístas. Probablemente estos pacientes, están manteniendo actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos, incluyendo compañeros de trabajo, familia y amigos.

Pacientes con puntuación alta, tienen problemas con la autoridad, mienten, no tienen sentimientos de culpa y no aprenden de su experiencia, las puntuaciones

bajas, son característicos de personas miedosas, inseguras, niegan tener problemas con la autoridad y aparentan ser sumisos.

Escala Prácticas Antisociales (PAS)

Explora si el paciente tiene o presentan conductas problema durante sus años escolares y prácticas antisociales tales como estar en apuros con la ley, robos, o hurtos en las tiendas. Algunas veces, reportan placer con los ridículos de los criminales, o apoyan conductas ilegítimas, creen que es correcto eludir la ley; son agresivos, vengativos, tercos y competitivos.

Las puntuaciones bajas indican personas que niegan ser rencorosos, se muestra pasivo, tolerante, con disposición para el dialogo. La escala posee 22 reactivos.

Escala Personalidad Tipo A (PTA)

Con 19 reactivos la escala explora la rigidez del individuo en cuanto a: movimientos rápidos, y orientados al trabajo, quienes frecuentemente llegan a ser impacientes, irritables, y enojones; con frecuencia se siente observado, amenazado y que juzga a los demás como deshonestos, son egófstas, testarudos, poco tolerantes.

Las puntuaciones bajas, se presenta cuando el paciente no es crítico, indolente y muy pasivo.

Escala Baja Auto-estima (BAE)

Son 24 preguntas para explorar el concepto de sí mismo. La seguridad del sujeto para actuar y resolver los problemas que la vida le presenta. Si el sujeto se siente devaluado, su seguridad para actuar lo esta también y los elementos para interactuar socialmente son mínimos. Con frecuencia ve la vida como poco alentadora, se siente inútil, por lo que prefiere rehuir a las responsabilidades, es socialmente muy sugestionable.

Estas características en un paciente psiquiátrico, no son de preocuparse, pues ellos tienen elementos para su recuperación.

Las puntuaciones bajas se presentan en pacientes muy confiados, capaces de enfrentar las dificultades y de asumir responsabilidades, es seguro y optimista.

Escala Incomodidad Social (ISO)

Explora la capacidad para relacionarse como parte de un grupo social, por lo que evalúa si muestran inquietud cerca de otros, prefiriendo estar consigo mismos, es egocéntrico e insensible a las necesidades y sentimientos de los demás, no le es grato conocer nuevas personas.

Las puntuaciones bajas indican personas confiadas en situaciones sociales, muestran agrado al interactuar con otras personas; pueden llegar a mostrarse exhibicionistas y presumidas.
Consta de 24 reactivos.

Escala Problemas Familiares (FAM)

La constituye 25 reactivos con los que incursiona en la discordia familiar que generalmente es reportada por quienes tienen altas calificaciones en la escala FAM. Sus familias son descritas como carentes de amor y desagradables, peleonera, dominante, frustrante.

Reportan aborrecer a algunos miembros de su familia y por lo tanto tener problemas en sus vivencias familiares. Las calificaciones con T 50 a 70, las obtienen pacientes que ven a su familias como positivas, amorosa, comprensiva, que ofrece seguridad y aliento cuando lo necesitan.
Las puntuaciones bajas corresponden a personas cuyas familias son percibidas como poco involucradas en la vida del sujeto.

Escala Dificultad en el Trabajo (DTR)

Explora con 33 reactivos la capacidad para atender problemas relacionados a una pobre confianza en sí mismo, dificultades en la concentración, obsesividad, tensión y presión y problemas en la toma de decisiones, apáticos. Estas condiciones repercuten en su desempeño laboral. Las puntuaciones bajas manifiestan corresponder a personas más seguras y activas, con capacidad para tomar decisiones y por lo tanto para desempeñarse mejor en su vida laboral.

Escala Rechazo al Tratamiento (RTR)

Explora las actitudes negativas hacia los doctores y los tratamiento de la salud mental y la poca disposición para llevar a cabo un tratamiento psicológico, las puntuaciones altas indican mayor rechazo a los tratamiento, las bajas menor

rechazo y por lo tanto más probabilidades de éxito. Esta escala consta de 26 reactivos.

4.3 EL USO CLÍNICO DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2

La interpretación del contenido de MMPI ha llegado a ser aceptado, como accesorio para la interpretación de las escalas empíricas tradicionales, (Graham 1987; y Hoffmann y Jackson, 1976; Jarnecke y Chambers, 1977, Lachar y Alexander, 1978; citados por Botchet, et al., 1989). Tres enfoques para la interpretación de contenido del MMPI han recibido la mayor atención: "reactivos críticos (Koss y Butcher, 1973) subescalas del MMPI (Wiener y Harmon, 1946; Harris y Lingo, 1955; Serkownek, 1975); y Escalas de Contenido (Payne y Wiggins, 1972; Wiggins, 1966, 1969; Wiggins, Goldberg y Appelbaum, 1971; citados en Lucio, 1994).

La confianza en el contenido de las escalas de personalidad objetivas, ha aumentado su aceptación durante los últimos veinte años (Jackson, 1971 y Graham, 1987). Las Escalas de Contenido han mostrado a menudo ser tan válidos en la descripción y predicción de variables de personalidad, como otras escalas desarrolladas por otros métodos (Hase y Goldberg 1967). Las escalas de personalidad basadas en el contenido tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar gracias a su contenido homogéneo (Butcher, 1990).

El enfoque de reactivo-crítico y el uso de subescalas de las escalas clínicas no se ha alterado substancialmente ya que la mayor parte de los reactivos involucrados en esos procedimientos se han mantenido en el MMPI-2. Sin embargo las escalas de Wiggins si se alteraron substancialmente. Fue necesario desarrollar un nuevo grupo de medidas de contenido para el MMPI-2, llamadas Escalas de Contenido del MMPI-2.

La aplicación de algunos de estos enfoques con respecto al contenido de los reactivos en el MMPI-2, requirió de algunos cambios, ya que una parte de los reactivos originales han sido cambiados o suprimidos y muchos reactivos nuevos han sido incluidos para proporcionar contenidos adicionales, para calcular los factores de personalidad y los problemas clínicos.

El uso de estas escalas tiene un considerable valor en precisar o refinar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas. Por ejemplo, una elevación en 4 (Dp, Desviación Psicopática) podría tener varias posibilidades de interpretación: a) el sujeto puede estar mostrando fuerte conducta antisocial, b) podría ser inmaduro y actuar impulsivamente sin mostrar rasgos antisociales, c)

podría ser una persona inconforme y resistente a los roles más tradicionales, sin mostrar conducta antisocial o criminal, o d) el sujeto podría estar experimentando conflictos familiares o sentir enojo contra su pareja o parientes, aspecto que podría ser a veces transitorio.

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

Otra que ilustra es cuando el MMPI-2 en las escalas clínicas muestra que elevación en la escala Es y Pa. Se espera que las Escalas de Contenido DEL, CIN, OBS, FAM, DTR y RTR también lo estén.

Estos indicadores deberán ser considerados al momento de planear que medidas terapéuticas son las recomendables en este caso. Y de acuerdo a ellos presupones como evolucionará el caso.

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

Clark (1993) en el simposium de Minnesota, refirió que las escalas enojo y cinismo, por ejemplo, son otras de las que proporcionan un valor particular al análisis clínico de la personalidad. Dado que los atributos de su caracterización tienen su origen en determinantes de la vida cotidiana. Su utilidad es mayor cuando el análisis de la escala unidimensional es usada para obtener índices multidimensionales de la personalidad.

Para probar la validez clínica, Clark aplicó el MMPI-2 a 97 hombres veteranos de guerra que asistían a tratamiento psicológico. Aplicó además otros inventarios como el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI -Spielberger, 1988), para determinar si había correlación entre las escalas cinismo e Enojo y las conductas

de ira que evalúa el inventario STAXI. Estableció un análisis de correlación entre los inventarios y encontró que las escalas ira y cinismo son buenos predictores, pues las correlaciones fueron mayores a 0.67 y significativas al 0.05.

Correlacionó también las Escalas de Contenido y concluyó que la correlación entre cinismo y las prácticas antisociales ($r = .76$) teóricamente coincide en que una persona con una escala elevada en cinismo, es muy probable que realice prácticas antisociales.

Las nuevas escala de contenido proveen de más información, por que se elaboraron con reactivos que particularizan el tema y por otra parte, por que se adicionaron algunos reactivos y dos escalas más a las escalas de Wiggins. Estas son: ansiedad, obsesión, prácticas antisociales, dificultades en el trabajo y rechazo al tratamiento (RTR).

4.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2

Williams (1992) menciona acerca de la validez de las Escalas de Contenido, que éstas pueden ser más vulnerables a las respuestas distorsionadas, y por esto, es particularmente importante para el clínico, asegurarse de que el sujeto haya respondido consistente y apropiadamente a estos reactivos. Por eso se desarrollaron las escalas de validez en el MMPI original, incluyendo la escala no puedo decir? que proveer información valiosa acerca de las actitudes del sujeto. En esta escala, un alto número de omisiones (esto es más de 10) indica que la cooperación del sujeto fue limitada.

La autora refiere, que las escalas L y K, evalúan la tendencia del individuo a mostrarse excesivamente virtuoso o a presentar un punto de vista muy favorable de sí mismo. F es un buen indicador de respuestas azarosas o exageración de los problemas psicológicos. El examen de estas escalas de validez provee información acerca de la credibilidad de las respuestas de contenido de los sujetos, pero ninguna de estas escalas debe ser interpretada por separado.

Williams, (1992) agrega que otras nuevas medidas de validez desarrolladas para el MMPI-2 son también importantes para la evaluación y la validez de las Escalas de Contenido. Esta es la Fp o F posterior que da información acerca de la tendencia a exagerar síntomas o a contestar de forma azarosa en la segunda mitad del folleto del MMPI-2. Dado que muchos de los reactivos en las Escalas de Contenido aparecen en la segunda parte de los reactivos, es importante determinar si el paciente coopera con la prueba a través de todo el cuestionario. De igual manera,

para Williams, (1992) las nuevas escalas de inconsistencia, INVER e INVAR proveen información acerca de las actitudes del sujeto durante la administración, para detectar si en la segunda parte contestó azarosamente.

Las Escalas de Contenido desarrolladas para el MMPI-2, como las escalas Wiggins del MMPI original, pueden ayudar a aclarar la interpretación de las escalas básicas más heterogéneas.

Las Escalas de Contenido además de ser usadas como guías suplementarias para interpretar las escalas clínicas, Williams (1992), refiere que han derivado empíricamente coeficientes de validez paralelos a aquellos de las más antiguas escalas clínicas, y pueden ser usadas para generar hipótesis interpretativas. Por ello dice que es útil ver las Escalas de Contenido evaluando cuatro áreas clínicas generales:

1. Conductas internas sintomáticas.
2. Tendencias agresivas externas.
3. Autoconcepto (punto de vista sobre uno mismo) negativo
4. Área de problemas generales: Social, familiar, de trabajo, y de tratamiento.

En forma más detallada Williams, (1992) refiere que las escalas para cada una de estas áreas clínicas se describen de la siguiente manera:

I. Conductas internas sintomáticas. Este grupo de síntomas incluye las primeras seis escalas del perfil: ansiedad, temor, obsesividad, depresión, preocupaciones por la salud y pensamiento bizarro. Estas escalas miden conductas internas o cognitivas sintomáticas de desorden psicológico (por ejemplo pensamientos ansiosos o depresivos). Estos síntomas acompañan muchos tipos de problemas de adaptación que van desde desórdenes de ansiedad a desórdenes afectivos, esquizofrénicos y orgánicos. La conducta sintomática reflejada por elevaciones en estas escalas son tomadas como valor indicativo de que el sujeto muestra más preocupaciones en esta área que la mayoría de personas. Butcher et al., (1989) proveen la descripción de estas escalas.

2. Tendencias agresivas externas. Las siguientes cuatro Escalas de Contenido reflejan conducta externa (Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Personalidad Tipo A). Evalúan como el individuo responde a los otros, sea en términos de actitudes (por ejemplo creencias clínicas) o a través de conductas abiertas (por ejemplo peleas o abuso verbal).

3. Autoconceptos negativos: Se desarrolló una escala de contenido (baja autoestima) para medir la tendencia de algunos sujetos a autodevaluarse y considerarse a sí mismos indignos del interés o atención de los otros. Estos autoconceptos negativos son procesos centrales en muchos problemas de desajuste psicológico.

4. Áreas de problemas generales: (inconformidad social, problemas familiares, interferencia en el trabajo, e indicadores negativos para el tratamiento. Estas escalas pueden servir como indicadores de problemas amplios que el paciente tiene en estas áreas específicas.

Butcher et al. (1989) citan que las Escalas de Contenido han mostrado ser tan válidas y confiables en la descripción y predicción de las variables de la personalidad, como otras escalas desarrolladas por otros métodos (Hase y Goldberg, 1967).

T LINEAL MMPI-2

En la construcción del MMPI fue necesario establecer la variabilidad de las puntuaciones convertidas en calificación T lineal de cada escala para hombres y mujeres. Esto se debe a que desde el MMPI original se esperaba hubiera diferencia entre la forma de responder de un hombre y de una mujer. Para calcular la T lineal se empleaban los valores crudos, esto implicó que hubiera una falta de equivalencia percentilar en las diferentes escalas.

PUNTUACIONES T LINEALES

La fórmula T lineal es la siguiente:

$$T = 50 + [(10)(x-M)]/D_s$$

Donde T = T lineal

x = puntuación natural

M = Media aritmética

D_s = Desviación estándar

Con las T lineales se observó que representaban percentiles variables en las diferentes escalas, imposibilitando la comparación de resultados entre diferentes escalas, aun para un mismo sujeto. El problema de la falta de equivalencia

percentilar fue resuelto mediante el uso de la distribución de las medias de la muestra para las escalas clínicas, primeramente y luego para las Escalas de Contenido y suplementarias.

Tellegen (1988) propuso desarrollar la equivalencia percentilar y y les llamo T Uniformes. Las T uniformes ajustan la distribución de cada escala para adaptarla a una distribución compuesta, que está basada en la distribución media de la muestra normativa del MMPI-2. Para su cálculo se requiere de los valores percentilares, y después de desarrollar regresiones múltiples, se determina cuál es el valor de la T uniforme para cada escala. Butcher et al., (1990) desarrolla los valores para T Uniformes de las Escalas de Contenido de la muestra normativa, misma que puede ser consultada en el tabla 11 del capítulo cinco de este documento. El comité de reestandarización decide que se use la misma distribución de las medias del grupo que se trare, compara el rango del sesgo con la T Lineal con el de la T Uniforme y concluye que hay variación, de .96 y .99 para los hombres y mujeres a .17 y .11 respectivamente usando la T Uniforme.

ANALISIS FACTORIAL

Butcher et al., (1990), menciona que para la muestra normativa el análisis factorial para las Escalas de Contenido muestra dos factores tanto para los hombres como para las mujeres. Para ambos factores las escalas son las mismas, varía en forma mínima en los pesos factoriales. El factor uno agrupó las escalas: Ansiedad, Obsesión, Depresión, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Dificultad en el Trabajo y Rechazo al tratamiento. El Factor dos las escalas: Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Conducta Tipo A.

Otros estudios factoriales han sido desarrollados en torno a las Escalas de Contenido, como el análisis de Kyunghée Han (1993) presentó en el Simposium sobre el MMPI-2 en la Universidad de Minnesota. Han realizó el análisis con las escalas, con la finalidad de obtener los pesos factoriales para una muestra de universitarios Koreanos.

Encontró que las escalas se agrupan en dos factores tanto para los hombres como para las mujeres, en forma muy similar a la norteamericana. Realizó una comparación de los pesos factoriales de la población normativa norteamericana (Ver cuadro 4).

Cuadro 4

PESOS FACTORIALES								
FACTOR	Hombres				Mujeres			
	NORMA n = 1138		UNIVERSITARIOS n = 515		NORMA n = 1462		UNIVERSITARIOS n = 797	
	1	2	1	2	1	2	1	2
ANS	71	42	73	44	71	45	74	43
MIE	44	24	54	20	27	44	30	36
OBS	68	25	62	54	69	48	69	44
DEP	77	36	81	33	77	42	79	36
SAU	49	27	60	25	39	44	45	40
DEL	24	62	46	55	17	70	36	64
ENJ	25	74	27	78	36	66	30	70
CIN	27	80	23	82	23	81	26	83
PAS	13	82	17	81	09	79	08	81
PTA	24	76	22	82	27	69	22	79
BAE	81	23	79	28	82	27	84	25
ISO	63	-10	70	-04	66	-07	64	-04
FAM	45	57	49	51	44	57	46	51
DTR	82	39	79	42	81	42	81	41
RTR	79	38	73	43	76	43	77	40
	32	27.5	34.5	28.7	31.1	29.6	32.4	28.7

Los decimales fueron omitidos. Los pesos factoriales son para población normativa de Estados Unidos y para la población universitaria de Korea. Datos tomados de Kyunghae Han (1993).

En ese análisis se aprecia que las escalas que se agrupan de acuerdo a los pesos factoriales varían en forma mínima tanto para los hombres como para las mujeres de la muestra normativa y de la muestra de universitarios coreanos, por lo que se puede inferir que las agrupaciones se dan con base en el contenido de los reactivos; de cada escalas de la personalidad.

Los factores para los universitarios Koreanos, los obtuvo a través de un análisis factorial con rotación varimax; al primer factor lo denominó Emoción Negativa, incluyó las escalas Ansiedad, Obsesión, Depresión, Preocupación por la Salud, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Dificultades en el trabajo y Rechazo al tratamiento.

Este primer factor a diferencia del de la población norteamericana incluyó una escala más la de Preocupación por la Salud. Al segundo factor lo denominó Nivel de Impulsividad, en él se incluyen las escalas Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Conducta tipo A. Este factor para los hombres Koreanos difiere del norteamericano porque no incluye la escala de Pensamiento Delirante.

Los dos factores para las mujeres universitarias Koreanos es igual al de la muestra norteamericana

CONSISTENCIA INTERNA

Otra característica estadística importante, de las 15 Escalas de Contenido es que posee una alta consistencia interna, misma que fue obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach cuyo valor es próximo a 1, los valores se muestran en el cuadro cinco.

Cuadro 5

CONSISTENCIA INTERNA				
	HOMBRES		MUJERES	
	MUESTRA	ALFA	MUESTRA	ALFA
ANS	1,115	.8208	1,435	.8332
MIE	1,126	.7211	1,425	.7528
OBS	1,114	.7353	1,430	.7703
DEP	1,099	.8479	1,409	.8568
SAU	1,112	.7607	1,430	.7973
DEL	1,120	.7283	1,431	.7411
ENJ	1,117	.7649	1,426	.7280

Este análisis del coeficiente de alfa de Cronbach se obtuvieron con datos de la muestra normativa (Butcher et al., 1989).

Cuadro 5A

CONSISTENCIA INTERNA				
	Hombres		Mujeres	
	MUESTRA	ALFA	MUESTRA	ALFA
CIN	1,091	.8612	1,393	.8528
PAS	1,104	.7791	1,411	.7505
PTA	1,113	.7218	1,407	.6759
BAE	1,104	.7936	1,426	.8317
ISO	1,113	.8290	1,404	.8370
FAM	1,090	.7329	1,391	.7660
DTR	1,095	.8182	1,384	.8353
RTR	1,094	.7764	1,396	.7959

Este análisis del coeficiente de alfa de Cronbach se obtuvieron con datos de la muestra normativa (Butcher et al., 1989).

Los antecedentes del MMPI, su desarrollo y los estudios que se han realizado, como parte de su aplicación, revisión y actualización, presentados en el marco teórico, son el preámbulo de esta investigación y el fundamento teórico y metodológico para desarrollarla, pues con sus resultados, se proveer al psicólogo clínico de una herramienta más que le permita aproximarse a la personalidad de sus pacientes y para propiciar otras investigaciones sobre este campo, en población mexicana, con lo que se desarrollaron normas para las Escalas de Contenido del MMPI-2 en población universitaria de la UNAM. Comparándolas con las normas encontradas para universitarios y para la muestra normativa de los Estados Unidos de Norteamérica.

CAPÍTULO 5

5.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que a continuación se plantea fue instrumentada para obtener la respuesta de los siguientes planteamiento:

¿En cuántos factores se agrupan los reactivos de las Escalas de Contenido del MMPI-2 en una población de universitarios de la UNAM?

¿Existen diferencias significativas entre la puntuación para las Escalas de Contenido del MMPI-2 del grupo de universitarios mexicanos, con respecto al grupo de universitarios norteamericanos?

¿Cuál es la norma de puntuación de las Escalas de Contenido del MMPI-2 para los estudiantes universitarios de la muestra elegida en la UNAM-México.?

Estos cuestionamientos están sustentados en los postulados teóricos y conceptuales citados en los capítulos anteriores.

El primer objetivo de esta investigación fue desarrollar normas para las Escalas de Contenido del MMPI-2 en población universitaria de la UNAM. A fin de proveer al psicólogo clínico de una herramienta más que le permita aproximarse a la personalidad de sus pacientes.

Un segundo objetivo fue determinar, si las normas de calificación de las Escalas de Contenido del MMPI-2 encontradas para la población universitaria mexicana, son estadísticamente diferentes a las normas encontradas para la muestra universitaria del MMPI-2 en los Estados Unidos de Norteamérica.

Un tercer objetivo fue conocer la estructura factorial de las Escalas de Contenido, en la muestra mexicana y finalmente el cuarto objetivo fue desarrollar las tablas T Uniformes para la muestra de universitarios mexicanos.

Para llegar a dichos objetivos se consideraron las siguientes variables:

La variable independiente; como las series de reactivos de las Escalas de Contenido del MMPI-2, y aunque no serán manipuladas, se observará la variación de sus puntuaciones entre los grupos estudiados.

La variable dependiente la conformaron los rasgos de personalidad operacionalizados en las puntuaciones de las escalas.

5.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Reactivos del MMPI-2: Serie de frases que inducen a una respuesta dicotómica (verdadero, falso) Nuñez (1979).

Rasgos: "Una estructura mental inferida a partir de la conducta observada y destinada a explicar su regularidad o coherencia" Hall y Lindzey, (1974).

Personalidad: "es aquello que permite predecir lo que una persona hará en una situación dada". Cattell, Hall y Lindzey, (1974).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Los reactivos del MMPI-2 son la serie de frases, que fueron contestadas por los universitarios con una opción de verdadero o falso, agrupados en 15 escalas.

Rasgos: son las respuestas dadas a los reactivos para conocer a la persona y poder inferir como es que se comportaran ante ciertas situaciones.

Personalidad: Son los elementos socio-afectivos que las personas tienen y manifiestan en su actuar.

5.3 HIPÓTESIS

La hipótesis de trabajo que se plantea para esta investigación son las siguientes:

H. 1 La distribución de las puntuaciones de las Escalas de Contenido para los universitarios mexicanos es diferente estadísticamente a las puntuaciones de la muestra de universitarios norteamericanos.

H. 2. Los factores de las Escalas de Contenido se agrupan de igual manera para los hombres y mujeres de universitarios mexicanos.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H 1.- Hipótesis alterna: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las normas de puntuación de las Escalas de Contenido del MMPI-2 entre el grupo de universitarios mexicanos y la muestra universitaria de Estados Unidos.

Ho 1.- Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las normas de puntuación de las Escalas de Contenido del MMPI-2 entre el grupo de universitarios mexicanos y la muestra universitaria de Estados Unidos.

H 2.- Hipótesis alterna: Existen diferencias entre las normas de puntuación de las T Uniformes de las Escalas de Contenido del MMPI-2 entre el grupo de universitarios mexicanos y la muestra normativa de norteamericanos.

Ho 2.- Hipótesis nula: No existen entre las normas de puntuación de las T Uniformes de las Escalas de Contenido del MMPI-2 entre el grupo de universitarios mexicanos y la muestra normativa de norteamericanos.

5.4 TIPO DE ESTUDIO

Dado que en México es la primera ocasión que se hará un análisis de las Escalas de Contenido, en una población de universitarios, éste es un estudio de tipo exploratorio de campo. El estudio además es de corte transversal, por que fue una sola aplicación, en un momento específico de la existencia de cada uno de los sujetos que participaron en la muestra. Es un estudio ex-post-facto porque el fenómeno a estudiar (la personalidad a través de las Escalas de Contenido) es algo que ya existe, ya esta presente en cada uno de los sujetos y sobre la cual el investigador no ejerce modificación alguna.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación que se siguió es el "diseño correlacional multivariado", se eligió este porque se compararon tres grupos: universitarios mexicanos, con las puntuaciones del grupo normativo norteamericano y con el grupo de universitarios norteamericanos.

5.5 MUESTRA

Se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria que está matriculada en las instalaciones de la Ciudad Universitaria de la UNAM en México.

La muestra seleccionada bajo un muestreo probabilístico aleatorio estuvo constituida por 1920 universitarios, seleccionados de 2246 sujetos equivalentes al 10% de la comunidad universitaria, de ellos se tuvo que eliminar a los que no se ajustaban a los siguientes parámetros:

- 1.- Edad de 17 a 36 años
- 2.- Sexo, sólo los que no lo marcaron
- 3.- Índice de Gough mayor o igual a 9
- 4.- Verdaderos hasta 454, o igual o más del 80% de respuestas contestadas como ciertas
- 5.- Falsos hasta 454, o igual o más del 80% de respuestas contestadas como falso.
- 6.- Reactivos de la prueba total sin contestar hasta 29
- 7.- INVER (inconsistencia en las respuestas verdadero) entre 5 y 13
- 8.- INVAR hasta (inconsistencia en la variabilidad de las respuestas) hasta 13
- 9.- F_p (F posterior) hasta 11
- 10.- F hasta 20

5.6 MANEJO ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.

1) Análisis descriptivo para obtener las distribuciones de frecuencias para los datos demográficos y medidas de tendencia central (media y desviación estándar) con objeto de crear normas para cada subescala de contenido.

2) Análisis inferencial

a) Análisis de correlación Producto Momento de Pearson (r_p) para determinar la relación existente entre los reactivos, las Escalas de Contenido y las escalas clínicas.

b) Análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua y varimax, para comparar el número de factores y los pesos factoriales de la muestra mexicana, con respecto a lo encontrado por Butcher; Dahlistrom; Tellegen y Kaemmer (1993) en la población normativa. Se eligió la rotación oblicua por ser

la que explica de manera mejor, conceptual y teóricamente la convalidación de las escalas, para conformar los factores.

c) Análisis de consistencia interna para cada escala de contenido, a través de Alpha de Cronbach; buscando determinar la confiabilidad estadística de la escala en esta muestra y determinar si hay variaciones en relación al mismo coeficiente que Butcher; Dahlstrom; Tellegen y Kaemmer (1989), reportan para la población normativa del MMPI-2.

Puntuaciones T Lineales y Uniformes para determinar las características existentes entre las muestras normativa de Butcher; et al., (1989) y la mexicana estudiada en este trabajo.

Los resultados se consideraran estadísticamente significativos cuando el valor de Alpha sea $\leq .05$ conforme a las tablas correspondientes.

5.7 INSTRUMENTO

Se utilizaron las Escalas de Contenido del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) traducido al español por Lucio et al., (1992a,b), quienes además realizaron la adecuación semántica y sintáctica de los reactivos para ser más comprensibles en la población mexicana; previendo evitar los problemas que antes se presentaron con la traducción de MMPI original. El instrumento se tradujo siguiendo la metodología descrita por Reyes-Lagunes et al., (1967).

Dicho instrumento consta de 567 preguntas cuya respuesta debe ser respondida con verdadera (V) o falsa (F). De estos reactivos 366 corresponden a quince Escalas de Contenido que son: Ansiedad (ANS), Miedo (MIE), Obsesión (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SAU), Pensamiento Delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas Antisociales (PAS), Personalidad tipo A (PTA), Baja Autoestima (BAE), Incomodidad Social (ISO), Problemas Familiares (FAM), Dificultades en el trabajo (DTR) e Rechazo al tratamiento (RTR).

El instrumento consta de un cuadernillo de preguntas, una hoja de respuestas para lectora óptica y una hoja de perfil. En la hoja de respuesta se consideran datos sociodemográficos como: edad, sexo, facultad, carrera que cursa, semestre, turno y nacionalidad.

El cuadernillo empleado fue impreso en la Facultad de Psicología de la UNAM. Es de color blanco de 14cm x 20.3cm aproximadamente. Consta de carátula,

instrucciones, y 24 páginas donde se presentan numerados cada una de las 567 preguntas presentadas en dos columnas por página.

La hoja de respuestas para lector óptico es tamaño carta, de color anaranjado óptico; fue impresa en la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo que lleva el escudo de la UNAM y la Facultad de Psicología. Concede espacio para registrar el nombre del sujeto que contesta; asienta las instrucciones para responder debidamente; solicita se registre el número de cuenta, carrera, semestre, edad, sexo, turno al que asiste y nacionalidad. En la parte inferior y posterior se presenta numerados los 567 cuadros para dar respuesta a cada uno de los reactivos.

La hoja de perfil que se usó ha sido adaptada a la traducción mexicana (Lucio, 1994), para todas las escalas. Para calificarlos se usó primeramente las plantillas o posteriormente se envió a lectora óptica para calificarlos mediante un proceso electrónico.

5.8 PROCEDIMIENTO

El primer lugar se obtuvo el anuario demográfico de la UNAM donde se señala el total de Facultades, carreras y alumnos inscritos. Se realizó una selección al azar de las Facultades eligiendo la de Ciencias, Administración y Artes, después empleando el mismo procedimiento se seleccionaron las carreras y los grupos; cuidando completar el 10% de alumnos que conformaban el universo de las Facultades. Así mismo se cubrió el 10% de la población inscrita en la UNAM. Posteriormente se realizaron los trámites necesarios ante las autoridades competentes para tener el acceso a la muestra.

Una vez preparado el material, se capacitó a los aplicadores. El siguiente paso fue aplicar en forma colectiva el MMPI-2, empleando un tiempo promedio por grupo de dos horas; la aplicación se realizó a un total de 71 grupos. Antes de la entrega del material a los universitarios, se les explicó que tenían que hacer y cual era la finalidad. Se pidió su colaboración, motivándolos a contestar de manera honesta y cuidadosa, además se informo que quien quisiera conocer sus resultados podía recibirlos en la facultad de Psicología.

Una vez aplicados los 2246 casos, se eligió al azar una muestra de 192 hojas para ser calificadas manualmente, con las plantillas, con objeto de corroborar que los resultados de calificación manual y por computadora fueran idénticos. Y con ello descartar la posibilidad de error.

Se depuró la muestra de acuerdo a los indicadores referidos anteriormente, quedando finalmente una muestra de 1920 universitarios, 813 hombres y 1107 mujeres.

Posteriormente se enviaron las hojas de respuesta a la lectora óptica para obtener los puntajes crudos individuales (por renglón) y por escala. Además con la opción de obtener la calificación total (por columnas) del grupo por cada una de las escalas y con estos datos se procedió a los análisis estadísticos.

CAPITULO 6

6.1 RESULTADOS

El análisis de los datos fue a través del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) versión 4.01 de la Universidad de Chicago con estadísticas de análisis descriptivo e inferencial.

De los análisis inferenciales se realizó la correlación producto Momento de Pearson; el análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua y el Coeficiente de Alpha de Cronbach. A efecto de conocer y comparar cuál es la confiabilidad estadística de las Escalas de Contenido en esta muestra y determinar si hay variaciones en relación al mismo coeficiente, que Butcher et al., (1989), reportan para la población normativa y universitaria norteamericana y de las muestras Koreanas que estudio Kyunghee Han (1993).

Además se consideró la comparación de las puntuaciones T Lineales y Uniformes entre mexicanos y norteamericanas btenido por Butcher et al., (1989).

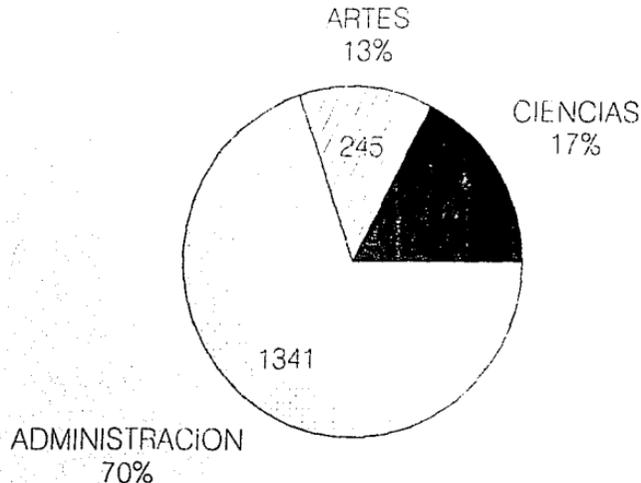
Descripción de los resultados:

La muestra final la conformaron 1920 universitarios procedentes un total de 2246 de las Facultades de Ciencias, Administración y Artes; la elección de las Facultades se hizo mediante un muestreo aleatorio simple, del total fueron eliminados: tres protocolos que no leyó la lectora óptica, 69 que de acuerdo con el índice de Gough eran perfiles inválidos, y 254 que de acuerdo con los parámetros (número de respuestas verdaderas, falsas, reactivos omitidos, INVAR, INVER, F_p y F_i) no cumplieran con uno o más de los requisitos mínimos indispensables; en total se eliminaron 326 casos.

La muestra final la constituyeron 1920 universitarios de los semestres 1,3,5,7 y 9, estos datos se muestran en la gráfica 1. De acuerdo al sexo de los universitarios, (Ver gráfica 2) se observa que hay más mujeres que hombres. La gráfica 3 presenta la frecuencia de edad por rangos, la mínima fue de 17 y la máxima 36 con una media de 20.8 y una desviación estándar de 2.34.

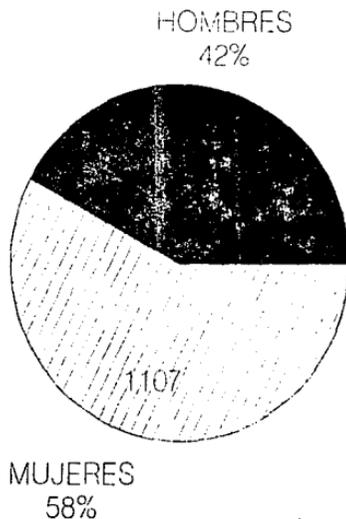
ESCALAS CONTENIDO MMP-2

PROCEDENCIA DE LA MUESTRA



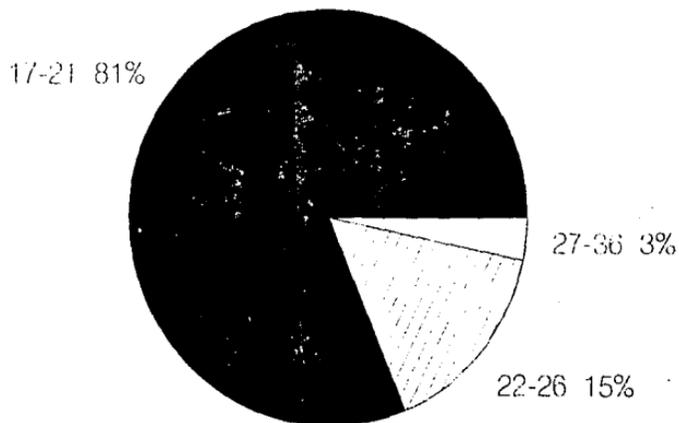
ESCALAS CONTENIDO MMPI-2

COMPOSICION DE LA MUESTRA



ESCALAS CONTENIDO MMPI-2

EDADES DE LOS SUJETOS



Además con el análisis de las escalas se pudo observar el número de reactivos que componen cada una de las Escalas de Contenido del MMPI-2, según se concentra en el siguiente cuadro:

Cuadro 7

ESCALA	REACTIVOS			
	TOTAL	UNICOS	DOBLES	TRIPLES
ANS	23	16	6	1
MIE	23	23	0	0
OBS	16	9	6	1
DEP	33	25	6	2
SAU	36	36	0	0
DEL	23	22	1	0
ENJ	16	13	2	1
CIN	23	17	5	1
ISO	22	17	5	0
PTA	19	14	4	1
BAE	24	19	5	0
ISO	24	24	0	0
FAM	25	23	2	0
DTR	33	17	12	4
RTR	26	13	10	3
TOTAL	366	288	64	14
		288 = 79%	64 = 17%	14 = 3.8%

La columna de "Reactivos total" se refiere a la distribución de los 366 reactivos en las Escalas de Contenido. Como "Reactivos únicos", se hace referencia a que esas preguntas sólo esta en una escala. Los "Reactivos dobles" aparecen en dos

escalas y los reactivos triples, aparecen en tres escalas. De este cuadro podemos inferir que un 79% (288) dan información solo a una escala; el 17% (64) son compartidos por dos escalas y un 3.8% (14) exploran aspectos de tres escalas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO PRUEBA T.

En relación a la distribución de frecuencias de los hombres y mujeres universitarios mexicanos, se presenta continuación, en cuadros para cada género.

Cuadro 8

Media, desviación estándar y rango de las Escalas de Contenido para la muestra de universitarios mexicanos (813 hombres).

Escalas	Número de reactivos	Media	Desviación Estándar	Rango
ANS	23	6.35	4.29	21
MIE	23	4.92	3.38	20
OBS	16	4.83	3.04	14
DEP	33	5.85	4.25	26
SAU	36	5.97	3.82	24
DEL	23	2.67	2.37	13
ENJ	16	5.56	3.14	16
CIN	23	11.32	4.88	23
PAS	22	10.23	3.77	20
PTA	19	8.84	3.67	19
BAE	24	4.35	3.36	16
ISO	24	7.40	4.32	21
FAM	25	5.63	3.95	20
DTR	33	6.68	4.70	23
RTR	26	4.31	3.24	18

Cuadro 8A

Media, desviación estándar y rango de las Escalas de Contenido para la muestra de universitarios mexicanos. (1107 mujeres).

Escalas	Número de reactivos	Media	Desviación Estándar	Rango
ANS	23	7.15	4.23	21
MIE	23	7.58	4.01	21
OBS	16	5.27	2.94	15
DEP	33	6.84	4.55	26
SAU	36	6.66	3.99	26
DEL	23	2.42	2.32	15
ENJ	16	5.59	2.96	15
CIN	23	10.79	4.47	22
PAS	22	8.68	3.10	18
PTA	19	9.10	3.26	19
BAE	24	4.81	3.71	22
ISO	24	7.35	4.16	22
FAN	25	6.14	4.08	21
DTR	33	7.83	4.98	29
RTR	26	4.65	3.48	18

La distribución de frecuencias permite, junto con la fórmula de la T lineal, establecer la variabilidad de las puntuaciones convertidas en calificación T lineal por género, para cada escala.

Cuadro 9

DISTRIBUCIÓN Y LINEAL ESCALAS DE CONTENIDO GRUPO MASCULINO UNIVERSITARIOS MEXICANOS.															
PUNT NAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
27															
26				98											
25				96											
24				93	98										
23				91	95			74							85
22				89	92			72							83
21	85			86	90			70				82			81
20	83	96		84	87			68	76			79	87	79	
19	80	93		81	84			66	74	78		77	84	76	
18	78	90		79	82			64	71	76		75	82	74	93
17	75	87		77	79			62	68	73		72	79	72	90
16	73	84		74	77		84	60	66	70	85	70	77	70	87
15	71	81		72	74		81	58	63	67	82	68	74	68	83
14	68	78	81	70	71		77	56	60	64	79	65	72	66	80
13	66	75	77	67	69	95	74	54	58	62	76	63	69	64	77
12	64	72	74	65	66	91	71	51	55	59	73	61	66	61	74
11	61	68	71	62	63	87	68	49	52	56	70	58	64	59	71
10	59	65	67	60	61	82	65	47	49	53	67	56	61	57	68
9	56	62	64	58	58	78	61	45	47	51	64	54	59	55	65
8	54	59	61	55	56	73	58	43	44	48	61	51	56	53	62
7	52	56	57	53	53	69	55	41	41	45	58	49	54	51	58
6	49	53	54	50	50	65	52	39	39	42	55	47	51	49	55
5	47	50	51	48	48	60	48	37	36	39	52	44	48	47	52
4	45	47	47	46	45	56	45	35	33	37	49	42	46	44	49
3	42	44	44	43	42	52	42	33	31	34	46	40	43	42	46
2	40	41	41	41	40	47	39	31	28	31	43	37	41	40	43
1	37	38	37	39	37	43	35	29	25	28	40	35	38	38	40
0	35	35	34	36	34	39	32	26	22	26	37	33	36	36	37
	ANG	NIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR

Cuadro 9A.

DISTRIBUCIÓN LINEAL ESCALAS DE CONTENIDO GRUPO FEMENINO UNIVERSITARIAS MEXICANAS.															
PUNTO MAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
29															93
28															91
27															89
26				93	100										87
25				90	97										85
24				88	95										83
23				86	92										81
22				84	89			24			96	86			79
21	83	84		82	87			27			94	83	87		77
20	81	81		79	84			29			91	81	85		75
19	78	79		77	82			31		81	88	79	82		73
18	76	76		75	79			33	80	78	86	76	80	71	89
17	74	74		73	77			36	77	75	83	74	77	69	86
16	71	71		70	74			38	74	72	80	71	75	67	84
15	69	69	84	68	72	105	83	40	71	68	78	69	72	65	81
14	66	66	80	66	69	100	79	43	67	65	75	66	70	63	78
13	64	64	77	64	66	96	76	45	64	62	72	64	67	61	75
12	62	61	73	62	64	92	72	47	61	59	69	61	65	59	72
11	59	59	70	59	61	87	69	49	58	56	67	59	62	57	69
10	57	56	67	57	59	83	66	52	55	53	64	57	60	54	66
9	55	54	63	55	56	79	62	54	51	50	61	54	57	52	63
8	52	51	60	53	54	74	59	56	48	48	59	52	55	50	60
7	50	49	56	50	51	70	55	58	45	43	56	49	52	48	57
6	47	46	53	48	48	66	52	61	42	40	53	47	50	46	54
5	45	44	49	46	46	61	48	63	38	37	51	44	47	44	51
4	43	41	46	44	43	57	45	65	35	34	48	42	45	42	48
3	40	39	42	42	41	53	41	68	32	31	45	30	42	40	45
2	38	36	39	39	38	47	38	70	29	28	42	37	40	38	42
1	35	34	36	37	36	44	34	72	25	25	40	35	37	36	39
0	33	31	32	35	33	40	31	74	22	22	37	32	35	34	36
	ANG	MIE	DES	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR

Con las T Lineales se observó que representaban percentiles variables en las diferentes escalas, por lo que era imposible la comparación de resultados entre diferentes escalas, aun para un mismo sujeto. Por tal motivo Tellegen (1988) desarrollo las T Uniformes.

Cuadro 10

DISTRIBUCIÓN T UNIFORME DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO GRUPO MASCULINO UNIVERSITARIOS MEXICANOS. N=813															
PUNT. MAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
36					111										
35					109										
34					107										
33				106	105									102	
32				104	103									101	
31				102	101									99	
30				100	99									97	
29				98	97									95	
28				96	95									93	
27				94	93									91	
26				92	92									89	110
25				90	90								98	87	107
24				88	88						103	90	95	85	104
23	92	98		86	86	120		83			100	88	93	83	102
22	89	95		84	84	120		80	94		97	85	90	81	99
21	86	93		82	82	118		76	90		95	83	88	79	96
20	84	90		80	80	115		73	85		92	80	85	77	93
19	81	88		78	78	111		70	81	85	89	78	83	75	91
18	78	85		76	76	107		66	77	81	87	75	80	73	88
17	76	82		74	74	104		63	73	77	84	73	78	71	85
16	73	80	87	72	72	100	87	59	69	73	81	70	76	69	83
15	71	77	83	70	71	96	83	56	64	69	79	68	73	67	80
14	68	75	80	68	69	93	79	53	60	65	76	65	71	65	77
13	65	72	77	66	67	89	76	51	56	61	74	63	68	63	74
12	63	70	73	64	65	85	72	49	53	57	71	60	66	61	72
11	60	67	70	62	63	82	68	47	50	54	68	57	63	59	69
10	57	64	67	60	61	78	64	46	48	51	66	55	61	57	66
9	55	62	63	58	59	74	60	45	46	49	63	53	58	55	64
8	53	59	60	56	57	70	57	43	44	47	60	51	56	53	61
7	51	57	57	54	55	67	53	42	42	45	58	50	54	52	58
6	50	54	54	52	52	63	51	41	40	43	55	48	52	50	56
5	48	51	51	50	49	59	48	39	38	41	53	46	50	48	53
4	46	49	48	47	46	56	46	38	36	38	51	43	47	46	51
3	44	45	45	44	42	53	43	36	34	35	48	40	45	43	48
2	40	42	41	41	37	50	39	33	30	31	44	37	41	40	44
1	36	37	37	36	31	46	35	31	30	30	39	32	37	36	39
0	31	32	31	31	30	40	30	30	30	30	33	30	33	31	33
	ANG	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR

Cuadro 10A

DISTRIBUCIÓN Y UNIFORME DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO GRUPO FEMENINO UNIVERSITARIAS MEXICANAS. N=1107															
PUNTO NAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
36					112										
35					110										
34					108										
33				100	106									99	
32				98	104									97	
31				96	102									95	
30				94	100									93	
29				93	98									91	
28				91	96									89	
27				89	94									87	
26				87	92									85	103
25				85	90								98	84	100
24				83	88						93	93	95	82	98
23	92	94		81	86	119		86			91	90	92	80	95
22	89	91		80	83	116		83	107		89	87	90	78	93
21	86	88		78	81	113		79	103		87	85	87	76	91
20	83	85		76	79	110		76	98		85	82	85	74	88
19	80	82		74	77	106		72	94	87	83	79	82	72	86
18	78	79		72	75	103		69	89	83	80	77	79	70	83
17	75	76		70	73	100		66	84	79	78	74	77	68	81
16	72	73	90	69	71	97	87	62	80	75	76	71	74	66	79
15	69	70	86	67	69	93	83	59	75	71	74	69	72	64	76
14	67	67	82	65	67	90	80	56	70	67	72	66	69	62	74
13	64	64	78	63	65	87	76	53	66	63	70	63	67	60	72
12	61	61	74	61	63	82	72	51	61	58	68	61	64	58	69
11	58	58	70	59	61	81	68	49	57	55	65	58	61	56	67
10	56	55	66	57	59	77	65	47	53	51	63	56	59	54	64
9	53	53	62	56	57	74	61	45	49	49	61	53	56	53	62
8	51	51	59	54	55	71	57	44	46	46	59	51	54	51	60
7	50	49	55	52	52	68	54	42	44	43	57	50	52	49	57
6	48	47	52	50	50	64	51	41	42	41	55	48	50	48	55
5	46	45	49	47	47	61	48	39	39	39	52	45	48	45	53
4	44	42	46	45	44	58	46	37	37	36	50	43	46	43	50
3	41	39	43	41	40	55	42	35	34	33	47	40	43	41	47
2	38	36	40	38	36	51	38	32	31	30	43	37	40	38	43
1	34	32	35	33	30	45	33	30	30	30	38	32	36	34	38
0	30	30	30	30	30	37	30	30	30	30	32	30	31	30	32
	ANG	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTD

Cuadro 11

DISTRIBUCIÓN UNIFORME DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO GRUPO MASCULINO MUESTRA NORMATIVA NORTEAMERICANA.															
PUNT NAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
36					112										
35					110										
34					108										
33				100	106										98
32				99	105										96
31				97	103										94
30				95	101										92
29				94	99										90
28				92	97										89
27				90	95										87
26				88	93										85 104
25				87	91									105	83 101
24				85	89						101	89	102	81	99
23	92	113		83	87	120		83			98	86	99	79	97
22	90	110		82	85	119		80	94		96	84	97	78	94
21	87	107		80	83	115		77	90		93	81	94	76	91
20	85	103		79	81	112		74	87		91	78	91	74	89
19	82	100		77	80	108		71	83	89	88	76	88	72	86
18	80	97		75	78	105		68	79	85	85	73	85	70	84
17	77	93		73	76	101		65	76	81	83	71	82	68	81
16	75	90		71	74	98	86	62	72	77	80	68	80	67	79
15	72	87	84	70	72	94	82	59	69	72	77	65	77	65	76
14	70	84	80	68	70	91	78	56	65	68	75	63	74	63	74
13	67	80	77	66	68	88	74	54	62	64	72	60	71	61	71
12	65	77	73	65	66	84	70	52	58	60	70	56	68	59	69
11	62	74	70	63	64	81	67	51	55	56	67	55	66	57	66
10	60	70	66	61	62	77	63	49	53	53	64	54	63	56	64
9	57	67	63	59	60	74	59	48	51	50	62	52	60	54	61
8	55	64	59	58	58	70	56	47	49	48	59	50	57	52	59
7	53	60	56	56	56	67	53	46	47	46	57	49	55	50	56
6	52	57	53	55	53	63	50	44	46	44	55	47	52	48	54
5	50	54	50	53	51	60	48	43	44	43	53	45	50	46	52
4	47	51	47	51	48	57	46	41	42	41	51	43	47	44	49
3	45	48	44	48	44	54	43	40	40	38	48	41	44	41	47
2	42	45	41	45	41	51	40	38	37	38	45	39	41	39	43
1	39	41	37	41	39	46	36	35	34	32	41	35	37	36	39
0	35	35	33	36	33	39	32	32	30	30	35	32	33	33	35
	ANG	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR

Cuadro 11A

DISTRIBUCION T UNIFORMES DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO															
GRUPO FEMENINO NORMATIVO NORTEAMERICANO.															
PUNT NAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
36					107										
35					105										
34					103										
33				97	101										99
32				95	100										97
31				93	98										95
30				92	96										92
29				90	94										90
28				88	92										88
27				87	90										86
26				85	89										84
25				83	87									99	82
24				82	85						97	87	96	80	97
23	89	101		80	83	113		83			94	84	94	78	95
22	86	98		78	81	110		80	98		92	82	91	76	92
21	84	94		77	79	108		77	94		89	80	89	73	89
20	81	91		75	77	105		75	91		86	77	86	71	87
19	79	88		73	76	102		72	88	94	84	75	83	69	84
18	76	85		72	74	99		69	85	90	81	72	81	67	82
17	74	81		70	72	96		67	82	86	78	70	78	65	79
16	71	78	87	68	70	93	88	64	78	81	76	68	75	63	77
15	69	75	83	67	68	90	84	61	75	77	73	65	73	61	74
14	66	72	79	65	66	87	80	58	72	73	70	63	70	59	72
13	64	68	75	63	64	84	76	57	69	69	68	60	68	57	76
12	61	65	71	62	63	81	72	54	66	64	65	58	65	55	67
11	59	62	67	60	61	79	68	53	63	60	62	56	62	54	64
10	56	59	63	58	59	76	64	51	59	56	60	54	60	52	61
9	55	56	59	57	57	73	60	50	56	53	57	52	57	51	59
8	53	53	56	55	55	70	56	48	54	50	55	51	55	50	57
7	51	51	53	54	53	67	53	47	52	48	54	49	52	48	55
6	49	48	50	52	51	64	50	46	49	45	52	48	50	46	53
5	47	46	48	50	49	61	47	44	47	43	51	46	47	45	51
4	45	43	46	48	46	58	45	42	45	41	49	44	45	43	49
3	43	41	44	45	43	56	42	40	42	38	47	41	42	40	46
2	40	38	41	42	40	52	39	38	39	36	44	39	39	37	43
1	37	35	37	39	36	47	36	35	36	33	40	35	36	34	39
0	34	31	32	34	32	39	31	32	33	30	35	32	32	31	35
	ANG	MIE	DBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAH	DTR	RTR

Fue con el desarrollo de las T Uniformes (Tellegen, 1988) que se resolvió el problema de la falta de equivalencia percentilar; siguiendo el proceso de Tellegen (1988), se desarrollaron las T Uniformes de la muestra mexicana (Ver cuadro 9 y 10).

Estas nuevas T Uniformes permiten establecer baremos más reales, basados en la comparación de las puntuaciones de las 15 Escalas de Contenido, para cada uno de los grupos por género. Este puntaje T uniforme es equivalente para todas las escalas en términos de percentiles. Y con ello se facilita más su interpretación clínica.

La comparación de las T Uniformes entre el grupo de mexicanos y el normativo norteamericano, muestra diferencias, que podría decirse son mínimas, sin embargo el establecer los baremos de respuesta para cada grupo, permite generar un perfil del MMPI-2 con base en las puntuaciones sólo de los mexicanos y no emplear un baremo de otro país, como un agregado a él (Monzón, Páez y Lúcio 1995).

Hay diferencia entre las puntuaciones T Uniformes entre los mexicanos y norteamericanos, varía por 3 ó 4 puntos, para los hombres y las mujeres, a fin de apreciarlo mejor se incluyó (Cuadro 11) las T Uniformes desarrolladas por Butcher et al., (1993).

Para la obtención de los puntajes T Uniformes se siguieron los pasos propuestos en el paquete UTPAK, desarrollado por Tellegen (1988) en la Universidad de Minnesota (1994), utilizando los percentiles de las Escalas de Contenido. El programa UTPAK se diseñó para permitir a los investigadores el desarrollo de sus propios baremos, y la obtención de puntajes T estandarizados utilizando la población original con la que fue validado el MMPI-2.

Como uno de los objetivos de esta investigación es la obtención de nuestras propias normas de calificación, fue necesario crear, para todas las escalas, un archivo de frecuencias en términos de percentiles que permitiera describir las normas de calificación de nuestra población. El procedimiento para obtener los puntajes T Uniformes se divide básicamente en tres etapas, cada una de ellas creando los archivos o bases de datos que sirven para el siguiente paso hasta obtener el resultado buscado. El primero y el último de estos pasos giran alrededor de dos programas proporcionados por el paquete UTPAK en sí denominados INTERPOL.EXE y UTTABLE.EXE .

El segundo paso es un programa escrito para SPSS el cual hay que modificar de acuerdo a la problemática particular de los grupos que se estudian, pero siguiendo siempre las instrucciones proporcionadas con el paquete UTPAK. El mismo está acompañado de ejemplos que facilitan su comprensión y permiten comprobar que

cada paso se ha llevado a cabo adecuadamente, por ello se tiene la seguridad de que los resultados son correctos.

En las tablas se observa diferencia en las puntuaciones T uniformes de los mexicanos, al compararse con las puntuaciones T lineares, puesto que con los procesos estadísticos que se siguen para la obtención de las T uniformes se logró establecer paridad entre las puntuaciones y los valores percentilares, para que sea mayor la coherencia entre los resultados de las escalas, situación que según se (Colligan et al, 1988) escapaba a la conversión de las T lineares. (cuadro 9)

Estas tablas (cuadro 10) permite establecer baremos propios para la población mexicana, pues al comparar las puntuaciones T Uniformes de los estudiantes mexicanos con respecto a la muestra norteamericana (cuadro 11) se observan diferencias, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres.

Estas diferencias nos conducen a proponer estudios para establecer normas propias de calificación en las otras escalas del MMPI-2.

PRUEBA t DE STUDENT

Otro análisis estadístico empleado para determinar la significancia de las diferencias de las medias de los rasgos que evalúa el MMPI-2, entre el grupo de mexicanos y norteamericanos, fue la Prueba estadística t de Student (Ver cuadro 12).

Cuadro 12

PRUEBA T PARA PUNTAJES NATURALES MMPI-2 (MASCULINO).						
	UNIVERSITARIOS NORTeamERICANOS (n=515)		UNIVERSITARIOS MEXICANOS (n= 813)			
ESCALA	MEDIA	D.S	MEDIA	D.S	t DE STUDENT	SIG
ANS	6.856	4.473	6.352	4.298	2.05	.01
MIE	3.111	4.473	4.926	3.383	-10.19	.001
OBS	5.425	3.247	4.838	3.048	3.33	.001
DEP	6.132	5.071	5.854	4.259	1.08	
SAU	5.476	4.077	5.979	3.829	-2.27	.01
DEL	3.511	2.917	2.679	2.373	5.69	.001
ENJ	6.753	3.444	5.565	3.146	6.36	.001
CIN	10.619	4.753	11.320	4.886	-2.57	.01
PAS	9.361	4.003	10.231	3.772	-4.00	.001
PTA	8.650	3.726	8.849	3.673	-0.96	

Cuadro 12A

PRUEBA T PARA PUNTAJES NATURALES MMPI-2 (MASCULINO).						
ESCALA	UNIVERSITARIOS NORTEAMERICANOS (n=515)		UNIVERSITARIOS MEXICANOS (n= 813)		t DE STUDENT	SIG
	MEDIA	D.S	MEDIA	D.S		
BAE	4.144	3.585	4.354	3.362	-1.08	
ISO	6.004	4.479	7.403	4.326	-5.66	.001
FAM	6.256	3.932	5.631	3.950	2.81	.01
DTR	8.188	5.324	6.686	4.701	5.39	.001
RTR	4.965	3.583	4.315	3.243	3.42	.001

Con la prueba t de Student se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 13 escalas, para los hombres, se observa que de ellas cuatro la, $p=0.01$ y en nueve $p=0.001$; en las escalas Depresión, Conducta Tipo A y Baja Autoestima, no se encontraron diferencias significativas.¹

Estas diferencias estadísticas son significativas solo en algunas escalas, para los hombres son diferentes en las escalas Miedo, Pensamiento Delirante, Enojo e Incomodidad Social, resultado significativa estadísticamente al 0.001; Estas diferencias se deben más a factores de orden cultural; Sin embargo clínicamente no hay diferencias, pues con el MMPI-2 las Escalas de Contenido junto con las Escalas Clínicas se puede explicar clínicamente los rasgos de personalidad de los sujetos.

¹ La significancia se obtuvo de la tabla de valores críticos de t de estudent, (Siegel, 1988) cuando los grados de libertad son infinitos.

Cuadro 12A

PUNTUACIONES T DE STUDENT PARA PUNTAJES NATURALES DEL MMPI-2 (FEMENINO)						
ESCALA	UNIVERSITARIAS NORTEAMERICANAS (n=797)		UNIVERSITARIAS MEXICANAS (n=1107)		t DE ESTUDENT	SIG
	MEDIA	D.S	MEDIA	D.S		
ANS	8.309	4.629	7.155	4.233	5.64	.001
MIE	6.286	3.628	7.587	4.014	7.26	.001
OBS	6.479	3.387	5.270	2.941	8.30	.001
DEP	7.558	5.254	6.843	4.555	3.17	.01
SAU	6.778	4.698	6.668	3.997	0.55	
DEL	3.281	2.889	2.420	2.321	8.40	.001
ENOJO	6.782	3.161	5.592	2.968	8.40	.001
CIN	9.960	5.249	10.791	4.479	-3.72	.001
PAS	7.849	3.765	8.688	3.103	-5.32	.001
PTA	8.312	3.629	9.108	3.264	-5.01	.001
BAE	5.839	4.358	4.819	3.715	5.49	.001
ISO	6.448	4.323	7.353	4.163	-4.60	.001
FAM	6.984	3.967	6.143	4.086	4.49	.001
DTR	10.547	5.687	7.835	4.981	11.04	.001
RTR	5.824	4.131	4.658	3.486	6.66	.001

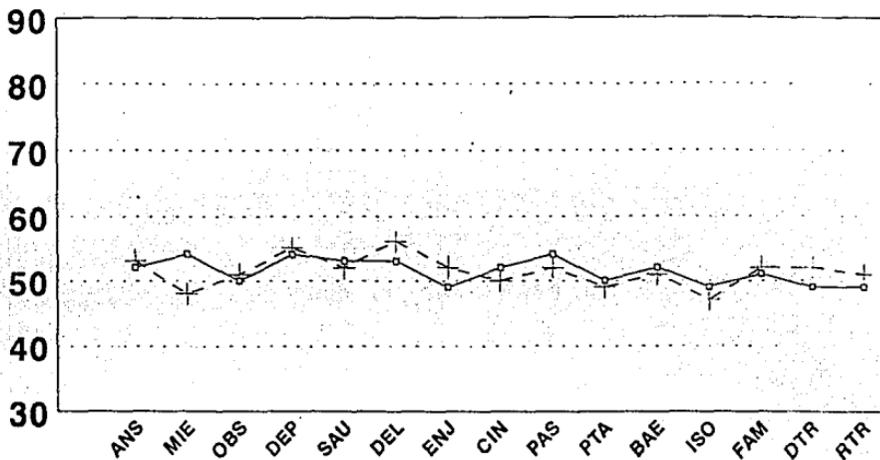
En el cuadro 13 se observa que en la mayoría de los valores de t de student son significativos ($P = 0.001$), lo que indica que si hay diferencias en las características de personalidad evaluadas mediante el MMPI-2, entre las universitarias mexicanas y las norteamericanas. La escala Depresión resulta significativamente diferente, cuando $p = 0.01$. Solamente en la escala Preocupación por la Salud (SAU) la diferencia no es significativa.

Estas diferencias estadísticamente significativas se observan más en las escalas Obsesión, Enojo, Conducta Tipo A y Dificultades en el trabajo.

Para facilitar su interpretación de convirtieron las medias, en puntuaciones T y se graficaron (Ver gráficas 4 y 5).

PERFILES MASCULINOS DEL MMPI-2 EN ESTUDIANTES

PUNTAJES T

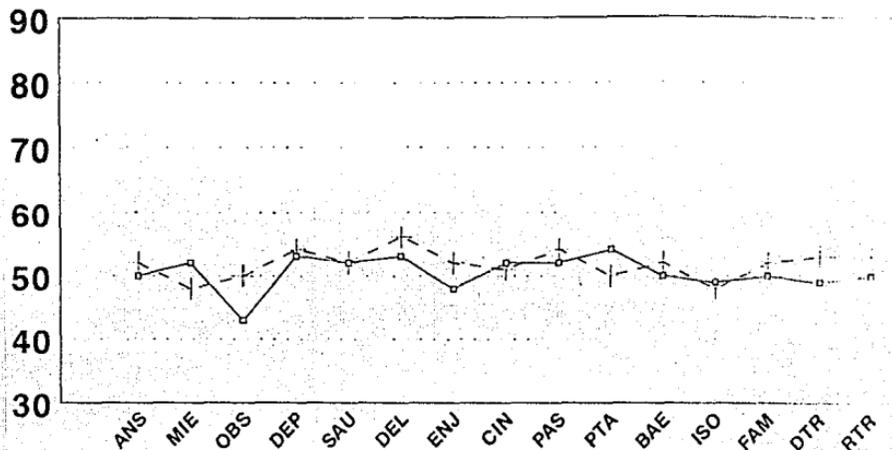


MEXICANOS	52	54	50	54	53	53	49	52	54	50	52	49	51	49	49
NORTEAME.	53	48	51	55	52	56	52	50	52	49	51	47	52	52	51

○ MEXICANOS + NORTEAME.

PERFILES FEMENINOS DEL MMPI-2 EN ESTUDIANTES

PUNTAJES T



MEXICANAS	50	52	43	53	52	53	48	52	52	54	50	49	50	49	50
NORTEAME.	52	48	50	54	52	56	52	51	54	50	52	48	52	53	53

—□— MEXICANAS -|- NORTEAME.

GRAFICA 5

ANALISIS DE CORRELACION

Otra forma de analizar las puntuaciones de las Escalas de Contenido, para la muestra de universitarios mexicanos, fue la obtención de la Correlación Producto Momento de Pearson agrupando el número de reactivos primero por mitades y después por verdaderos-falsos (Cuadro 13). La finalidad de este análisis es conocer si las puntuaciones de los universitarios mexicanos guardan asociación entre las diferentes escalas.

Cuadro 13

CORRELACION ESCALA CON ESCALA (METODO POR MITADES) UNIVERSITARIOS MEXICANOS.						
ESCALA	POBLACION TOTAL (n=1920)		MASCULINO (n=813)		FEMENINO (n=1107)	
	MITADES	VER - FAL	MITADES	VER - FAL	MITADES	VER - FAL
ANS	.43	.34	.44	.35	.42	.32
MIE	.37	.48	.28	.42	.42	-.44
OBS	.52	---	.54	---	.51	---
DEP	.37	.55	.35	-.51	.39	-.57
SAU	.02	.43	.05	.40	.00	-.45
DEL	.47	-.15	.45	-.13	.48	-.16
ENJ	.50	-.12	.52	-.10	.49	-.14
CIN	.63	---	.66	---	.61	---
PAS	.45	---	.49	---	.39	---
TPA	.48	---	.51	---	.45	---
BAE	.51	-.27	.47	-.19	.54	-.34
ISO	.20	-.49	.20	-.48	.19	-.49
FAM	.30	-.48	.30	-.45	.31	-.51
DTR	.59	-.18	.54	-.18	.60	-.30
RTR	.44	-.11	.41	-.09	.46	-.15

Para esta correlación se agruparon los 366 reactivos de acuerdo a cada una de sus escalas; Para cada escala se correlacionó primero mitades y luego verdadero-falso (V-F) con los 1920 casos y después para los grupos de hombres, separado de las mujeres.

Se sabe que no hay exactamente el mismo número de reactivos falsos y verdaderos en cada escala, tampoco es real que la mitad de los reactivos de la escala sean la contraparte de la otra mitad. Pero esta forma de valorar su correspondencia a través de la estadística, permite concluir que si hay asociación y si se observa la tabla se verá que en aquellas escalas donde no hay reactivos falsos, la puntuación de la correlación es más moderada en la correlación por mitades.

Se puede concluir que los reactivos entre sí correlacionan de baja pero definida, a moderadamente (Guilford, 1954).

Los valores de la correlación para cada escala indican lo siguiente:

La escala Ansiedad (ANS) al correlacionar sus reactivos por mitades siempre muestra correlaciones moderadas (de .40 a .70) y significativas al .000. Cuando se correlacionaron los reactivos verdaderos contra los falsos, la correlación disminuye a ser baja, (de .20 a .40) aunque definida.

La escala Miedo (MIE) correlaciona los reactivos por mitades en forma moderada (de .40 a .70) y significativa al .000. Cuando se correlacionaron verdaderos con falsos, las correlaciones son moderadas y para las mujeres se correlacionan en forma inversa.

La escala Obsesión (OBS) sólo se pudo correlacionar mitad con mitad, pues no tiene reactivos falsos. Su correlación siempre es moderada, es decir van de (.40 a .70), resultando significativas.

La escala Preocupación por la Salud (SAU) mostró correlación leve (menor a .20) y no significativa al dividir los reactivos en mitades. En cambio correlacionó moderadamente (de .40 a .70) en la correlación verdadero-falso, esta correlación fue negativa, es decir inversamente proporcional, sólo para las mujeres.

La escala Pensamiento Delirante (DEL) correlaciona moderadamente (de .40 a .70) cuando se usa para ello los reactivos por mitades y cuando se correlaciona por verdadero-falso, la correlación se torna débil (menor a .20) y negativa.

La escala enojo (ENJ) correlaciona moderadamente (de .40 a .70) por mitades y muy leve (menor a .20) por verdaderos-falsos, además de ser inversamente proporcional.

La escala Cinismo (CIN) correlacionó en forma moderada (de .40 a .70), dividiendo sus reactivos en mitades. No tiene reactivos falsos, por lo que esta correlación no se estableció.

La escala prácticas antisociales (PAS) correlaciona moderadamente para la muestra total (de .40 a .70) y para el grupo de hombres. Para las mujeres correlaciona en forma baja, menores a (.20).

La escala Conducta Tipo A (PTA) correlaciona moderadamente (de .40 a .70) en sus reactivos por mitades y tampoco tiene reactivos falsos.

La escala Baja Autoestima (BAE) correlaciona moderadamente (de .40 a .70), cuando se compara mitad contra mitad. La correlación de sus falsos contra verdaderos, los valores disminuyeron a baja pero definida (de .20 a .40) y siempre en forma inversamente proporcional.

La escala Incomodidad Social (ISO) mostró una correlación baja (menor a .20), al establecerla entre sus mitades de reactivos, en cambio la correlación se mostró moderada (de .40 a .70) en sus reactivos verdadero-falso, pero negativa.

La escala Problemas Familiares (FAM) mostró una correlación baja (menor a .20) al establecerla entre sus mitades de reactivos, en cambio la correlación se mostró moderada (de .40 a .70) en sus reactivos verdadero-falso, pero negativa.

La escala Dificultad en el Trabajo (DTR) correlaciona en forma moderada (de .40 a .70) cuando se compara mitad contra mitad. Cuando se correlacionan falsos contra verdaderos las correlaciones se muestran bajas (menores a .20), pero definidas e inversamente proporcionales.

La escala Rechazo al Tratamiento (RTR) mostró correlación moderada (de .40 a .70) para sus mitades, no así con sus reactivos verdadero-falso, donde fue baja (de .20 a .40) pero definida e inversamente proporcional.

Todos las correlaciones moderadas resultan significativas al .000 algunas de las correlaciones bajas no resultaron significativas.

Estos datos nos permiten concluir que los reactivos de dichas escalas realmente miden lo que pretenden medir.

Se aplicó un análisis con el coeficiente de correlación Producto Momento de Pearson escala con escala, (cuadro 14) observándose correlaciones altas, moderadas y bajas.

Cuadro. 14

CORRELACION ESCALA CON ESCALA UNIVERSITARIOS MEXICANOS.															
	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
ANS	1	.38	.72	.70	.47	.43	.51	.41	.25	.48	.58	.32	.51	.75	.60
MIE		1	.34	.28	.22	.19	.22	.23	.09	.27	.27	.10	.20	.36	.30
OBS			1	.62	.34	.45	.49	.46	.31	.49	.62	.31	.49	.75	.73
DEP				1	.37	.37	.42	.37	.23	.37	.68	.40	.55	.72	.73
SAU					1	.30	.25	.18	.06	.18	.29	.15	.35	.38	.26
DEL						1	.36	.44	.36	.37	.30	.10	.45	.39	.38
ENJ							1	.41	.35	.62	.39	.20	.47	.47	.40
CIN								1	.73	.52	.36	.18	.41	.40	.46
PAS									1	.43	.25	.10	.32	.26	.32*
PTA										1	.35	.18	.43	.47	.39
BAE											1	.46	.45	.74	.72
ISO												1	.25	.41	.43
FAM													1	.52	.49
DTR														1	.74
RTR															1

Todas las correlaciones resultaron significativas al .000 solo la escala Prácticas Antisociales al correlacionar con la escala Rechazo al Tratamiento, señaladas con dos asteriscos, correlaciono al .05 de significancia.

La interpretación de la correlación indica que al tomar en cuenta los referentes teóricos podemos inferir que la escala Ansiedad (ANS) tiene relación con los parámetros de todas las Escalas de Contenido, pero sobre todo con las escalas: Enojo (ENJ) (.76), Obsesión (OBS) (.72) y Depresión (DEP) (.70). La teoría sobre las características del rasgo de personalidad, Ansiedad, señala que el sujeto se ve limitado en sus posibilidades de actuación de los sujetos y se complementa con síntomas de Obsesión, Depresión e Dificultad en el Trabajo. Esta escala correlaciona en forma baja cuando se trata de la escala Prácticas Antisociales (PAS) (.25) y Miedo (MIE) (.38). Esta situación se explica a partir de que una persona que realiza prácticas antisociales, no vivencia Miedo y por ello tampoco entraría en cuadros de Ansiedad.

La escala Miedo (MIE) muestra que sus puntuaciones más altas de correlación son con las escalas Ansiedad (.38) o Rechazo al Tratamiento (.30), pero aún así estos valores nos hablan de una correlación baja, similar a la que mantiene con el resto de las escalas. Esta escala es en general la que muestra menor grado de correlación con el resto del componente de la prueba MMPI-2.

La escala Obsesión correlaciona en forma marcada con las escalas Dificultad en el Trabajo (.75), Ansiedad (.72) e Rechazo al Tratamiento (.65) y en forma baja con la escala Prácticas Antisociales e Incomodidad Social (.31 para ambas). Esto indica que los parámetros de la escala Obsesión pueden mostrar aumento de ella, en tanto que también aumente los indicadores de las escalas Dificultad en el Trabajo, e Rechazo al Tratamiento y Ansiedad.

La escala Depresión correlaciona en forma marcada con la escala Rechazo al Tratamiento (.73), Interferencia en el tratamiento (.73) y Ansiedad (.70), lo que nos permite asegurar que mientras un paciente muestre rasgos depresivos, es más limitado sus avances en el tratamiento. La escala Depresión muestra correlación baja con las Prácticas antisociales (.23) y con la escala Miedo (.28), lo que indica poca relación entre los criterios que mide cada una.

La escala Preocupación por la Salud (SAU) muestra correlaciones baja y leves con las escalas. De ellas las más altas son con la escala Ansiedad (.47), Problemas Familiares (.35) y Dificultad en el Trabajo (.38). Esto indica que hay poca probabilidad de esperar que al aumentar la puntuación en la escala SAU aumente alguna de las otras escalas.

La escala Pensamiento Delirante (DEL) mostró cuatro correlaciones moderadas (más de .40) con las escalas Ansiedad, Problemas Familiares, Obsesividad y Cinismo. Hubo dos correlación leve con las escalas Miedo e Inconformidad Social. Estos valores indican que una persona con predominancia en Pensamiento Delirante puede tener más problemas en su familia y mostrar conductas de Cinismo.

La escala Enojo (ENJ) correlaciona en forma moderada con la Conducta Tipo A (.65) y con Ansiedad (.51) por que ellas miden aspectos semejantes y por ello se puede esperar que al aumentar o disminuir una ocurra algo similar con la otra. En cambio con las escalas Miedo e Incomodidad Social se observa una correlación leve, por lo que respecto a ella, hacer alguna inferencia resulta muy arriesgado.

La escala Cinismo CIN mostró correlación marcada con la escala Prácticas Antisociales (.73), que en este caso nos señala similitud en las puntuaciones de ambas. Con las escalas Preocupación por la Salud e Incomodidad Social muestra una correlación de (.18) que indica que es muy leve y tiene al azar.

La escala Prácticas Antisociales (PAS) correlacionó en forma marcada con la escala Cinismo (.72). Las escalas con las que muestra correlaciones leves son: Incomodidad Social (ISO), Miedo y Preocupación por la Salud. Estas puntuaciones nos señalan que hay una estrecha relación entre las conductas reportadas en la escala PAS con la escala CIN.

La escala Personalidad tipo A (PTA) correlaciona de moderado a bajo con todas las escalas, sin embargo con la que muestra puntuación más alta es con las escalas Enojo y Cinismo (.65 y .52 respectivamente). Las escalas donde la correlación es más baja son Preocupación por la Salud e Incomodidad Social.

La escala Baja Autoestima (BAE) muestra correlaciones marcadas con las escalas Dificultad en el Trabajo y Rechazo al Tratamiento. Y correlaciona en forma baja con las escalas Miedo y Prácticas Antisociales.

La escala Incomodidad social (ISO) muestra como correlación máxima puntuaciones de .41 y .43 con las escalas Dificultad en el trabajo y Rechazo al el tratamiento respectivamente, lo que indica que hay una correlación moderada. Hay tres correlaciones leves con las escalas Miedo, Pensamiento Delirante y Prácticas Antisociales.

La escala Problemas Familiares (FAM) correlaciona en forma moderada con la escala Dificultad en el Trabajo (.52). Las correlaciones bajas las da con tres escalas (de .20 a .40). En general correlaciona en forma moderada con las nueve escalas restantes (de .41 a .70).

La escala Dificultad en el Trabajo (DTR) mostró correlación marcada con las escalas Ansiedad, Obsesión, Depresión, Baja Autoestima y Rechazo al Tratamiento. Ello nos permite asegurar que hay una alta probabilidad de que los aspectos que explora la escala DTR se relacionan con los de las otras escalas con las que se correlaciona en forma marcada. La misma escala mostró correlación baja con la escala Prácticas Antisociales.

La escala Rechazo al Tratamiento (RTR) mostró correlaciones marcadas (más de .70) con las escalas Depresión y Dificultad en el Trabajo. La correlación más baja la reporta con la escala Preocupación por la Salud.

Para conocer como se correlacionan las Escalas de Contenido, con las ocho Escalas Clínicas fue necesario aplicar la correlación de Pearson entre ellas. Se eliminó las escalas de validez L, F y K y las escalas 5 y O. (Cuadro 15)

Cuadro 15

CORRELACION ENTRE ESCALAS CLINICAS Y ESCALAS DE CONTENIDO. POBLACION UNIVERSITARIA MEXICANA.									
	Hs	D	HI	Dp	Pa	Pt	Es	Ma	Is
Ans	.21	.53	.16	.22	.37	.58	.46	.15	.49
Mie	.10	.22	.04	.00	.10	.22	.13	-.05	.25
Obs	.04	.31	-.05	.07	.25	.49	.40	.23	.45
Dep	.15	.60	.15	.33	.39	.63	.56	.07	.54
Sau	.76	.39	.52	.22	.34	.38	.42	.14	.24
Del	.04	---	---	.18 ^a	.34	.26	.46	.38	.10
Enj	-.05	.02	-.10	.11	.19	.12	.18	.25	.23
Cin	-.16	---	-.33	-.02	-.18	---	.10	.28	.24
Pas	-.21	-.15	-.34	.00	-.21	---	.11	.34	.12
Pat	-.13	---	.20	---	.09	.07	.11	.24	.20
Bae	.06	.47	.00	.13	.22	.50	.44	-.01	.63
Iso	---	.38	-.14	-.05	.11	.25	.26	-.26	.81
Fam	.09	.24	.08	.38	.30	.29	.47	.27	.29
Dtr	.13	.53	.06	.16	.28	.55	.51	.07	.61
Rtr	---	.40	-.05	.15	.22	.45	.46	.04	.56

* significativos al .01.
no asterisco significativos al 0.000
valores omitidos no resultaron significativos.

En la correlación se observan puntuaciones de .40 a .70 que indican que es hay correlación moderada entre las escalas, y en la mayoría de los casos se obtuvo correlaciones de menos de .40, lo que indica que la asociación entre esas escalas es baja o leve. Una de las correlaciones da un valor de .81 y corresponde a las escalas, Incomodidad Social e Introversión-Extroversión, esto indica que la correlación es alta.

La escala Ansiedad muestra mayor correlación con la escala Psicastenia, Depresión, Esquizofrenia y Paranoia. Esto indica que las conductas relacionadas con la Ansiedad, están estrechamente relacionadas con esos cuadros clínicos.

La escala Miedo correlaciona con la escala Depresión y Psicastenia, pero en forma baja.

La escala Obsesión correlaciona en forma moderada Psicastenia y Esquizofrenia.

La escala Depresión correlaciona en forma moderada con las escalas Psicastenia, Depresión, y Esquizofrenia.

La escala Preocupación por la Salud correlaciona en forma marcada con Hiponcondriasis, en forma moderada con Histeria y Esquizofrenia.

La escala Pensamiento Delirante correlaciona con Esquizofrenia.

La escala Enojo correlaciona en forma baja con todas (0.02 a 0.25). Teóricamente se esperaba que correlacionara con puntuaciones más elevadas, pero tal parece que para la población mexicana no ocurre así. Además en esta escala es una de las que se observó mayor diferencia.

La escala Cinismo, Prácticas Antisociales, Conducta Tipo A y Incomodidad social; también correlacionó en forma baja.

La escala Baja Autoestima correlaciona en forma moderada con Psicastenia, Depresión y Esquizofrenia.

La escala Problemas Familiares correlaciona en forma moderada con Esquizofrenia.

Dificultades en el Trabajo correlaciona en forma moderada con Depresión, Psicastenia y Esquizofrenia.

Finalmente Rechazo al Tratamiento correlaciona en forma moderada con las escalas Esquizofrenia, Psicastenia y Depresión.

ANÁLISIS FACTORIAL

Otro análisis estadístico practicado fue el análisis factorial y sirvió para determinar las dimensiones de variabilidad (o factores) de las Escalas de Contenido en la población de universitarios mexicanos.

Para precisar lo se realizó dicho análisis con rotación varimax y con rotación oblicua. Se encontró que los rasgos que evalúan estas escalas, no varían en forma independiente ya que hay cierta dependencia entre ellas, por lo que de 15 escalas se agrupan en dos factores en ambas rotaciones, para el grupo de hombres y tres para el grupo de mujeres.

El análisis factorial realizado tanto para el grupo de hombres (Cuadro 16 y 16A) como de mujeres universitarias (Cuadro 17 y 17A), aplicándose la rotación varimax y oblicua, respectivamente. Encontrando que con la rotación oblicua se explica teóricamente mejor la agrupación de las escalas en factores.

Cuadro 16 Rotación varimax.

ANALISIS FACTORIAL UNIVERSITARIOS MEXICANOS (MASCULINO).		
FACTOR.	EIGEN VALUE.	% VARIANZA EXPLICADA.
1	7.30	48.7
2	1.54	10.3

Se agruparon dos factores con 3 iteraciones, que explican el 60% de la varianza.

ESCALA.	FACTORES.		COMUNALIDAD.
	I	II	
ANS	.76		.73
NIE	.40		.21
OBS	.69		.69
DEP	.81		.74
SAU	.55		.31
DEL		.57	.42
EWJ		.68	.57
CIN		.82	.73
PAS		.85	.73
PTA		.76	.65
BAE	.77		.67
ISO	.60		.36
FAM		.51	.49
DTR	.82		.80
RTR	.73		.68

Cuadro 16A Rotación oblicua.

ANALISIS FACTORIAL UNIVERSITARIOS MEXICANOS (MASCULINO).		
FACTOR.	EIGEN VALUE.	% VARIANZA EXPLICADA.
1	7.30	48.7
2	1.54	10.3

Se agruparon dos factores con 7 iteraciones, que explican el 60% de la varianza.

ANÁLISIS FACTORIAL UNIVERSITARIOS MEXICANOS (MASCULINO).			
ESCALA.	FACTORES.		COMUNALIDAD.
	I	II	
ANS	.84		.73
MIE	.45		.21
OBS	.79		.69
DEP	.86		.74
SAU	.56		.31
DEL		.63	.42
ENJ		.74	.57
CIN		.85	.73
PAS		.84	.73
PTA		.80	.65
BAE	.81		.67
ISO	.57		.36
FAM	.60		.49
DTR	.89		.80
RTR	.81		.68

La agrupación en dos factores es más lógica en la rotación oblicua que en la varimax, pues se puede observar una ligera variación en el peso factorial de todas las escalas, aún cuando continúan agrupándose en dos factores, con la rotación varimax los pesos menores a 0.45 se tendría que excluir, de tal manera que la escala Miedo no quedaría incluida en ningún factor.

Con la rotación oblicua se integran dos factores, el primero con 10 escalas, que teóricamente si están relacionadas con aspectos de interacción personal o psicodinámica; y el segundo con cinco que convergen con aspectos de agresión social.

Cuadro 17 Rotación varimax

ANÁLISIS FACTORIAL UNIVERSITARIAS MEXICANAS (FEMENINO).		
FACTOR.	EIGEN-VALUE.	% VARIANZA EXPLICADA.
1	6.78	45.3
2	1.58	10.6
3	1.14	7.6

Se agruparon tres factores con 5 iteraciones, que explican el 63.5 % de la varianza.

ANALISIS FACTORIAL UNIVERSITARIAS MEXICANAS (FEMENINO).				
ESCALA.	FACTORES.			COMUNALIDAD.
	I	II	III	
AMS			.63	.73
MIE			.36	.20
OBS	.59			.68
DEP	.73			.72
SAU		.73		.58
DEL		.61		.50
ENJ		.59		.51
CIN			.84	.79
PAS			.87	.78
PTA			.53	.54
BAE	.83			.76
ISD	.72			.54
FAM		.59		.52
DTR	.76			.81
RTR	.79			.77

Cuadro 17A Rotación oblicua

ANALISIS FACTORIAL UNIVERSITARIAS MEXICANAS (FEMENINO).		
FACTOR.	EIGEN VALUE.	% VARIANZA EXPLICADA.
1	6.78	45.3
2	1.58	10.6
3	1.14	7.6

Se agruparon tres factores con 7 iteraciones, que explican el 63.5 % de la varianza.

ANÁLISIS FACTORIAL UNIVERSITARIAS MEXICANAS (FEMENTINO)				
ESCALA.	FACTORES.			COMUNALIDAD.
	I	II	III	
ANS			.72	.73
MIE			.40	.20
OBS	.73			.68
DEP	.82			.72
SAU			.72	.58
DEL			.65	.50
ENJ			.65	.51
CIM		.88		.79
PAS		.87		.78
PTA		.64		.54
BAE	.87			.76
ISO	.68			.54
FAM			.65	.52
DTR	.86			.81
RTR	.86			.77

A diferencia del grupo de universitarios varones, para las mujeres se conforman tres factores, también en la rotación oblicua. El factor uno tiene que ver con los aspectos personales o psicodinámicos, el factor dos, agrupó a las escalas donde se ve reflejada la agresión social y el factor tres reúne aspectos que producen manifestaciones de Ansiedad interna, diferente a lo experimentado en el factor uno.

La muestra normativa norteamericana, al igual que la de universitarios koreanos, se agrupa en dos factores (Ver cuadro no. 4) diferentes a los dos en que se agrupan los hombres mexicanos y los tres que resultan del grupo de mujeres mexicanas. Además los pesos factoriales difieren.

Dado que hay diferencias de personalidad significativas entre las muestras estudiadas, mexicana y norteamericana, se aplicó un coeficiente estadístico para determinar la consistencia interna.

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH.

La consistencia interna de las escalas se obtuvo con el Coeficiente Alfa de Cronbach, separando el grupo de universitarios mexicanos por género (Cuadro 18).

Cuadro 18

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH, ESCALAS DE CONTENIDO. UNIVERSITARIOS MEXICANOS		
ESCALA	MASCULINO	FEMENINO
ANS	.7948	.7719
MIE	.7402	.7750
OBS	.7312	.6914
DEP	.7852	.8034
SAU	.7625	.7374
DEL	.6536	.6550
ENJ	.7261	.7454
CIN	.8103	.7644
PAS	.7262	.6133
PTA	.7203	.6449
BAE	.7323	.7765
ISO	.7231	.7672
FAM	.7752	.7830
DTR	.8043	.8044
TRT	.7009	.7315

En relación a este análisis se concluye, que para los hombres solamente una escala presentan un valor de alfa de Cronbach menor a .70 (consistencia interna media) la escala Pensamiento Delirante. Las demás escalas muestran una consistencia alta. Para las escalas donde el coeficiente rebasa .70 indica que poseen una alta consistencia interna.

Para el grupo de las mujeres, el valor de la consistencia para las escalas de Obsesión, pensamiento bizarro, prácticas antisociales y Conducta Tipo A, es menor de .70 por lo que su consistencia interna es media. Pero para las escalas Cinismo, Dificultad en el Trabajo · Rechazo al Tratamiento, la consistencia es muy alta, es decir rebasa el .70.

En resumen se puede estar seguro de que la información que brindan las Escalas de Contenido, para este grupo social, es válida para los mexicanos; por las pruebas estadísticas realizadas y los referentes teóricos, se puede concluir que el instrumento MMPI-2 es estadística y clínicamente confiable.

DISCUSION

En estudios realizados con el MMPI-2 sobre su validez transcultural, Butcher (1999); Lucio y Reyes-Lagunes, (1992a y b); Gómez (1994); Deinard, et al., (1994); Cabiya, (1994) refieren ella se ha probada y por lo tanto puede ser empleado tal cual esta. También sugieren que el hacer la traducción a los diversos idiomas, requiere de procesos ordenados que den paso a una adaptación, así como a una estandarización y con ello la obtención de baremos de calificación más específicos para ese grupo social.

Los recientes estudios desarrollados en el MMPI-2 se han gestado a partir de la necesidad de contar con instrumentos de evaluación de la personalidad actuales y con aplicabilidad real para el tipo de sociedad donde se utilice. De ahí que en México se realizó la traducción del MMPI-2 bajo un rigor metodológico que garantizará la confiabilidad, validez y sensibilidad del instrumento (Lucio, 1992a).

Los estudios reportados donde ya se emplea el MMPI-2, han tocado aspectos sobre las escalas de validez y clínicas como el trabajo de Palacios, (1994) y Taboada, (1993). Ampudia (1994) reportó datos sobre las escalas suplementarias del MMPI-2.

En México, las Escalas de Contenido aún no han sido estudiadas, por lo que se obtuvieron normas para calificar dichas escalas en la idea de que ellas proveerán al psicólogo clínico y a psiquiatras de una herramienta válida y confiable para esta población. De tal suerte que las tablas T Uniformes, las tablas de correlación y los análisis de frecuencias permitirán que en el futuro sean más precisos los datos clínicos obtenidos. Además dentro de esta primer incursión en las Escalas de Contenido del MMPI-2, se analizó la semejanza o diferencia existente en las puntuaciones de la muestra normativa de Estados Unidos y la mexicana. Y entre población universitaria de ambos países.

Los resultados mencionados en el capítulo anterior, permite, señalar la relevancia de ellos, en relación con los postulados teóricos.

Las consideraciones respecto a los postulados teóricos es el siguiente: Para las comparaciones de puntuaciones se emplearon los datos reportados por Butcher et al., (1989) para la muestra normativa de los Estados Unidos de Norteamérica.

La composición por género de ambas muestras (norteamericana y mexicana) fue similar, pues en ambas hubo del 40% al 42% de hombres y del 55% al 60% de

mujeres. Las edades para la muestra norteamericana fluctuó de 18 a 85 años y para la muestra mexicana fluctuó de 17 a 36 años. Grupo de edad que bien puede ser incluido en los rasgos de la muestra normativa norteamericana.

La variable edad también fue tomada en cuenta, en los universitarios norteamericanos fluctuó de 17 a 45. En cuanto a su género, también mostró similitud proporcional.

A través de los análisis de frecuencias se obtuvo que la muestra mexicana estuvo compuesta por un 70% (1341) de alumnos de la facultad de Administración; un 13% (245) de la facultad de Artes y un 17% (334) de la facultad de Ciencias. De los 1920 sujetos, el 42% (815) son varones y el 58% (1107) son mujeres. Sus edades se distribuyen entre 17 y 36 años con una media de 20 años.

ANALISIS DE REACTIVOS

Otro análisis de frecuencias que se realizó fue para desglosar la composición de cada una de las Escalas de Contenido, es decir, determinar cuanto reactivos eran únicos y cuantos eran compartidos (consultar anexo). El desglose del componente por escala se muestra en la tabla número uno. En él se aprecia que de 366 reactivos de las 15 escalas, el 79% (288) exploran sólo una escala; el 17% (64) se comparten en dos escalas y el 3,8% (14) se comparten en tres escalas.

Esto permite determinar que un mismo cuestionamiento de personalidad, por ser psicodinámico, puede explorar más de un rasgo de la personalidad de un sujeto: Por ejemplo, un aspecto que denota una conducta antisocial, también manifiesta la presencia de Problemas Familiares y de problemas en la vida laboral.

El MMPI-2 es un instrumento multidimensional, por ello mide con algunos reactivos más de una dimensión.

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION T.

Otro análisis practicado fue para obtener la distribución T lineal y uniforme de las Escalas de Contenido, (tablas 9 a la 11); para el grupo de hombres y mujeres.

Se encontraron diferencias en las puntuaciones de los mexicanos y los norteamericanos; por ello se retoman los postulados de la Fundación Mayo de

Minnesota (1983); Collogan, Osborne, Swenson y Offord, (1984); Watson, Harris, Johnson y Loberck (1983); Collogan y Offord (1988); pues ellos han coincidido en que conviene usar las normas locales o normativas para un grupo social. Sin embargo al igual que Munley y Zarantonello (1989), se recomienda usar ambas normas, las establecidas para la muestra normativa de los Estados Unidos y la establecida para los universitarios mexicanos, para ampliar la investigación a otras muestras mexicanas de diferentes estratos socioculturales y económicos.

A partir de los postulados de Butcher y Pancheri (1976); Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman (1990), aun en muestras de universitarios pueden haber diferencias significativas en las puntuaciones, debido al origen étnico y a efectos transculturales (Butcher y Pancheri, 1976).

No es necesario decir que el valor de una prueba de esta naturaleza, depende de su estandarización, es decir, que nos permita comparar el resultado individual observado, con la población a la que pertenece el sujeto. Es por esto que la cuestión de estandarizar una prueba, y el método para hacerlo, cobra la más alta importancia. Autores como Reyes-Lagunes ET AL., (1967) y Díaz y Szalaz (1993) coinciden con que usar instrumentos de medición de origen extranjero, con parámetros de calificación de otra cultura, no sería lo más favorable.

En la adaptación del MMPI-2 a nuestro país hemos seguido el proceso de reestandarización realizado por el comité de renovación de la prueba, descrito por Tellegen y Ben-Porath.

T DE STUDENT.

En relación a las puntuaciones naturales obtenidas para cada una de las escalas, se describe cual fue el mínimo, el máximo, la media aritmética y la desviación estándar. Datos empleados para calcular la prueba t de Student y determinar si habían diferencias estadísticamente significativa entre los grupos a compararse.

En la prueba t para el grupo de hombres, se encuentro diferencias estadísticamente significativas al .001 en las escalas Miedo, Obsesión, P. Bizarro, Enojo, Prácticas Antisociales, Incomodidad Social e Rechazo al Tratamiento,

Hubo diferencias estadísticamente significativa al .01 en las escalas de Ansiedad, Preocupación por la Salud, Cinismo y Problemas Familiares.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en las escalas Depresión, Conducta Tipo A y Baja Autoestima.

Para el grupo de mujeres hubo diferencias estadísticamente significativas al .001 para las escalas Ansiedad, Miedo, Observación, Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo y Prácticas Antisociales, Conducta Tipo A, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Problemas Familiares en el trabajo e Indicadores negativos en el tratamiento. Sólo en la escala Depresión la diferencia estadística fue al .01% y la escala Preocupación por la Salud no fue siguiendo la diferencia.

Estos datos comprueban la hipótesis de trabajo y la hipótesis alterna número dos, citado en la página 77.

De igual manera corroboran los postulados de Loper, Kammeier y Hoffman (1973); Lucio op cit., (1993c); Lucio op cit., (1992c); Lucio, Reyes-Lagunes y Scott (1993); y Lucio, Reyes-Lagunes y Ampudia (1993), sobre la diferencia existente entre estas culturas, se puede concluir que dicha diferencia se manifiesta también en las Escalas de Contenido, las diferencias son atribuibles a factores socioculturales como señala Díaz y Szalay (1993) que existen. Las diferencias desde el punto de vista clínicas no existen, pues la personalidad de los americanos y mexicanos es muy similar y los rasgos psicopatológicos son observables y detectables, para ambas poblaciones con el MMPI-2.

CORRELACION DE PEARSON.

Las correlaciones se desarrollaron para determinar la magnitud de la relación entre las reactivos de la propia escala (mitad con mitad; reactivos verdaderos con reactivos falsos), y la relación de una con las respecto a las otras. Además la relación de las Escalas de Contenido con las escalas básicas del MMPI-2.

En la correlación de los reactivos (mitades y verdaderos-falsos) de acuerdo con los valores de la correlación, se observa una relación baja pero definida de acuerdo a los parámetros de estos valores manejados por Padua (1975), pero todas en forma significativa al 0.00.

En la correlación de Pearson entre escalas, todas resultan estadísticamente significativas al 0.000, sólo la escala Prácticas Antisociales en la correlación con la escala Rechazo al Tratamiento, correlaciono al .05 y en forma baja.

En esta matriz de correlación, se encontraron valores de .41 a .70 que ratifican la alta relación entre las escalas y que avalan con ellos los principios teóricos de cada una.

De igual manera las escalas cuya puntuación de correlación se torna baja, pero definida (.20 a .40) corrobora la teoría, respecto a que existe poca relación entre los aspectos que se exploran y que además sean aspectos que no se espera, estén presentes en un sujeto, de acuerdo con la alteración de la personalidad que este presentando (Butcher et al., 1989).

La correlación de Pearson aplicada a las Escalas de Contenido y a las clínicas, indican que hay relación de baja a moderada. Este dato nuevamente coincide con los supuestos teóricos, pues sólo algunas escalas se elevan paralelamente, mientras que teóricamente se espera que otras se mantengan sumergidas en el perfil. Por ejemplo el caso de la escala Depresión de las Escalas de Contenido, con respecto a Manía de las escalas básicas, correlaciona con un valor de .07 significativo al 0.000. Teóricamente desde Hathaway y Mckinley hasta autores contemporáneos a Butcher y otros autores han referido que si un paciente presenta síntomas depresivos, la escala manía se mantiene baja.

ANALISIS FACTORIAL.

Con el análisis factorial se determinó que factores se agrupaban para cada género. Se aplicó la rotación varimax y oblicua; los factores se agrupan igual en ambas, los pesos factoriales de la rotación oblicua explica mejor la agrupación de los factores, por que con las iteraciones busca ma mejor forma de organizar las puntuaciones.

Se encontró lo siguiente: Para el grupo masculino, se agrupan las escalas en dos factores. El factor I, incluyó las escalas Ansiedad, Miedo, Obsesión, Depresión, Preocupación por la Salud, Baja Autoestima, Incomodidad Social, Problemas Familiares, Dificultad en el Trabajo y Rechazo al Tratamiento.

El factor II agrupó las escalas Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Conducta Tipo A

Estos factores explican en 60% de la varianza, el factor uno explica el 48.7%, mientras que el factor II explica el 10.3%.

El análisis factorial para el grupo de mujeres agrupó tres factores:

El factor I incluye las escalas Obsesión, Depresión, Baja Autoestima, Inconformidad social, Dificultad en el Trabajo y Rechazo al Tratamiento.

El factor II agrupó las escalas Cinismo, Prácticas Antisociales y Conducta Tipo A.

El factor III reúne las escalas Ansiedad, Miedo, Preocupación por la Salud, Pensamiento Delirante, Enojo y Problemas Familiares.

Para las mujeres estos tres factores explican el 63.5% de la varianza, el factor I explica un 45.3%; el factor II un 10.6% y el factor III un 7.6%.

Se encontró que la forma de agrupación de los factores entre los mexicanos y los de la muestra normativa norteamericanos, (Butcher et al., (1990) difiere, lo que permite concluir que las rasgos de personalidad son diferentes, pero no patológicos. El instrumento del MMPI-2 y específicamente las Escalas de Contenido, son un instrumento útil e importante el uso de la Psicología Clínica Mexicana, pues dan cuenta de la personalidad y colabora en la detección de trastornos de la misma.

Para los hombres mexicanos solo, el factor dos se agrupa en forma similar al de la norma norteamericana, el factor uno incluye además las escalas Miedo, Preocupación por la Salud y Problemas Familiares.

Las mujeres difieren más, pues para ellas son tres los factores, el uno es igual, el dos no porque no incluye la Enojo ni Prácticas Antisociales. Y el tres agrupa Ansiedad, Miedo, Preocupación por la Salud, Pensamiento Delirante, Enojo y Problemas Familiares

Estos factores tanto en el grupo masculino, como en el femenino, ratifican la diferencia en la personalidad de los mexicanos respecto a los norteamericanos, diferencia reportada en la distribución de las puntuaciones T y en los valores de la t de students.

Kyunghee Han, (1993) realizó también un análisis factorial para universitarios Koreanos y encontró dos factores. El factor 1 es igual al de los mexicanos. El factor 2 difiere porque para los mexicanos además se incluyó la escala Pensamiento Delirante,

Los dos factores para las mujeres universitarias Koreanos es igual al de la muestra norteamericana, pero diferente al de las mujeres mexicanas.

En la construcción y análisis de las Escalas de Contenido Butcher et al., (1990) encontró cuatro indicadores o áreas de la personalidad que agrupan a las escalas.

Por establecer una semejanza, en este reporte se realiza también la comparación de las escalas que agrupan los análisis factoriales para los mexicanos, concluyéndose lo siguiente:

El factor I para la muestra de universitarios mexicanos conjunto lo que Williams llama área de Conductas internas sintomáticas, Autoconcepto negativo y las áreas de Problemas generales, a excepción del Pensamiento Delirante, que para la muestra de mexicanos no forma parte del factor uno, sino del dos.

El factor II agrupó las escalas Pensamiento Delirante, Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Conducta Tipo A; que para Williams estos se engloban en el área de Tendencias agresivas externas.

En el primer factor de las mujeres mexicanas, es de llamar la atención que para este grupo el factor incluye algunas escalas de tres de las áreas que según Williams son las posibles a explorar con estas Escalas de Contenido. Es decir el factor I para las mujeres mexicanas incluyó dos escalas del área de Conducta interna sintomática, una del área Autoconcepto negativo y tres del área Problemas generales.

El factor dos de las mujeres mexicanas, en este caso las tres forman parte de lo que para Williams es el área de Tendencias agresivas externas. En relación a las escalas que Williams denomina Conductas internas sintomáticas, cuatro pertenece a ella y una al área de Problemas generales.

ALFA DE CRONBACH

La consistencia interna se obtuvo a través del Alfa de Cronbach, para determinar si hay consistencia en las medidas que estas escalas evalúan.

Para el grupo de los hombres sólo dos escalas presentan un valor menor a .40 y son las escalas Miedo e Incomodidad Social. Las otras 13 escalas su puntuación fluctúa entre .40 y .81, lo que refleja una alta consistencia interna.

Para el grupo de mujeres, sólo dos escalas obtuvieron un valor menor a .30, en ellas la consistencia interna se considera baja. Para las escalas Cinismo, Dificultad en el Trabajo e Rechazo al Tratamiento; la consistencia interna es muy alta, es decir sus valores rebasan el .70.

Comparando los valores de Alfa de Cronbach del grupo de hombres y mujeres se observa semejanza en relación a que donde es mayor o menor en los hombres lo es también para las mujeres.

Al comparar estos datos con la consistencia reportada por Butcher (1989) para los hombres las quince escalas puntúan más alto que los mexicanos. Para el grupo femenino, también se observan puntuaciones más altas en las norteamericanas, que en las mexicanas.

Estos datos llevan a pensar que la consistencia de las Escalas de Contenido del MMPI-2 es alta, para ambos grupos, pero si muestra una diferencia, que probablemente es causada por las diferencias culturales de ambos grupos.

Sin embargo la confiabilidad y validez del instrumento para discriminar psicopatología en grupos de mexicanos es comprobable, de acuerdo al estudio de Palacios, (1994).

CONCLUSIONES

En este estudio se obtuvieron las normas de distribución de las puntuaciones T Lineales y Uniformes de las Escalas de Contenido del MMPI-2, para los hombres y mujeres de la muestra de universitarios mexicanos. Es decir se establecen los primeros baremos de medición con estas escalas en mexicanos. Las puntuaciones T Uniforme permiten que las puntuaciones entre las escalas sean equivalente en términos de percentiles, de acuerdo a lo que expresa Williams, (1992). Ello amplía las posibilidades interpretativas de las Escalas de Contenido y de las escalas clínicas.

Además se corroboró la hipótesis de trabajo, que establecía la diferencia de personalidad entre la muestra mexicana y la norteamericana. Diferencias originadas por las diferentes historias de los grupos y por las diferencias culturales, como los que refiere Díaz-Guerrero y Szalay, (1993) en relación a los valores de la familia, el dinero, el amor, etc. Desde una concepción clínica, esta diferencia no implica que el MMPI-2 no pueda ser empleado en población mexicana, pues lo trascendente de este instrumento es que como instrumento para evaluar la personalidad, permite a los psicólogos aproximaciones más reales y contemporáneos por lo que de acuerdo con Butcher op cit., (1993) el instrumento MMPI-2 posee un valor transcultural y permite conocer los rasgos de la personalidad de los sujetos.

La hipótesis dos fue rechazada, pues se encontró que para los hombres y mujeres mexicanos la agrupación de factores difiere.

Con respecto a las hipótesis estadísticas que se plantearon, concluimos que la primera alterna se acepta, misma que hace referencia a la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en las Escalas de Contenido de la muestra normativa norteamericana y mexicana.

La segunda hipótesis alterna también se aceptó, pues hubo diferencias estadísticas significativas entre las puntuaciones del grupo de universitarios mexicanos y norteamericanos.

Otro dato encontrado y que complementa los dos anteriores, es que en la población mexicana, los factores que se agrupan son diferentes a los que obtuvo a partir de la muestra normativa norteamericana y a los factores para una muestra de universitarios Koreanos.

Las puntuaciones de las Escalas de Contenido para los mexicanos se correlacionan entre sí en forma alta (0.74) y consistente, en aquellas en que teóricamente se

espera que así sea, como el caso de la Baja Autoestima y las Dificultades en el Trabajo.

En otra escalas resulta muy baja (0.10) la puntuación de correlación porque teóricamente no hay coincidencias para que se presenten en un paciente. Por ejemplo las escalas Preocupación por la Salud y Prácticas Antisociales.

La correlación de Pearson entre las Escalas Clínicas y de Contenido, muestran también que para la población mexicana se cumple la relación alta en los casos que teóricamente así se espera y baja cuando de igual manera se sabe que ocurre. Un ejemplo de correlación moderada (0.63) Psicastenia y Depresión; (0.53) Depresión y Dificultad en el Trabajo. Correlación baja (0.01) Manía y Baja Autoestima; (0.10) Esquizofrenia y Cinismo.

Se puede concluir además que las Escalas de Contenido poseen también para los mexicanos una consistencia interna alta; (aún cuando es menor a los valores de Alfa de Chombach de los norteamericanos) sigue siendo alta, además se encontró que estadísticamente si se comprueba la relación entre escalas, por lo tanto estas escalas resultarían confiables y válidas para el estudio de la personalidad de universitarios mexicanos. Además aporta mayor información sobre aspectos cotidianos que pueden ser un valioso auxiliar en el planeamiento de tratamientos psicológicos de los pacientes.

Además es un complemento importante en la interpretación clínica de las otras escalas del MMPI-2. Sin embargo se sugiere continuar los estudios sobre estas escalas, a fin de que los resultados se comparen con los parámetros, de la muestra mexicana y de la muestra normativa norteamericana, pues este ha sido un primer acercamiento. A través de otras investigaciones se irá corroborando y perfeccionando lo aquí reportado, además puede realizarse con otras poblaciones mexicanas y determinar cuál es la variabilidad de las respuestas y en que condiciones sociodemográficas se da.

BIBLIOGRAFIA.

- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-II-R. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Allport, G. (1970). *Desarrollo y cambio. Consideraciones básicas para una psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Anastasi, A. (1978). *Test psicológicos* Madrid: Aguilar.
- Ampudia, A. Stilman y Villanueva. (1977). *Tendencia a la somatización en estudiantes de matemáticas y medicina, utilizando la prueba del MMPI*. Tesis profesional. México: UNAM.
- Ampudia, R. A. (1994). *MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis profesional de maestría. México: UNAM.
- Archer, R.P. (1984). Use of the MMPI with adolescents. *Review Clinical Psychology*. Vol. 4 (3). 241-251.
- Ben-Porath, Y.S. y Butcher, J.N. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*. Dec. Vol. 1 (4) 345-347.
- Ben-Porath, Hostetler, J., Butcher, J.N. y Graham, J.R. (1989). Nuevas subescalas. Escala Introversión Social (Si) del MMPI-2. *Revista de Psicología Clínica*. Sociedad de psicología. Vol. 1 (3). 169-174.
- Bautista, S; Muñoz, C. Ma. (1975). *Estudio comparativo a través del MMPI en una población activa y una desertora en un internado militarizado del año lectivo 1974-1975*. Tesis profesional. México: UNAM.
- Bischof, L. (1975) *La interpretación de las teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Butcher, J.N. (1972). *Objective personality assessment. Changing perspectives*. New York: Academic Press.
- Butcher, J.N. y Pancheri. (1976). *A handbook of cross-national MMPI research*. Minnesota: University of Minnesota.

- Butcher, J.N., Dahlstrom, G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Manual for administration and scoring MMPI-2*. S. R. Hathaway and J.C. McKinley. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N. (1990). *Assessing patients in psychotherapy: use of the MMPI-2 for treatment planning*. New York: Oxford University Press.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Dahlstrom, W.G., y Bowman, E. (1990). The MMPI-2 with college students. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 54 (1 y 2), 1-15.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L. y Yossef S. Ben-Parath (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N. y Graham J.R. (1992). (Compiladores). *Topics in M.M.P.I.-2 and M.M.P.I.-A. Interpretation*. Minnesota: University of Minnesota.
- Butcher, J.N. (1993). *Practical issues in MMPI-2 Interpretation. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A)*. St. Petersburg Beach. FL.
- Butcher, J.N. (1995). *Understanding Abnormal Behavior Across Cultures: The use objective personality assessment methods. International Adaptations of the MMPI-2: A handbook of research and clinical applications*. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.
- Cabiya, Jose J. (1994). *Application of the hispanic MMPI-2 in Puerto Rico. Trabajo presentado en el 29 Simposium anual del uso y desarrollo del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A*. Minnesota: Universidad de Monnesota.
- Clark, M. E. (1993). *MMPI-2 Anger and Cynicism and Content Scales: Interpretive Cautions. Trabajo presentado en el 28 Simposium anual del uso y desarrollo del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A*. Minnesota: University Minnesota.
- Colligan, R.C., Osborne, D., Swenson, W.M., Offord, K.P. (1984). *The MMPI: Development of contemporary norms*. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 40 (1) 100-107.

- Colligan, R.C., Offord K. P. (1987). A new look for the old Scales: Contemporary norms for the Augmented Purdue Subscales. *Journal of Clinical Psychology*. vol. 43 (6). 669-682.
- Colligan, R.C., Offord K. P. (1988). Contemporary norms for the Wiggins content scales: a 45-year update. *Journal of Clinical Psychology*. vol. 44 (1). 23-32.
- Deinard, A., Butcher J.N., Thao, U.D., Mona Vang y Hang, K., (1994). Development of a Hmong translation of the MMPI-2. *29 Simposium anual del uso y desarrollo del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A*. Minnesota: Universidad de Monnesota.
- Díaz, R; Lorand B. Szalay. (1993). *El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos*. México: Trillas.
- Dicaprio, N. (1985). *Teorías de la personalidad*. México: Interamericana.
- Englert, D.R. y Nathan C.W. (1994). Convergent and discriminant Validity of the MMPI-2. Low self-esteem (LSE) content scale. *Presentations of the 29th annual symposium on recent developments in the use of the MMPI, MMPI-2 and MMPI-A*. Minneapolis. Minnesota: University de Minnesota.
- Evans, R.G. (1984). Normative data for Two MMPI critical item sets. *Journal of Clinical Psychology*. vol. 44 (2).
- Eysenck, H. (1957). *Uso y abuso de la psicología*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Flowler, D.D. y Coyle F.A. (1969). Collegiate normative data on MMPI content scales. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 25 62-63.
- Graham, J.R. (1993). MMPI-2 Validity and Clinicas Scales. Paper presented at the 28th annual Symposium on recent developments in the use of the MMPI (MMPI-2 and MMPI-A). St. Petersburg Beach. Fl.
- Graham J. (1987). *MMPI Gufa práctica*. México: Manual Moderno.
- Graham J. (1990). *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology*. Oxford: University Pres.

- Gómez, Dupertuis D. (1994). El MMPI-2 en Argentina: Una muestra de la ciudad de La Plata. Trabajo presentado en el 29 Simposium anual del uso y desarrollo del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A. Minnesota: Universidad de Minnesota.
- González, G. (1979). Estudio de correlación de las respuestas del inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de las escalas L, F, K, D y Si de normales, neuróticos depresivos y esquizofrénicos en población mexicana. Tesis licenciatura. México: UNAM.
- Gough, H.G. (1946). Diagnostic patterns of the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 2 23-36.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI. *Journal of consulting psychology*. Vol. 14. 408-413.
- Guilford, J. (1954). *Psychometric Methods*. N.Y. McGraw-Hill.
- Hall y Lindzey, (1974). *La teoría factorial de la personalidad*. Mexico: Paidós.
- Hartman, H. H. (1967). *Modern factor analysis*. Estados Unidos de Norteamérica: The University of Chicago Press.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota). I. Construction of the schedule. *Journal of psychological*. vol. 10. 249-254.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1944). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. V. Hysteria, Hipomania and Psychopathic Deviate. *Journal of applied psychological*. Vol. 28 (2).
- Hase, H.D. y Goldberg, L.R. (1967). Comparative validity of different strategies of constructing personality inventory scales. *Psychological Bulletin*. Vol. 67. 231-248.
- Henry P; Helmut von Bracken y colaboradores (1963). *Teorías de la personalidad*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Herrans, L. (1985). *Psicología y medición*. México: Limusa.

- Hsu, L; Betman, J. (1986). Minnesota Multiphasic Personality Inventory T score conversion tables, 1957-1983. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54 (4) 497-501.
- Izaguirre; Sánchez y Avila. (1970). *Normas de calificación del MMPI en adolescentes de la E.N.P. de la UNAM*. Tesis inédita. México: UNAM.
- Jackson, D.N. (1971). The dynamics of structured test. *Psychological Review*. Vol. 78. 239-249.
- Kurian, F. (1984). *Estudio transcultural para establecer normas con adolescentes mexicanos*. Tesis profesional. México: UNAM.
- Koss, M.P. y Butcher, J.N. (1973). A comparasion of psychiatric patient's self-report with other sources of clinical information. *Journal of research in personality*. Vol. 7. 225-236.
- Kyunghee, Han. (1993). Evaluating factor silarity indices using MMPI-2: Factor structures of American, Korean and Japanese College Students. *28 Simposium anual del uso y desarrollo del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A*. Minnesota: Universidad de Minnesota.
- Lamberth, J; Rappaport, H; Rappaport, M. (1978). *Personality: An Introduction*. New York: Alfred A. Knopf.
- Levitt, E.E. (1990). Un análisis estructural del impacto del MMPI-2 sobre el MMPI. *Journal of personality Assessment*. Vol. 55 (3 y 4) 562-577.
- Lucio, Reyes-Lagunes. (1992a) The Mexican version of the MMPI-2 in Mexico and nicaragua: Traslationn, adaptation and demostrated equivalency. Capítulo en J. N. Butcher (Ed.), (en prensa). *International adaptations of the MMPI-2: A handbook of research and clinical aplicacions*. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota. Press.
- Lucio, Reyes-Lagunes. (1992b) Traducción del MMPI-2. *Rev. MMPI-2 News & Profiles*. Vol. 3 (2).
- Lucio y Reyes-Lagunes. (1992c). El MMPI-2 en estudiantes universitarios mexicanos. *Resumen Congreso Iberoamericano de Psicología, España*. España.

Lucio, Reyes-Lagunes, & Scott, R. (1993). MMPI-2 for Mexico translation and adaptation. (en prensa). *Journal of Personality Assessment*.

Lucio, Reyes-Lagunes y Ampudia. (1993). Estudio de los perfiles del MMPI-2 en estudiantes en México por genero y elección vocacional. [Resumen] XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Chile. Chile.

Lucio, Reyes-Lagunes y Durán. (1993). Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 español en México. [Resumen] XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Chile. Chile.

Lucio, E. (1994). Traducción al español. *Manual para la administración y calificación MMPI-2. Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota. S.R. Hathaway y J.C. McKinley.* (Trabajo original elaborada por el comité de Reestandarización del MMPI designado por la Universidad de Minnesota. James N. Butcher, Dahlstrom, Tellegen y Kaemmer (1989). México: UNAM.

Loper, R.G., Kammeier, M.L., Hoffman, H. (1973). MMPI characteristics of college freshman males who later became alcoholics. *Journal of abnormal Psychology*. Vol. 83. 159-162.

Martínez A. y Morales M. (1985). *Normalización del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) en una institución educativa.* Tesis profesional. México: UNAM.

Meehl, P.E. (1946). Profile analysis of the MMPI in differential diagnosis. *Journal of applied psychology*. Vol. 30. 517-524.

Meehl, P.E. y Hathaway, S.R. (1946). The factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of applied psychology*. Vol. 30. 525-546.

Melgoza E. E. (1990). *Evaluación de algunas facetas de la personalidad en docentes mexicanos partiendo de la etnopsicología mexicana.* Tesis profesional. México: UNAM.

Morris, Ch. G. (1987). *Psicología un nuevo enfoque.* México: Prentice-Hall Inc.

Monzón, L., Páez, G.R. y Lucio, E. (1995). Puntuaciones T Uniformes del MMPI-2 para una muestra de estudiantes

- mexicanos. Resúmenes. VII Congreso Mexicano de Psicología. México: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Munley, P.H. (1991). A comparison of MMPI-2 and MMPI. T-scores for men and women. *Journal of clinical psychology*. Vol. 47 (1).
- Munley, P; Zarantonello, M. M. (1989). A comparison of MMPI profile types across standar and contemporary norms. *Journal of clinical psychology*. Vol. 45 (2).
- Navarro, R. (1971). El MMPI (español) aplicado a jóvenes mexicanos: Influencia se sexo, edad y nivel de inteligencia. *Revista interamericana de Psicología*.
- Núñez R. (1979). *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología*. México: Manual Moderno.
- Osorio, M. y Rios, C. (1986). *Características de personalidad del paciente con hipertensión arterial*. Tesis profesional. México: UNAM.
- Padua, J. (1975). *Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS): Oferta y condiciones para su utilización e interpretación de resultados*. Centro de estudios sociológicos. México: Colegio de México.
- Palacios, H. (1994). *Análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2: Comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios*. Tesis profesional maestría. México: UNAM.
- Pancoast, D.L., Archer, R.P. (1989). Original adult MMPI norms in normal samples: A review implications for future developments. *Journal of Personality Assessment*: vol. 52 (2) 376-395.
- Payne, F.D. y Wiggins, J.S. (1972). MMPI profile types and the self-report of psychiatric patients. *Journal of abnormal psychology*. Vol. 79: 1-8.
- Pichot, P. (1979). *Los Test Mentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Reyes-Lagunes, I., Ahumada, R. y Díaz, G. (1967). Consideraciones acerca de la estandarización de pruebas en Latinoamérica.

- Aportaciones de la psicología a la investigación transcultural.* México: Trillas.
- Risetti, F.J., Himmel, E., Maltez, S., Gonzalez, H. A., y otros. (1989). Estandarización del MMPI en población adulta chilena. *Revista Chilena de Psicología.* vol. 16 (1).
- Rivera O. (1987). *Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI.* México: Diana.
- Strassberg, D.S. (1991). Dilemas interpretativos creados por el MMPI-2. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment.* Vol. 13 (1). 53-59.
- Somarriba, L. (1978). *Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes alcohólicos.* Tesis profesional. México: UNAM.
- Taboada, M.L. (1993). *Normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua.* Tesis profesional maestría. México: UNAM.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of abnormal and social psychology.* Vol. 48. 285-290.
- Watson, N., Harris, W., Johnson, J., Lambeck, L. (1983). MMPI 8-2 Code Types. Clinical and content norms for a mixed psychiatric adolescent population. *Journal of Clinical Psychology.* vol. 39 (5) 696-706.
- Wiggins, J.S. y Vollmar, J. (1959). The content of the MMPI. *Journal of clinical psychology.* Vol. 15. 45-47.
- Wiggins, J.S. (1969). *Content dimensions in the MMPI.* In J.N. Butcher (Ed), *MMPI: Research developments and clinical application.* New York: Mc. Graw-Hill.
- Wiggins, J.S., Goldberg, L.R. y Applebaum, M. (1971). MMPI content scales: Interpretative norms and correlations with other scales. *Journal of Consulting and clinical psychology.* Vol. 37. 403-410.
- Williams Carolyn L. (1992) Notas para la interpretación del MMPI-2. Escalas de contenido del MMPI-2. *Journal of Personality Assessment.* 15-22.

Wooten, A. (1984). Efficiency of local MMPI Norms in the detection of Psychopathology. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 3 (48) 285-290.

Apéndice A

ESCALAS DE CONTENIDO

En este apéndice se incluyen las preguntas de las escalas donde hubo una alta diferencia estadística (T de student ≥ 8) y que fue significativa a. 0.001.

Para los hombres son las escalas:

Escala Miedo (MIE)

1. Cuando veo sangre no me asusto ni enfermo.
2. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
3. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
4. No tengo miedo de manejar dinero.
5. Me pongo nervioso y preocupado cuando tengo que salir de casa para hacer un viaje corto.
6. Tengo miedo de usar cuchillos o cualquier otra cosa filosa o puntiaguda.
7. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
8. Me siento incómodo cuando estoy en lugares cerrados.
9. No le temo al fuego.
10. Temó a los relámpagos.
11. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
12. Le tengo terror a los huracanes.
13. No le temo al agua.
14. Con frecuencia le tengo miedo a la oscuridad.
15. Me produce terror la idea de un terremoto.
16. Temó encontrarme encerrado en un ropero o en un lugar pequeño y cerrado.
17. La suciedad me molesta o me horroriza.
18. No le temo a las arañas.
19. Ciertos animales me ponen nervioso.
20. No le tengo miedo a los ratones.
21. Tengo miedo de estar solo en un sitio al descubierto.
22. Con frecuencia he tenido miedo durante la noche.
23. No puedo entrar solo en un cuarto oscuro, aun en mi propia casa.

Para los mujeres son las escalas:

Escala de Obsesividad (OBS)

1. Algunas veces me empeño tanto en algo que las personas pierden la paciencia conmigo.
2. Me he enfrentado a problemas con tantas opciones de solución que me ha sido imposible llegar a una decisión.
3. Muchas veces he perdido oportunidades porque no he podido decidirme a tiempo.
4. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
5. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
6. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia, como la cantidad de focos en los anuncios luminosos y cosas por el estilo.
7. A menudo me vienen a la mente malas palabras, palabras horribles y me es imposible librarme de ellas.
8. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
9. Con frecuencia me ha parecido encontrar tantos obstáculos en mis planes que he tenido que abandonarlos.
10. Tengo que admitir que a veces me he preocupado más de la cuenta por cosas que no valgan la pena.
11. En general tengo problemas para decidir qué debo hacer.
12. Me siento incapaz cuando tengo que tomar una decisión importante.
13. Me molesta mucho pensar en hacer cambios en mi vida.
14. Me pongo nervioso cuando tengo que tomar decisiones importantes.
15. Frecuentemente guardo y almaceno cosas que probablemente nunca utilizaré.
16. Mucho de lo que me pasa ahora parece haberme sucedido con anterioridad.

Escala Pensamiento Delirante (DEL).

1. En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí.
2. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
3. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.
4. A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven.
5. Creo que están conspirando contra mí.
6. Alguien ha intentado envenenarme.
7. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
8. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas.
9. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
10. A veces percibo olores raros.

11. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
12. Tengo pensamientos extraños y poco comunes.
13. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
14. La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí.
15. Alguien controla mi mente.
16. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me obligaba a hacer cosas hipnotizándome.
17. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
18. Nunca he tenido una visión.
19. Algunas veces estoy seguro que los demás pueden saber lo que estoy pensando.
20. Los fantasmas o los espíritus pueden influir en las personas para bien o para mal.
21. Frecuentemente siento que puedo leer la mente de otras personas.
22. Algunas veces he tenido pensamientos terribles acerca de mi familia.
23. En ocasiones me parece escuchar lo que pienso en voz alta.

Escala Enojo (ENJ)

1. En ocasiones siento deseos de maldecir.
2. A veces siento ganas de destrozar las cosas.
3. Con frecuencia no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
4. A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona.
5. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
6. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
7. A menudo me molesta tanto cuando alguien trata de meterse en la fila, que le llamo la atención.
8. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
9. Frecuentemente me siento apenado por ser tan irritable y gruñón.
10. Me molesta que la gente me apresure.
11. Soy muy terco.
12. En ocasiones me molesto y enojo tanto, que no sé que me pasa.
13. Cuando he estado tomado me he enojado y he roto muebles y platos.
14. Me he enojado tanto con alguien, que he sentido como si fuera a explotar.
15. Me he llegado a sentir tan enojado que he lastimado a otra persona en un pleito a puñetazos.
16. Casi nunca pierdo el control de mí mismo.

Escala Dificultad en el trabajo (DTR)

1. Estoy ahora tan capacitado para trabajar como siempre lo he estado.
2. Trabajo bajo una gran presión.
3. Estoy seguro que la vida es injusta conmigo.
4. Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo.
5. A mi familia no le gusta el trabajo que escogí o la ocupación que pienso escoger para trabajar el resto de mi vida.
6. Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.
7. Algunas personas son tan mandonas que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me pidan, aunque sepa que tienen la razón.
8. Cualquier persona que sea capaz y esté dispuesta a trabajar duro tiene buenas posibilidades de éxito.
9. Muchas veces he perdido oportunidades porque no he podido decidirme a tiempo.
10. Se me dificulta comenzar a hacer las cosas.
11. Cuando estoy con un grupo de personas tengo dificultad para pensar las cosas apropiadas para platicar.
12. No me puedo concentrar en una sola cosa.
13. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
14. Por lo general espero tener éxito en lo que hago.
15. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas.
16. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
17. Me atemorizo ante las crisis o dificultades.
18. Con frecuencia me ha parecido encontrar tantos obstáculos en mis planes que he tenido que abandonarlos.
19. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aún cuando sé que puedo hacerlo bien.
20. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
21. Frecuentemente he trabajado bajo las órdenes de personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que reciben el reconocimiento por un buen trabajo, y que son capaces de atribuir los errores a sus subalternos.
22. Gran parte del tiempo me siento cansado.
23. Me siento incapaz cuando tengo que tomar una decisión importante.
24. Estoy tan harto de lo que hago diariamente, que lo único que deseo es deshacerme de todo.
25. Me pongo nervioso cuando tengo que tomar decisiones importantes.
26. Tengo dificultades para mantener un trabajo estable.
27. Me gusta tomar decisiones y asignar trabajo a otros.
28. Todo pasa demasiado rápido a mi alrededor.
29. Siempre tengo muy poco tiempo para terminar lo que hago.
30. Cuando la vida se pone difícil, quisiera tan sólo rendirme.
31. Las personas con las que trabajo no comprenden mis problemas.
32. Generalmente tengo la suficiente energía para hacer mi trabajo.
33. Cuando estoy triste o deprimido, no desempeño mi trabajo como debiera.

FE DE ERRATAS

PAG.	PARRAFO	DICE	DEBE DECIR
RESUMEN	último	de contenido	clínicas
108	tercero	ET AL	et al
126	título	los mujeres	las mujeres