



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"DETECCION DE PERFILES DE SUJETOS SIMULADORES Y
SUJETOS HONESTOS A TRAVES DE LAS ESCALAS
DEL MMPI-2"

T E S I S
Q U E P R E S E N T A
M A R I A D E L R O C I O V A L E N C I A G A R C I A
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E :
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A

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

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1996

234
zej
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.

Con mucho cariño a mi padre
por su apoyo y comprensión.

A mi madre y Raúl con afecto.

A la memoria de mi hermano.

A Hector con todo mi amor,
gracias por todo.

Con mucho cariño a la Dra. Emilia Lucio
por todo su apoyo brindado para
la realización de este trabajo.

A la maestra Amada Ampudia Rueda.

A Consuelo Durán.

A todo el equipo del proyecto de investigación
"Adaptación y estandarización del
MMPI-2 en población mexicana".

A los Sinodales:

Lic. Sotero Moreno Camacho

Lic. Martha Cuevas

Lic. Jossette Benavides

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

CAPITULO I: PERSONALIDAD

PERSONALIDAD.....	1
TEORIA DE LOS RASGOS.....	4
PSICOPATOLOGIA.....	7
HISTORIA DE LOS INVENTARIOS DE PERSONALIDAD.....	12

CAPITULO II: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

CONFIABILIDAD.....	16
TIPOS DE CONFIABILIDAD.....	18
VALIDEZ.....	20
TIPOS DE VALIDEZ.....	21
FUENTES DE INVALIDACION INTERNA.....	25
FUENTES DE INVALIDACION EXTERNA.....	29

CAPITULO III: MMPI Y MMPI-2

DESARROLLO DEL MMPI.....	34
DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI.....	35

DESARROLLO DEL MMPI-2.....	37
DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI-2.....	38
ESCALAS CLINICAS.....	39
ESCALAS SUPLEMENTARIAS.....	43
ESCALAS DE CONTENIDO.....	48

CAPITULO IV; ANTECEDENTES SOBRE FINGIMIENTO O SIMULACION

FINGIMIENTO.....	54
INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI Y EL MMPI-2.....	56

CAPITULO V; METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	79
OBJETIVO GENERAL.....	80
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	81
HIPOTESIS CONCEPTUAL.....	81
HIPOTESIS ESPECIFICAS.....	81
VARIABLES.....	82
DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	83
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	84
MUESTRA.....	85
DISEÑO.....	88
INSTRUMENTO Y/O MATERIALES.....	88
PROCEDIMIENTO.....	91
ANALISIS ESTADISTICO.....	95

CAPITULO VI: RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS..... 96

CAPITULO VII; DISCUSION Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES Y DISCUSION..... 151

SUGERENCIAS..... 158

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APENDICE

INTRODUCCION

La importancia que se le asigna al estudio de la personalidad no es nueva. La historia muestra numerosas observaciones que testifican las diferencias individuales de la personalidad que han sido reconocidas para comprender tanto a la salud como a la enfermedad.

Los antiguos griegos empleaban una clasificación de la personalidad basada en los humores del cuerpo : flema, bilis negra, sangre y bilis amarilla (Goldman, 1989). De acuerdo a su teoría las características de personalidad, la identidad e incluso la salud y la enfermedad, dependían del equilibrio particular de éstas sustancias corporales. O bien, la frenología de Franz Josef Gall (1835), quién relacionaba las semejanzas de la estructura del craneo con las de la personalidad.

En la actualidad, a pesar del acuerdo consensual sobre la importancia de la personalidad, aún hay interrogantes básicas sobre lo que es la personalidad y la manera en que debe definirse. Existe una gran diversidad de definiciones de la personalidad como teorías de la misma. Por lo que, en busca de una definición más objetiva sobre la evaluación de la personalidad se han elaborado pruebas de personalidad como el MMPI, sin duda el inventario de personalidad más utilizado en México y otros países, tanto para ambientes clínicos, educativos y laborales (Lucio, 1995).

Debido al gran auge que tuvo el MMPI, y a las numerosas investigaciones que propició desde su aparición en 1942, los resultados mostraron problemas y deficiencias sobre todo en relación a la muestra normativa, a la redacción y al contenido de los reactivos de la prueba. No fué sino hasta 1982 que se inicia la revisión del MMPI por Butcher, Dalhstrom y Graham, dando lugar a la versión revisada MMPI-2, la cual se publica en 1989 (Butcher, 1972).

En México, se realizó la transliteración del MMPI-2 para adaptarlo en población mexicana (Lucio y Reyes, 1992), en este estudio se encontraron importantes diferencias en algunas escalas clínicas, pero especialmente en la escala 5 (Masculinidad-Femenidad).

Las pruebas de personalidad presentan un nuevo problema "el fingimiento". El fingimiento se puede estar motivado por diversas razones tales como: el obtener un buen empleo, evadir acciones legales, etc. Sin embargo, ya que no es posible "obligar" a las personas a que respondan el inventario honestamente, es necesario implementar nuevas técnicas y/o estrategias para detectar a las personas que fingen.

El MMPI-2 (Lucio, 1995) consta de varias escalas de validez que son fundamentales para detectar a las personas que responden el inventario con la intención de fingir.

Numerosas investigaciones se han realizado en E.U para detectar tanto a los sujetos que fingen estar muy bien adaptados como a los que fingen estar mentalmente trastornados, como la realizada por Graham, y cols. (1991); Austin, J. S. (1992); Berry, y cols. (1991); Dickens, y cols. (1991), entre otras. Sin embargo, en México no se han realizado estudios al respecto. Partiendo de lo anterior surgió el interés por la presente investigación.

En éste estudio exploratorio se utilizó el MMPI-2 en español, con un diseño pretest-postest con 119 estudiantes de psicología y 90 pacientes psiquiátricos, con la finalidad de detectar a aquellos estudiantes que fingían estar muy bien adaptados y/o aquellos que fingían tener esquizofrenia paranoide.

El objetivo principal de éste estudio es conocer los alcances y/o limitaciones de las diferentes escalas de validez del MMPI-2 (Lucio, 1995) en población mexicana para detectar a los sujetos simuladores. Otro objetivo consiste en determinar cuales escalas de validez son más exitosas en detectar a los sujetos que simulaban estar muy bien adaptados y a los que simulaban tener esquizofrenia paranoide.

MARCO TEORICO

CAPITULO I: PERSONALIDAD

La personalidad juega un papel muy importante en nuestra investigación, ya que pretendemos detectar a los sujetos simuladores de los sujetos honestos a través de las escalas de validez del MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1992) lo cual no sería posible si no abordamos la personalidad.

El MMPI-2 (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Revisado) es una herramienta psicométrica que ha sido ampliamente utilizada; de gran valor clínico y diagnóstico en el tratamiento del paciente, ya que proporciona rasgos y características importantes de la personalidad. Ya que el MMPI-2 es un instrumento psicológico que busca medir la personalidad del sujeto, es necesario dar una visión global de las diferentes teorías y preceptos que la abordan.

La personalidad ha sido un área muy importante de estudio para la psicología, por lo que existe una gran diversidad de investigaciones y teorías que la abordan y cada una de ellas busca dar una definición precisa de lo que es la personalidad y de las diferentes áreas que la componen.

Las teorías de la personalidad han jugado un papel esencial para el psicólogo clínico dado que en las técnicas terapéuticas, de diagnóstico, de interpretación e integración de los datos y en la evaluación de estos, están influenciadas por alguna teoría sobre el comportamiento humano (Garfield, 1988).

El campo de las teorías de la personalidad es el punto donde convergen los estudios sobre el desarrollo y los cambios humanos, la psicología normal y la anormal, las emociones, el pensamiento, el aprendizaje y los procesos sociales (Mischel, 1988).

Podemos agrupar a las teorías de la personalidad en 4 extensas categorías: a) Las psicoanalíticas; b) Las de aprendizaje; c) Las humanistas y d) Las de tipos y rasgos. La teoría del aprendizaje entiende que la personalidad está determinada por las experiencias externas y por el ambiente, mientras que las otras tres escuelas del pensamiento la ven como formada en nuestro interior, surgiendo de nuestros impulsos y características básicas e innatas (Papalia, 1990).

Por lo anterior podemos suponer que existe una gran diversidad de definiciones de la personalidad, y en efecto aún no existe una definición que sea aceptada y avalada al cien por ciento por las diferentes corrientes psicológicas.

Existen dos términos alemanes que explican el concepto de personalidad; Persönlichkeit; esta palabra se deriva del latín persona que significa máscara, el cual connota nuestro concepto sobre la manera en que los individuos eligen y efectúan sus papeles sociales (indica la impresión distintiva que hace una persona de otra). Y Personalität; este término se emplea en la psiquiatría clínica y se refiere básicamente al yo de un individuo (Goldman, 1989).

Entre las definiciones clásicas de la personalidad que se manejan actualmente se encuentra la de Gordon W. Allport quién dice que "la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de esos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su medio ambiente" (Papalia, 1990).

Allport (1961), define dos grandes componentes de la personalidad: el carácter y el temperamento.

Para Allport el carácter debe considerarse como un concepto puramente ético, es un juicio sobre la personalidad de un individuo, y el temperamento se reduce a los aspectos biológicos del comportamiento del sujeto y que generalmente presenta pocos cambios a lo largo del desarrollo.

Otra definición de personalidad es la de Harry Stack Sullivan quién la define como el patrón relativamente estable de interacción con otras personas que caracterizan a cada individuo, y menciona que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento (Citado en Papalia, 1990).

Guilford define a la personalidad como el patrón único de rasgos de una persona, y considera que un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otro (Citado, en Mischel, 1988).

Para K. Horney (Horney, 1993), la personalidad del individuo no queda establecida en la infancia, sino que estas experiencias infantiles son sólo parte de la estructuración continuada de la personalidad, menciona que el hombre sigue siendo un producto de su medio y al modificarse este, cambia también el individuo.

Fromm (1985), considera que la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo y que por lo tanto lo hacen único. Las cualidades heredadas constituyen el temperamento innato e inmodificable, en cambio el carácter es la forma relativamente permanente en que la energía humana se canaliza en los procesos de asimilación y sociabilización.

Esta multiplicidad de definiciones dadas acerca de la personalidad, en términos generales se pueden clasificar en 3 grupos: a) basadas en el efecto exterior; b) basadas en la estructura interna y; c) las positivistas.

TEORIA DE LOS RASGOS

En la teoría de los rasgos, la personalidad se basa en el supuesto de que las personas poseen determinadas características estables denominadas rasgos, entendiéndose por rasgos al conjunto de características o dimensiones persistentes de las diferencias individuales (Goldman, 1989). Los términos que se refieren a los rasgos son frecuentes en todos los idiomas de los países civilizados,

ya que casi todos los adjetivos se refieren a unos rasgos: feliz, revoltoso, alegre, etc.

El DSM-III define a los rasgos de la personalidad como "patrones sostenidos para percibir o relacionarse con el ambiente y uno mismo y para pensar en ellos, y que se manifiestan en gran variedad de contextos sociales y personales importantes" (Citado en Goldman, 1989).

La existencia de los rasgos se basa en tres puntos:

- La personalidad posee una consistencia considerable. Una persona muestra las mismas reacciones habituales dentro de un amplio rango de situaciones similares.
- En cualquier hábito podemos encontrar entre las personas una variación cuantitativa.
- La personalidad posee cierta estabilidad, una persona que obtiene cierta puntuación en alguna prueba psicológica en un año, tiende a obtener otra semejante el año siguiente.

Con base a lo anterior los rasgos presentan las siguientes características: se pueden medir, son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son universales, su generalidad puede ser mayor o menor en una persona.

Para comprender la medida de los rasgos de la personalidad, los podemos clasificar en tres grandes grupos:

- a) Rasgos sociales que se explican através de la "capa" que cubre la personalidad con la cual el individuo se enfrenta a la sociedad.
- b) Rasgos motivacionales, que pueden traducirse en la dinámica de la personalidad.
- c) Rasgos de categorías de ajuste y de desajuste de la personalidad que en otras palabras, son la normalidad y la enfermedad.

Esto nos hace considerar a los rasgos de la personalidad como hábitos capaces de ser evocados por un amplio rango de situaciones. El rasgo de personalidad intenta describir de manera económica las variaciones significativas de la conducta, despreciando hábitos excesivamente específicos. Debido a que el diccionario inglés ofrece 17,953 adjetivos que describen rasgos, el problema de economizar en estos términos es extraordinariamente importante.

Otra definición de los rasgos la dió Allport quien los consideraba como un sistema neuropsíquico, generalizado y peculiar del individuo, que sirve para unificar muchos estímulos diferentes al conducir a la persona a generar respuestas uniformes ante ellos (Citado en Mischel, 1988).

Allport (1937-61) interesado por la singularidad de cada individuo, afirmaba que cada uno de nosotros tiene una disposición personal

formada por rasgos cardinales, centrales y secundarios. Un rasgo cardinal es tan dominante que influye virtualmente en todos los aspectos de una conducta y los atributos de una persona. En cambio, los rasgos centrales son el conjunto de tendencias características que usamos normalmente para describir a una persona, de acuerdo con Allport necesitamos saber de 5 a 10 rasgos centrales para conocer bien a una persona. Y por último los rasgos secundarios son los que mostramos de cuando en cuando, pero que no son lo suficientemente fuertes como para ser considerados como partes características de nuestra personalidad (Papalia, 1990).

Cada teoría de la personalidad propone entonces su campo de estudio, sus propias listas de rasgos e interrelaciones supuestas entre las dimensiones o factores de personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas intepersonales más estables del individuo (Allport, 1974).

PSICOPATOLOGIA

La psicopatología ha sido ampliamente estudiada por médicos psiquiatras y psicólogos que han intentado organizar los conocimientos de manera sistemática, dedicándose a descubrir patrones de relaciones entre diversos fenómenos, lo mismo que ha explicar la ocurrencia de los acontecimientos. Por ello se observó que se requería hacer una distinción precisa entre las conductas que entran en lo "normal" y lo anormal (Goldman, 1989).

Offer y Sabshin (1966), han hecho la distinción entre la enfermedad y la salud, la normalidad y anormalidad. Estos autores consideran lo "normal" a partir de tres perspectivas; primero se refieren a la salud como la ausencia de enfermedad, independientemente de una anomalía física o temperamental latente, la segunda perspectiva recurre a la frecuencia estadística como criterio de normalidad donde la curva estándar en forma de campana define por lo tanto, la normalidad en cuanto a factores físicos o temperamentales investigados. Y por último la tercer perspectiva de normalidad que consiste en emplear criterios culturales para establecer los límites de "salud" y "enfermedad", basándose en las creencias y suposiciones idealizadas de sociedades y subculturas particulares (Goldman, 1989).

Es importante distinguir que las normas culturales establecen límites de conducta aceptable basados en los criterios idealizados que dictan la manera en que debe vestirse la gente, la manera en que puede hablar en ciertas situaciones, y cuándo, dónde y cómo puede enfrascarse en diversas conductas. Estos estándares idealizados ("normas") se aplican a conductas y acciones de la humanidad prácticamente ilimitadas. Estas normas no se basan en ninguna probabilidad estadística de que "la mayoría de las personas harán o no harán ciertas cosas", esto forma estándares idealizados (normativos) prohibidos por todas las sociedades en sus definiciones de "lo correcto y lo incorrecto o de lo bueno o lo malo".

Para Karen Horney (Horney, 1993) el término de lo normal varía dependiendo de las diferentes culturas, del tiempo, de la época, la clase social y el sexo.

Si bien la clasificación de la conducta se ve fuertemente influenciada por las diferentes culturas como lo menciona Horney; por tanto no sería erróneo mencionar que los procesos de diagnóstico y tratamiento también pueden diferir en las diferentes culturas; básicamente estas diferencias se dan de cuatro maneras: a) En las definiciones de lo que constituye los síntomas de la enfermedad; b) En la interpretación y las causas posibles de estos síntomas; c) En la clasificación de los síntomas en los síndromes y; d) En las percepciones sobre lo que constituye un método aceptable de tratamiento.

Todas las clasificaciones de los síndromes psiquiátricos se ven afectadas por variables culturales incluso las referidas por el DSM-III o el ICD-9, además por juicios culturales subjetivos sobre lo que es anormal. Esto significa que todos los síntomas deben comprenderse en cuanto a su significado dentro de las culturas y subculturas particulares.

Otros autores mencionan que la normalidad significa la habilidad para conformarse a lo que la sociedad espera de uno. Por lo tanto quién no logra adaptarse es anormal. Este criterio es útil para ciertos propósitos, ya que toma en cuenta las notables diferencias que en las expectativas culturales encuentran quienes estudian sociedades

diferentes y, además subraya la habilidad de adaptarse antes que la conformidad en sí. Pero esta no necesariamente indica normalidad; y no siempre es patológica la incapacidad de conformarse.

Otro criterio útil para medir la normalidad es la adecuación relativa de la ejecución, cuando se le compara con los niveles anteriores alcanzados por un individuo y con las normas culturales que la sociedad de éste decide para personas de su sexo, edad y posición social.

Ni las expectativas culturales ni la adecuación de la ejecución, prestan atención suficiente a la vida interna de los seres humanos. Se pueden satisfacer las expectativas culturales e incluso superar todo precedente y, sin embargo tener una vida interior pobre, y vivir en constantes conflictos y frustraciones. Por lo anterior se incluyen otros criterios para distinguir el funcionamiento de la persona normal del de la patología. Como las expectativas culturales que interiorizamos desde niños y nos ayudan a estructurar el ego y el superego.

Otro criterio es lo adecuado de la ejecución, en comparación con el nivel de adecuación anterior de cada individuo y con las normas culturales actuales de dicha sociedad para personas de su misma edad, sexo, antecedentes y posición social.

Estos criterios no solo incluyen la conducta pública de una persona y sus niveles de funcionamiento fisiológico, sino también sus niveles

psicológicos y sus funciones integradores internos; el consciente, preconscious e inconsciente.

En la sociedad se considera normal a la persona que logra una confianza básica, gracias a sus interacciones con una figura materna durante los primeros actos de su vida, pues ello le permita dar por hecho en gran medida su relación con el medio que la rodea, sentirse razonablemente segura de sí misma y de los otros (Cameron, 1992).

Entre otros autores Papalia (1990), menciona algunos de los elementos componentes de la conducta anormal, como son, la incapacidad de los individuos para reconocer la realidad; la rareza estadística, es decir, que la mayoría de las personas no piensan ni actúan de esa manera, y además de que esa conducta es considerada por la mayoría como indeseable. Y también indica que el término anormal implica desadaptación, ataques de ira, miedo, depresión o confusión.

Emil Krapelin (1855-1926) estudió las enfermedades mentales mediante reordenación de sus signos, su evolución y sus resultados finales. Por lo que según sus datos fué capaz de distinguir entre la psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz. Eugen Breuler (1857-1939), que trabajaba en el hospital Burghölzli en Suiza, reconoció la clasificación de Kraepelin de la demencia precoz y creó el término de esquizofrenia para el trastorno que creía se caracterizaba por disociación de los pensamientos y las emociones.

HISTORIA DE LOS INVENTARIOS DE PERSONALIDAD

A pesar de las diferencias conceptuales de la personalidad entre las diferentes escuelas, era obvio que se requerían algunos instrumentos capaces de conseguir información acerca de los rasgos como constantes de la personalidad, ya que puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Catell, 1965).

Sir Francis Galton considerado como el padre de la medición mental creó en 1886 el primer laboratorio antropométrico destinado a la medición de las características físicas y sensorio motoras de los seres humanos, Galton buscaba poder aplicar este procedimiento estandarizado a numerosos sujetos en sus estudios de las imágenes mentales. De esta manera se inicia el estudio de las diferencias individuales y la evaluación de las pruebas mentales apoyado en la instrumentación matemática.

Mientras Galton trabajaba en Inglaterra; Catell en E.U. desarrollaba instrumentos de medición psicológica, y posteriormente en contacto con Galton establecieron varios laboratorios de psicología en las Universidades de Pensilvania y Columbia, en donde trabajaron arduamente con los instrumentos de medición psicológica a los cuales posteriormente Catell designó test mentales (1890).

Existen varias definiciones de test mentales:

Pichot Riviere (1979) define a los test mentales como un situación experimental y estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento que, manipulada estadísticamente permite clasificar a los sujetos tipológica o cuantitativamente.

En cambio Lee J. Cronbach (Cronbach, 1972) los define como una técnica sistemática que compara la conducta de dos o más personas. Otros autores se refieren a los test psicológicos como aquella técnica metodológica producida artificialmente que obedece a reglas explícitas y coloca a/o los individuos en condiciones experimentales, con el fin de extraer el segmento del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística conductora a la clasificación cualitativa, tipológica o cuantitativa de la característica o características que se están evaluando.

G. Stanley Hall, en sus extensos estudios sobre el desarrollo de los adolescentes, volvió a utilizar cuestionarios, considerando las respuestas de un gran número de adultos y sin tener en cuenta a los individuos aislados.

Para Galton, el autoinforme tenía como misión la de obtener información de aquellos hechos internos que sólo así podían ser llevados al exterior. En cambio para Hall consistía en un medio para simplificar el trabajo que hubiese significado la observación directa de la conducta.

Los primeros cuestionarios de personalidad fueron creados con la idea de estudiar el mundo interno de la percepción y de los sentimientos. Entre 1920 y 1945, los psicólogos ampliaron los cuestionarios para que describieran tantos aspectos de la conducta como fuera posible y se resumieron las respuestas en grupos homogéneos para proporcionar puntuaciones de "rasgos" o perfiles de respuestas. Durante este período la personalidad fué concebida como un manojó de hábitos o rasgos, entendiendo por rasgo "intenso" una respuesta que se presentaba frecuentemente (Cronbach, 1972).

Los inventarios de personalidad están formulados en función de la validez de contenido, la clave de criterio empírico de un conjunto de elementos, el análisis factorial de elementos o puntuaciones de subtests, la disposición de elementos de elección forzada formulándose en su conveniencia social y la aplicación de la teoría de la personalidad en la elección de variables y elaboración de elementos.

Los inventarios de personalidad tuvieron origen a principios de este siglo durante la primera guerra mundial con R.S. Woodworth, su fin primordial era el poder seleccionar a aquellos soldados norteamericanos "mentalmente hábiles" para enviarlos a Europa (Cronbach, 1972).

El inventario multifásico de personalidad de Minnesota fué publicado en 1942, gozando de una rápida aceptación y permanece hasta la

actualidad como uno de los test más utilizados e investigados (Cronbach, 1972).

CAPITULO II: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ**CONFIABILIDAD**

Para que nosotros podamos decir que un instrumento psicológico constituye un buen diseño de medición, se deben examinar los siguientes criterios:

- a) La estandarización que permite determinar el grado de errores de interpretación que han sido controlados a fin de evitar caer en ellos.
- b) Ser objetivos lo cual denota el grado en que los errores personales han sido evitados.
- c) La confiabilidad y la validez, que serán descritas posteriormente.

La confiabilidad y la validez de los instrumentos de medición puede verse afectada seriamente por una gama de factores que deben tomarse en consideración para la elaboración de cualquier instrumento psicológico, estos factores son los siguientes:

1. La improvisación
2. Usar instrumentos que fueron desarrollados en el extranjero y que no han sido validados a nuestro contexto: cultura y tiempo.
3. Que el instrumento resulte inadecuado para las personas que se les aplica: no es empático.

4. Las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición.

Para comprender tanto la confiabilidad y la validez de un instrumento de medición necesitamos hacernos la siguiente pregunta ¿Que es la confiabilidad? y ¿Que es la validez?. Para responder estas preguntas presentamos las siguientes definiciones:

La confiabilidad se refiere a la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento, es decir, al grado en que la aplicación repetida de un instrumento al mismo sujeto u objeto produce resultados semejantes. Algunos sinónimos de la confiabilidad son: seguridad, consistencia, predictibilidad y exactitud (Kelinger, 1980).

Anastasi (1971), define la confiabilidad de un test como "la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en diferentes ocasiones o con conjuntos distintos de elementos equivalentes. En un sentido más amplio, la confiabilidad indica hasta que punto puede atribuirse a errores de medida las diferencias individuales en las puntuaciones del test y hasta que punto cabe atribuir las a diferencias verdaderas de la característica que estamos sometiendo a consideración".

La confiabilidad es la estabilidad de los resultados, o de las calificaciones obtenidas en el instrumento (Pick y López, 1988).

Si bien, en todas estas definiciones de confiabilidad engloban la estabilidad y consistencia de los resultados obtenidos en un instrumento de medición, existen varios tipos de confiabilidad que a continuación se mencionan.

TIPOS DE CONFIABILIDAD

Kerlinger (1980), menciona tres formas de enfocar la definición de confiabilidad. La primera forma se conoce como la técnica test-retest; esta forma implica la definición de confiabilidad en términos de estabilidad, de seguridad y de predictibilidad. Una segunda forma plantea la exactitud del instrumento que implica también la estabilidad del mismo, y por último un tercer enfoque que busca los errores de medición que existen en un instrumento, el cual se obtiene mediante el análisis de varianza de los puntajes obtenidos en la prueba mismos que se reflejan en las medidas de tendencia central y de dispersión.

Varios autores sugieren diversos tipos de confiabilidad:

A) LA MEDIDA DE CONFIABILIDAD DE TEST-RETEST.

Este tipo de confiabilidad consiste en la aplicación de un instrumento a los sujetos en dos ocasiones después de un periodo de tiempo, y posteriormente se ve el grado de correlación que existe entre las dos aplicaciones. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable. Desde luego el tiempo entre las mediciones

es un factor a considerar, si el periodo es largo y la variable susceptible de cambios, esto puede confundir la interpretación del coeficiente de confiabilidad, obtenido por este proceso. Si el periodo es corto las personas pueden recordar cómo contestaron en la primera aplicación del instrumento para así aparecer más consistentes de lo que son en realidad (Bohrstedt, 1976).

B) LA CONFIABILIDAD DE SPLIT HALF.

Este método solo requiere una aplicación del instrumento y los resultados se dividen en dos mitades comparativas, el instrumento se debe dividir de manera que las dimensiones del instrumento queden representadas en las dos mitades de reactivos. La confiabilidad se obtiene mediante la correlación de estas dos calificaciones y esta varía dependiendo del número de reactivos, entre mayor sea el número de estos la confiabilidad aumenta.

C) CONFIABILIDAD DE FORMAS ALTERNAS O PARALELAS.

Esta confiabilidad se utiliza cuando existen dos versiones o formas alternas del mismo instrumento. Primero se aplica el instrumento y en la segunda vez se aplica la forma alterna del instrumento, posteriormente se toman los resultados de ambas aplicaciones y se correlacionan. Es necesario que ambas versiones sean lo más parecidas entre sí en cuanto al contenido, rango y dificultad, lo mismo debe considerarse en cuanto a instrucciones y tiempo de respuesta.

D) CONFIABILIDAD POR MEDIO DE ALFA DE CRONBACH.

Este método requiere de una sola aplicación del instrumento, y se basa en la medición de la consistencia de la respuesta del sujeto con respecto a los reactivos del instrumento (Cronbach, 1949) (cita en Cronbach, 1960). La fórmula utilizada en la siguiente:

$$\text{Alfa} = \frac{K}{K - 1} \qquad r = \frac{S_{12}}{S_r^2}$$

Los resultados obtenidos por esta fórmula indican que entre más cerca esté alfa de 1, más alto es el grado de confiabilidad. Este mismo procedimiento debe llevarse a cabo en cada reactivo y la puntuación total de la prueba; todo ellos con la finalidad de eliminar aquellos reactivos que tienen correlaciones bajas con la prueba. Es decir, aquellas que miden algo diferente a lo que pretende medir.

E) COEFICIENTE KR-20 KUDER Y RICHARDSON, (1937).

Este método como en los métodos de división en dos mitades, la consistencia entre los elementos se halla partiendo de una sola aplicación.

VALIDEZ

La validez de una prueba es el grado en que la calificación o resultado de la prueba realmente refleje lo que se está midiendo (Pick y López, 1990). La validez nos indica hasta qué punto una prueba psicológica mide lo que se supone ha de medir.

TIPOS DE VALIDEZ

Pick y López (1990), mencionan diferentes tipos de validez:

- Validez de contenido. Se refiere al contenido del instrumento; el instrumento debe abarcar adecuadamente los aspectos importantes de la conducta que estamos midiendo.
- Validez superficial. Se refiere no al contenido de la prueba en sí, sino a lo que el instrumento aparenta medir; es decir, a que el sujeto que contesta el instrumento crea que el instrumento sirve y está midiendo algo específico.
- Validez criterio externo. Se relaciona con la eficacia que tiene un instrumento para predecir conductas específicas en determinadas situaciones. El resultado obtenido al aplicar el instrumento se compara con un criterio independiente y externo.
- Validez con otros instrumentos. Los resultados obtenidos se correlacionan con los resultados alcanzados con otros instrumentos que a su vez ya hayan sido validados de alguna manera con respecto al mismo concepto.
- Validez medida a través del análisis factorial. El análisis factorial constituye una técnica estadística mediante la cual se determinan los aspectos o factores más importantes del instrumento, y se analiza la correlación entre ellos.

Kelinger (1990), se refiere a la validez como la capacidad de un test de medir lo que realmente desea medir. Y analiza 3 tipos de validez:

- La validez de contenido. Es la representatividad o la adecuación muestral del contenido -la sustancia, la materia, el tema- de un instrumento de medición. La validez de contenido consiste esencialmente en el juicio.

- La validez de criterio. La validez de criterio se estudia comparando los puntajes de pruebas o de escalas con una o más variables externas o criterios conocidos o que se cree que miden el atributo en estudio. Cuando se predice el éxito o fracaso de los estudiantes a partir de medidas académicas de aptitudes, uno está interesado en la variable relacionada con el criterio.

La palabra predicción se relaciona estrechamente con el futuro, y la variable relacionada con el criterio se caracteriza por la predicción para un criterio externo y por la verificación de un instrumento de medición ya sea ahora o en el futuro, contra alguna respuesta o medición como afirma Cronbach "Para tomar una decisión, se predice el éxito de una persona bajo cada tratamiento y se usa una regla para traducir la predicción a una asignación".

- La validez de constructo. Este tipo de validez vincula las nociones y prácticas psicométricas con las nociones teóricas. Cronbach menciona que existen 3 partes para la validación de constructo: a) Indicar lo que quizá expliquen los constructos acerca del desempeño de la prueba; b) Derivar hipótesis a partir de la

teoría en la cual está incluido el constructo y; c) Probar las hipótesis en forma empírica.

La validez de constructo se preocupa por la teoría, los constructos teóricos y la investigación científica empírica que implica la prueba de las relaciones hipotetizadas.

Otros autores mencionan los siguientes tipos de validez:

- La validez predictiva. Es una constatación directa de tipo empírico del valor del test, se le compara con la predicción hecha.

- La validez concurrente. Consiste en comparar el test con una fuente actual informativa, por ejemplo, podemos comparar el diagnóstico, a través de los test del psicólogo clínico con el juicio del psiquiatra que explora al enfermo en cuestión.

- La validez de contenido. Esta validez se hace con el objetivo de saber que tanto dominio tiene un sujeto sobre un curso, tema o habilidad específica. De esta manera el área de contenido que se quiere medir se debe describir antes de preparar la prueba. Sin embargo, la validez de contenido no puede ser utilizada para las pruebas de aptitud o de personalidad (Anastasi, 1967).

- Validez de elaboración o congruencia. Se refiere a como una prueba puede medir una elaboración teórica o rasgo.

Como ya se mencionó anteriormente es indispensable que un instrumento psicológico englobe diversos criterios para que sea considerado un buen diseño de medición. Retomando estos criterios antes descritos sabemos que un instrumento requiere ser estandarizado, ser confiable y válido, y ser objetivo con los resultados.

En vista de que el objetivo de esta investigación es detectar a los sujetos simuladores de los sujetos honestos a través de las escalas de validez del MMPI-2, es necesario conocer que criterios cumple este instrumento, así como sus antecedentes (MMPI) y las investigaciones realizadas con el MMPI-2 en población mexicana hasta el momento, como es la realizada por Lucio y Reyes en 1994, para conocer la confiabilidad y validez del instrumento.

El diseño que nos interesa abordar para la presente investigación es el diseño pretest-posttest, ya que pretendemos detectar a los sujetos simuladores de los sujetos honestos a través de las escalas de validez del MMPI-2 (Lucio y Reyes, 1992).

Algunos autores como Campbell y Stanley (1966), consideran al diseño pretest-posttest como un diseño preexperimental, el cual se caracteriza principalmente por que no es posible asignar al azar a los sujetos a los grupos que recibirán tratamientos experimentales. Esta falta de aleatorización produce problemas de validez interna y externa.

Para Tamayo (1981), el diseño pretest-posttest para un solo grupo es aquel estudio en que la variable dependiente es medida antes y

después de que se aplique o elimine la variable independiente. Luego se mide la magnitud del cambio, si es que éste se ha producido.

Existen 2 fuentes de invalidación para el diseño pretest-postest: las internas y las externas. Ambas deben controlarse y/o tomarse en cuenta al realizar cualquier investigación, ya que son variables que intervienen en el estudio y que influyen en los resultados.

FUENTES DE INVALIDACION INTERNA

La invalidación interna trata de las explicaciones rivales a la explicación de que la(s) variable(s) independiente(s) afecta(n) a la(s) variables(s) dependiente(s).

Campbell y Stanley (1966), definieron estas explicaciones rivales como fuentes de invalidación interna porque atentan contra la validez interna de un experimento. Esta se refiere a qué tanta confianza tenemos en que los resultados del experimento sea posible interpretarlos y éstos sean válidos. La validez interna tiene que ver con la calidad del experimento y se logra cuando hay control.

El control en un experimento se alcanza eliminando esas explicaciones rivales o fuentes de invalidación interna. A continuación se mencionan y definen de acuerdo con Campbell y Stanley (1966), Campbell (1975) y Barbbie (1979).

1. HISTORIA. Son acontecimientos que ocurren durante el desarrollo del experimento que afectan a la variable dependiente y pueden confundir los resultados experimentales. Las diferencias en la variable dependiente pueden atribuirse a la manipulación de la independiente o al acontecimiento que ocurrió durante el experimento.

2. MADURACION. Son procesos biológicos o psicológicos de los participantes que operan como consecuencia del tiempo y que son independientes de acontecimientos externos; estos procesos afectan los resultados del experimento y son por ejemplo: el cansancio, hambre, aburrición, aumento de edad y cuestiones similares.

3. INESTABILIDAD. Poca o nula confiabilidad de las mediciones, fluctuaciones en las personas seleccionadas o componentes del experimento, o inestabilidad autónoma de mediciones repetidas aparentemente "equivalentes". Imaginemos que en un experimento sobre memorización se tienen dos grupos y a uno -al sortearlos- le toca en la mañana y a otro en la tarde, y el experimento requiera de elevada concentración por parte de los sujetos que participan en él, pudiera ser posible que la concentración del grupo de la mañana fuera diferente del de la tarde (en la mañana habría más ruido, transitar de personas, etc.); y ello podría afectar la interpretación de los resultados. A lo mejor, diferencias en los grupos se deben a diferencias en la concentración y no a la variable independiente, o es posible que ésta sí tenga un efecto pero no podemos estar seguros de ello.

4. ADMINISTRACION DE PRUEBAS. Se refiere al efecto que puede tener la aplicación de una prueba sobre las puntuaciones de pruebas subsecuentes. En las pruebas de personalidad se advierte por lo general un ajuste mejor del individuo en una segunda aplicación, aunque en ocasiones se halla también un efecto significativo en sentido contrario (Widle, 1954). En cuanto a las actitudes hacia grupos minoritarios, una segunda prueba suele indicar mayor prejuicio, aunque los datos disponibles son todavía escasos (Rankin y Campbell, 1955). Y en pruebas de rendimiento e inteligencia en la segunda aplicación suelen desempeñarse mejor que los que la encaran por primera vez (ej., Anastasi 1958, págs 190-91; Cane y Herm, 1950).

5. INSTRUMENTACION O "DETERIORO DE LOS INSTRUMENTOS" [Cf. Campbell, 1957]. Esta fuente se refiere a los cambios en los instrumentos de medición o en los observadores participantes que pueden producir variaciones en los resultados que se obtengan. Es decir, a las variaciones autónomas en el instrumento de medición que podrían ser la causa de una diferencia entre test-retest. Es necesario que los instrumentos que se aplican deben ser equivalentes el uno con el otro para que no se presente la instrumentación.

6. REGRESION ESTADISTICA. Esta fuente se refiere a un efecto provocado por una tendencia de sujetos seleccionados sobre la base de puntuaciones extremas, a regresar -en pruebas posteriores- a un promedio en la variable en la que fueron seleccionados.

La regresión estadística representa el hecho de que puntuaciones extremas en una distribución particular tenderán a moverse -esto es, regresar- hacia el promedio de la distribución como función de mediciones repetidas (Christensen, 1981). Entre una primera y una segunda medición, las puntuaciones más altas tienden a bajar y las más bajas a aumentar. Este fenómeno de regresión se puede presentar porque ambas mediciones no están perfectamente correlacionadas.

7. SELECCION. Esta puede presentarse como resultado de elegir a los sujetos para los grupos del experimento, de tal manera que los grupos no sean equiparables. Es decir, si no se seleccionan los sujetos para los grupos asegurándose la equivalencia de éstos, la selección puede resultar tendenciosa.

8. MORTALIDAD EXPERIMENTAL. Esta fuente se refiere a diferencias en la pérdida de participantes entre los grupos que se comparan. Si en un grupo se pierde al 25% de los participantes y en otro grupo sólo al 2%, los resultados pueden verse afectados por ello, además del tratamiento experimental.

9. INTERACCION ENTRE SELECCION Y MADURACION. Se trata de un efecto de maduración que no es igual en los grupos del experimento, debido a algún factor de selección. La selección resulta en diferentes tasas de maduración o cambio autónomo entre grupos. Es importante tomar en cuenta la interacción que pueda darse entre la selección y la maduración de los sujetos.

10. OTRAS INTERACCIONES. Pueden darse diversos efectos provocados por la interacción de las fuentes de invalidación interna mencionadas. La selección puede interactuar con la mortalidad experimental, la historia con la maduración, la maduración con la inestabilidad, etc.

FUENTES DE INVALIDACION EXTERNA

La validez externa tiene que ver con la generabilidad de los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, como a otros sujetos o poblaciones. Campbell y Stanley (1966), también mencionan varios factores de invalidación externa como son:

1. EL EFECTO REACTIVO O DE INTERACCION DE LAS PRUEBAS. Este se presenta cuando la preprueba aumenta o disminuye la sensibilidad o la calidad de la reacción de los sujetos a la variable experimental, haciendo que los resultados para una población con preprueba no puedan generalizarse a quienes forman parte de esa población pero sin preprueba.

2. EL EFECTO DE INTERACCION ENTRE ERRORES DE SELECCION Y EL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL. Este se refiere a que se elijan personas con una o varias características que hagan que el tratamiento experimental tenga efecto, el cual no se daría si las personas no tuvieran esas características.

3. LOS EFECTOS REACTIVOS DE LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES. La artificialidad de las condiciones puede hacer que el contexto experimental resulte atípico respecto a la manera como se aplica regularmente el tratamiento.

4. INTERFERENCIA DE TRATAMIENTOS MÚLTIPLES. Si los tratamientos no son de efectos reversibles, las conclusiones solamente podrán hacerse extensivas a las personas que experimentaron la misma secuencia de tratamientos, sean múltiples o repetición del mismo.

5. IMPOSIBILIDAD DE REPETIR LOS TRATAMIENTOS.

Con base en lo anterior se ha estudiado la confiabilidad del MMPI mediante procedimientos test-retest, en los cuales se han estudiado factores considerados como partes fundamentales del instrumento, en este tipo de estudios se ha tratado de determinar el grado de estabilidad de las escalas, es decir, si se mantenían los puntajes del perfil en un mismo individuo a través del tiempo (Hurt, Clarkin y Morey, 1990).

Pérez, J. M., (1995) realizó una investigación cuyo objetivo era analizar el grado de estabilidad o consistencia interna del MMPI-2 mediante un estudio de test-retest en alumnos universitarios de la carrera de Psicología y Contaduría de una Universidad privada dependiendo del sexo.

Les fué aplicado el MMPI-2 dos veces a 146 hombres y 111 mujeres con un intervalo de aplicación de 7 días. Los resultados obtenidos

mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el test y el retest, así mismo al comparar los datos con los estudios realizados por Butcher, (1989). Por lo que esta investigación aporta datos relevantes para la confiabilidad del instrumento, y con ello se puede concluir que el instrumento es confiable con un alto índice en la muestra estudiada.

Otra investigación fué la realizada por Dudley D. Blake, Walter E. Penk, Dianna L. Mori, Phillip M Kleespies, Suellen S. Walsh, y Terence M. Keane (1992); estudiaron la comparabilidad del MMPI original (1950) y el MMPI-2 (1989) en una población de pacientes psiquiátricos. Todos los pacientes contestaron el MMPI original y el MMPI-2. Los resultados mostraron una alta correlación entre ambas formas. Los análisis de los puntajes altos y códigos de dos puntos mostraron através de las 2 administraciones estabilidad relativa, aunque la proporción de la escala 2 y 8 disminuyó, al igual que la escala 6 y 7 incrementaron marcadamente en el protocolo del MMPI-2.

La exploración de cada versión en cuanto a la discriminabilidad entre carácter y desorden del pensamiento sugiere que el MMPI provee una mejor delimitación entre las dos clases de diagnósticos. Un análisis de diferencias mostró que no había discrepancia entre las dos formas en cuanto a la clasificación precisa de los grupos clínicos y no clínicos. Los autores refieren que en base a los resultados obtenidos en la presente investigación la forma nueva del MMPI mantiene las mismas ventajas a pesar de las modificaciones realizadas. Y las diferencias encontradas aquí podrían ser únicas en

pacientes psiquiátricos y sus patrones del MMPI/MMPI-2 equivalentes pueden no generalizarse a otras poblaciones específicas.

Ben Porath, Y., S. y Butcher, J., N., (1989) estudiaron la comparación de las escalas y perfiles del MMPI y del MMPI-2. La investigación fué realizada con 199 mujeres y 178 hombres estudiantes no graduados a quienes se les administraron las dos versiones del MMPI. Aproximadamente la mitad de los sujetos respondieron primero la forma AX y después la forma original, el otro grupo lo respondió en forma inversa. El intervalo promedio entre las administraciones fué de 9 días con un rango de 1 a 2 semanas.

La forma AX incluía los 550 reactivos del MMPI original más 154 reactivos experimentales adicionales; y el MMPI-2 contenía 567 reactivos, todos ellos aparecían en el MMPI-AX. Las correlaciones entre los puntajes obtenidos en la administración de la forma original dos veces (O-O) y los puntajes obtenidos en las formas original y revisada (O-R) se realizaron mediante la fórmula producto-momento de Pearson. De las 42 comparaciones reportadas, solamente 2 correlaciones en las escalas F y Es (Fuerza del yo) para mujeres difirieron significativamente. Respecto a la escala F, parece que un nivel inusualmente alto de estabilidad (en comparación con los hombres y con estudios previos) obtenido por las mujeres que completaron la forma original dos veces es la explicación más probable para este hallazgo. Y con respecto a la escala Es, la atenuación de la estabilidad encontrada para esta escala en mujeres refleja un cambio de buena fé el cual también se encontró para los hombres (aunque no fué significativo). Este cambio es posible debido

a que esta escala (Es) perdió más reactivos (14) en el MMPI-2 que ninguna otra escala.

Los resultados también mostraron que ninguna de las correlaciones test-retest de las 13 escalas básicas y de las 8 suplementarias difirieron significativamente para los hombres en la muestra cuando se compararon sujetos que contestaron las formas original y revisada con aquellos que completaron la forma original 2 veces.

Munley, P. H. y Battle, C., (1991) realizaron una comparación de puntajes T para hombres y mujeres del MMPI y MMPI-2. La comparación indicó más pronunciados cambios normativos para ciertas escalas y mayores cambios normativos para hombres que para mujeres. La relación entre los puntajes T del MMPI-2 y el MMPI varían a través de las escalas individuales; unas pocas escalas de MMPI-2 muestran mejoría, otras muestran atenuación en los rangos medios y bajos con mejoramiento de los rangos superiores. Se están discutiendo posibles implicaciones y efectos de las nuevas puntuaciones T del MMPI-2.

CAPITULO III: MMPI Y MMPI-2**DESARROLLO DEL MMPI (INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA)**

El MMPI fué diseñado por Hathaway y McKinley en 1938, ambos de la escuela de medicina de la Universidad de Minnesota, quienes buscaban la manera de llevar algún tipo de estandarización a la diagnosis psiquiátrica. La elaboración de los reactivos se realizó en base a historias clínicas, pruebas psicológicas, entrevistas psiquiátricas, reporte de casos etc., cuyos puntos de referencia eran actitudes sociales, religiosas, desordenes neurológicos, estados obsesivos y estados compulsivos etc. De donde inicialmente obtuvieron 1000 frases seleccionando posteriormente 504.

Su muestra estaba conformada por un grupo de sujetos normales, visitantes o parientes de pacientes del Hospital de Minnesota, aspirantes a ingresar a la misma Universidad y por trabajadores de la Universidad. Además se tomó una muestra de pacientes psiquiátricos de Hospitales de la Universidad de Minnesota.

Así se obtuvieron 7 escalas básicas (Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía), y posteriormente se añadieron 2 escalas {Masculinidad-Femenidad (Fm) y sociabilidad-Introversión (Si)} desarrolladas por Drake en 1946.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI

Hathaway y McKinley desarrollaron 4 escalas de validez, cuyo propósito era detectar actitudes desviadas al realizar el test.

- Sin respuesta, "no lo puedo decir" es simplemente el número total de reactivos del MMPI que fueron omitidos o respondidos simultáneamente como cierto y falso. Obviamente, la omisión de un gran número de reactivos, hace dudar acerca de la interpretabilidad de todo el perfil ya que provocan aplanamiento en las escalas clínicas, por lo cual no son muy confiables las interpretaciones para distinguir el diagnóstico entre la patología y la normalidad.

- La escala " L " (mentiras). Fué diseñada para detectar cuando un sujeto miente y trata de dar una mejor imagen de sí mismo. Los reactivos de esta escala cubren situaciones de la vida cotidiana a fin de evaluar la fuerza con la que el sujeto es resistente a admitir hasta las más pequeñas debilidades de carácter o de la personalidad.

- La escala " F ". Esta escala identifica a aquellos sujetos que tienen una dirección particular de responder el inventario de menos del 10% de los sujetos normales, por lo que un puntaje alto nos haría dudar acerca de que tanto el sujeto entendió las instrucciones de la prueba; también fué diseñada para detectar si el sujeto es capaz de reconocer su problemática.

- La escala " K ". Esta escala fué diseñada por Meehl y Hathaway (1946) para identificar la defensibilidad del sujeto ante el inventario (mecanismos de defensa).

La escala K también se utilizó para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas que va desde .2 a 1.0; Meehl y Hathaway pensaron que ante el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba se debería poder determinar la extensión en la cual los puntajes de las escalas clínicas deberían ser elevados a fin de poder reflejar de forma más exacta la conducta de la persona.

Estas escalas de validez del MMPI original fueron designadas específicamente para identificar a los sujetos que se acercaban al test con la intención de:

- a) Demandar síntomas y problemas que ellos realmente no tienen (simulando estar mal).
- b) Negar síntomas y problemas que ellos realmente tuvieron.
- c) Demandar características positivas que ellos realmente no tienen o tuvieron en menor medida que la demandada (simulación buena).

DESARROLLO DEL MMPI-2

El MMPI original tuvo gran auge en E.U. y en todo el mundo siendo la prueba de personalidad objetiva más ampliamente utilizada (Keller y Piotrowsky, 1989; Lubin, Larsen y Matarazzo, 1984), incluyendo países de habla hispana (Navarro y Casanueva, 1982; Salmero y Mesyre, 1990; Sánchez Martín, 1991): A pesar de su amplio uso, se habían señalado problemas en el MMPI original en inglés (Butcher 1972; Butcher y Owen, 1978; Butcher y Tellegen 1966; Hathaway, 1965). Y también se cuestionó el uso de las normas originales del MMPI (Butcher 1972, Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983), por lo que se recomendó que se hiciera una minuciosa revisión del inventario. Todo esto condujo a la nueva versión del MMPI (MMPI-2) donde se excluyeron reactivos obsoletos ampliando la gama de los mismos a temas más actuales, se aumentaron reactivos referentes a problemas clínicos.

Las normas del MMPI-2 están basadas en una muestra más diversa, y étnicamente más balanceada por lo cual son más apropiadas para los usuarios actuales de la prueba. Las escalas clínicas y de validez del MMPI original tradicionales se mantuvieron casi intactas. Además se añadieron nuevas escalas de validez, de contenido y suplementarias, cuya validez y confiabilidad es igual o mayor que en las escalas originales del MMPI.

Posteriormente el MMPI-2 se tradujo al español adecuando el contenido y lenguaje de los reactivos a la población mexicana, es decir se hizo una transliteración par evitar los problemas de traducción señalados con el MMPI original (Lucio, 1995). Siendo así un inventario mejor

adaptado a la población mexicana tomando en consideración modismos y diferencias socioculturales.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI-2

Las escalas de validez del MMPI original se mantienen en el MMPI-2, y además se añadieron nuevas escalas de validez (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).

De acuerdo al manual del MMPI-2 para México (Lucio, 1995) se presentan las nuevas escalas de validez entre las cuales se encuentran:

- La escala Fp (infrecuencia en la página posterior) indica si el sujeto contesta al azar en los últimos reactivos, el Fp proporciona una verificación adicional sobre la aceptación de un protocolo de prueba dado, especialmente en cuanto a las escalas suplementarias y de contenido.

- Las escalas INVER (inconsistencia de respuestas verdaderas) e INVAR (inconsistencia de respuestas variables) son escalas nuevas de validez (Tellegen 1982, 1988a). Estas se asemejan a la escala de descuido (Crune, 1978), y proporcionan un índice de la tendencia de un sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria.

La escala INVER se basa en aquellos reactivos que se oponen en contenido y que por tanto el sujeto tendría que responder de manera distinta.

La escala INVAR es aquella que detecta si el sujeto está contestando al azar el inventario. Esta escala ayuda a interpretar un puntaje alto en la escala F, de este modo si la escala INVAR es alta indica que las respuestas fueron aleatorias pero, si ésta es baja indica que el sujeto es una persona mentalmente perturbada o que intenta parecer más perturbada de lo que realmente es (Graham, 1990; Palacios, 1994).

DESARROLLO DE LAS ESCALAS CLINICAS

A continuación se describen las escalas clínicas de acuerdo a al manual del MMPI-2, adaptación al español de Lucio, E. (1995).

La escala 1 (Hs: Hipocondriasis). Esta escala se desarrolló con un grupo de pacientes neuróticos que mostraban preocupación excesiva acerca de su salud, presentaban una variedad de quejas somáticas sin ninguna base orgánica y no aceptaban encontrarse bien físicamente. Muchos de los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, pero otros reflejan una preocupación corporal general o una tendencia de estos individuos a estar centrados en sí mismos.

La escala 2 (D: Depresión). Los reactivos que conforman esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desesperanza, pesimismo y

desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencias a sentirse frecuentemente culpable.

La escala 3 (Hi: Histeria conversiva). Esta escala fué construida con pacientes que exhibían algún tipo de desorden sensorial o motor, para el cual no se podía establecer ninguna base orgánica. Algunos de los 60 reactivos componentes de la prueba reflejan dichas quejas físicas o desordenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas.

Escala 4 (Dp: Desviación psicopática). Esta escala fué desarrollada con individuos que fueron referidos a un servicio psiquiátrico para aclarar por qué tenían constantes dificultades con la ley, a pesar de no haber sufrido privación cultural, de poseer inteligencia normal y estar relativamente libres de desordenes neuróticos o psicóticos serios. Algunos reactivos involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas y otros reflejan su falta de interés por la mayoría de las normas sociales y morales de conducta. Hay 50 reactivos en la escala 4, en el perfil estándar, una fracción (.4) del puntaje crudo de la escala K se agrega al puntaje crudo de la escala 4.

Escala 5 (Mf: Masculinidad - Femenidad). Esta escala fué construida con hombres que buscaron ayuda psiquiátrica para controlar sus

sentimientos homocráticos y poder lidiar con confusiones dolorosas sobre su rol de género. Los esfuerzos similares para desarrollar una medida de divergencias de género en mujeres no fueron exitosos (Hathaway, 1956). Los reactivos en esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes, y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general difieren.

Como los puntajes T en esta escala para mujeres corren de manera opuesta a aquellas de los hombres, esta escala es esencialmente inversa para los dos sexos. Cuatro reactivos de la versión original fueron eliminados en el MMPI-2 por contenido inconveniente. Es importante tener reservas en la interpretación de esta escala ya que parece ser la más influenciada por la cultura.

Escala 6 (Pa: Paranoia). El contenido de los reactivos reflejan susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. En algunos de estos reactivos se incluye también el estar centrado en sí mismo y la inseguridad. Los 40 reactivos originales de la escala 6 fueron conservados en el MMPI-2.

Escala 7 (Pt: Psicastenia). Aunque el contenido de los reactivos se refiere en parte a síntomas diversos, la escala en general refleja más bien ansiedad y angustia, así como normas morales estrictas, tendencias a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos. Permanecen 48 reactivos en la

escala 7, y en el perfil estándar se agrega el valor total del puntaje de la escala K al puntaje crudo de la escala 7.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). Esta medida se construyó en pacientes psiquiátricos, quienes manifestaban diversas formas de desordenes esquizofrénicos. El contenido de los reactivos cubría un amplio rango de conductas excéntricas, experiencias raras y susceptibilidad marcada en estos sujetos. Quedaron un total de 78 reactivos en la escala 8 y el valor total de los puntajes de la escala K se le suma al puntaje crudo de esta escala en los perfiles estándar.

Escala 9 (Ma: Hipomanía). Esta escala se construyó con pacientes que presentaban las primeras etapas de episodios maniacos o desordenes maniaco-depresivos. Las personas que manifestaban fuertes índices de psicosis, resultaban típicamente inestables al ser evaluadas con este inventario. El contenido de los reactivos cubría algunas de las conductas de esta condición y de las características asociadas a ella (ambición exagerada, extroversión y aspiraciones elevadas). Consta de 46 reactivos esta escala, y en los perfiles estándar al puntaje crudo se le suma una fracción de (.2) del puntaje crudo de la escala K.

Escala 0 (Is: Introversión Social). Esta escala fué desarrollada por L.E. Drake, (1946) en una muestra de estudiantes universitarios quienes puntuaron en los extremos de las escalas del inventario de introversión y extroversión social ISE (Introversión del pensamiento, social y emocional) de Evans y McConnell, (1941). Los puntajes por encima de la media en la escala 0 reflejan un incremento de los

niveles de timidez social, preferencia por permanecer solo y carencia de autoafirmación social.

Los puntajes por abajo de la medida reflejan las tendencias contrarias hacia la participación y ascendencia social. En el MMPI-2 hay 69 reactivos para la escala 0; un reactivo fué eliminado por su contenido objetable.

LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS

El MMPI-2 para México (Lucio, 1995) presenta otras escalas adicionales para enriquecer las escalas básicas y así, poder ampliar el conocimiento de problemas y desordenes clínicos. Este grupo de escalas son básicamente nuevos para México, de ahí la importancia de su estudio. A la fecha se han llevado a cabo algunas investigaciones con estas escalas como las realizadas por Ampudia (1994), Ampudia y Lucio (1995), Pérez y Farías (1995).

A continuación se describen las escalas suplementarias del MMPI-2 de acuerdo al manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

Escala de Ansiedad (A). Fué desarrollada por Welsh en 1956; y consta de 39 reactivos. Los puntajes altos $T > 65$ reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios. Estos puntajes se dan en sujetos que tienden a ser inhibidos, con un control exagerado de sus impulsos, además son sujetos incapaces de tomar decisiones, inseguros y sumisos. Los puntajes bajos $T < 40$

indican ausencia de angustia emocional, son personas enérgicas, competitivas, socialmente extrovertidas, son incapaces de tolerar la frustración y generalmente prefieren la acción a la reflexión.

Escala de Represión (R). Fué desarrollada por Welsh (1956), y consta 37 reactivos. Los sujetos con puntajes altos ($T > 65$) son sumisos, convencionales y rehuyen a los disgustos y situaciones desagradables. Y por el contrario las personas con puntajes bajos ($T < 40$) son desinhibidas, enérgicas, expresivas, astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros.

Escala Fuerza del Yo (Fyo)(Es). Esta escala fué desarrollada por Barron (1953), para evaluar la capacidad de un individuo para beneficiarse de una psicoterapia individual o de grupo. Esta escala consta de 52 reactivos, y es utilizada como un indicador de salud psicológica ya que es una medida tanto de adaptación, entereza, de recursos personales y del funcionamiento eficiente del sujeto. Los puntajes altos reflejan espontaneidad del sujeto, buen funcionamiento físico, sentimientos de autosuficiencia, buen contacto con la realidad, buena capacidad para solucionar y manejar el estrés, así como el recuperarse de los problemas. Por el contrario los puntajes bajos tienen un pobre concepto de sí mismos, presentan dificultades para adaptarse ante situaciones problemáticas, tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente.

Escala Revisada de Alcoholismo de Mac Andrew (A-Mac) (MAC-R). Los puntajes altos en esta escala están asociados con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo únicamente, quienes obtienen puntajes altos suelen ser personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. Los puntajes brutos de 28 o más sugieren que se abusa marcadamente de las sustancias. Los puntajes entre 24 y 27, sugieren que se abusa en cierto modo, pero no hay una adicción marcada. Los puntajes menores a 24 contra-indican un problema de abuso de sustancias, y generalmente lo obtienen personas introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas.

ESCALA SUPLEMENTARIAS ADICIONALES

Escala de Hostilidad Reprimida (HR) (O-H). Mergagee, Cook y Mendelsoh, (1967) desarrollaron esta escala contrastando las respuestas sobre algunos reactivos de los prisioneros violentos y no violentos. Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin desquitarse. Los puntajes elevados son típicos de personas que tienden a responder apropiadamente a la provocación pero que ocasionalmente muestran respuestas de agresión exagerada sin provocación. Existe poca información respecto a los puntajes bajos pero puede tratarse de personas crónicamente agresivas o individuos que expresan la agresión bastante apropiadamente.

Escala de Dominancia (Do). Esta escala fué desarrollada por Gough, Mc Closky y Meehl (1951) con el objetivo de medir la tendencia de un individuo a tener ascendiente y control sobre los demás en sus relaciones interpersonales. Los puntajes altos se asocian con el equilibrio, la confianza, la seguridad en sí mismo y la iniciativa social; la perseverancia, la resolución y el liderazgo de grupo. Y los puntajes bajos se asocian a personas sumisas, poco enérgicas y fácilmente se dejan sugerir por otras personas.

Escala de Responsabilidad Social (Rs)(Re). Fué desarrollada por Gough, McClosky y Meehl (1952) para medir la responsabilidad social. Las personas con puntajes altos en esta escala aceptan las consecuencias de su conducta, se les considera dignos de confianza y con un alto sentido de responsabilidad. Y los sujetos con puntajes bajos carecen de responsabilidad y no son dignos de confianza.

Escala de Desajuste Profesional (Dpr)(Mt). Esta escala fué desarrollada por Kleinmuntz (1961) para discriminar entre los estudiantes universitarios, de nivel profesional, bien o mal adaptados emocionalmente. Los puntajes altos muestran que la persona está poco adaptada, es generalmente ineficiente, pesimista y angustiada. Y los sujetos con puntajes bajos tienden a estar bien adaptados, son más optimistas y más conscientes.

Escalas de Género Masculino y Femenino : GF Y GM (FR Y MR). Dahlstrom desarrolló dos escalas por separado para el género masculino y femenino del MMPI-2 (Dahlstrom, comunicación personal, 1988;

Peterson, 1989). Los reactivos incluidos en la escala GM fueron aquellos en que la mayor parte del grupo masculino, y menos del 10% de las mujeres, marcaban en el mismo sentido, y de igual manera se creó la escala GF.

Las investigaciones preliminares de estas dos medidas del rol de género (Peterson 1989) indican que para sujetos masculinos la escala GM se relaciona con una gran confianza en sí mismo, perseverancia marcada y amplitud de intereses, además de la carencia de temores o sentimientos de auto-referencia. Y para las mujeres GM se relaciona con una gran confianza en sí mismas, honestidad, disposición para probar nuevas cosas e indica la ausencia de preocupaciones y sentimientos de auto-referencia.

Para los sujetos masculinos la escala GF se relaciona con religiosidad, la tendencia a no hacer juramentos o maldecir, y los puntajes relativamente altos se dan generalmente en personas francas. Esta escala también se relaciona con el ser impositivo, tener poco control sobre el propio temperamento y propensión al abuso del alcohol y de las drogas. Para las mujeres la GF se relaciona con religiosidad y problemas con el alcohol y las drogas.

Escala de desorden de estrés post-traumático (EPK y EPS) (PK y PS). Esta escala fué desarrollada por Keane, Mallry y Fairbank (1984) y se construyó con base en dos grupos de pacientes psiquiátricos del Ministerio de Veteranos, con varios grupos diagnósticos del Eje 1 del

DSM-III, contrastando entre quienes manifestaban desorden de estrés post-traumático o estaban libres de esta complicación adicional.

Una segunda escala EPS, fué trabajada por Schlenger y Kulka (1987) en el Instituto de Investigación Triángulo en Carolina del Norte. Esta escala se desarrolló contrastando veteranos de Vietnam sanos emocionalmente con otros que se identificaban principalmente por desordenes post-traumáticos, sin otros problemas psiquiátricos.

ESCALAS DE CONTENIDO

A continuación se describen las escalas de contenido del MMPI-2, de acuerdo al manual del MMPI-2 (Lucio, 1995).

Las escalas de contenido fueron presentadas originalmente por Hathaway y McKinley en 1940. Consistían en 26 categorías para clasificar el contenido del grupo de reactivos del MMPI, lo hicieron para demostrar que estos representaban una amplia gama de conductas; y que pueden contribuir a la comprensión de la personalidad y conducta de un examinado.

En el transcurso de los últimos veinte años ha aumentado la confiabilidad acerca del uso del contenido en escalas de personalidad objetivas (Jackson, 1971; Burisch, 1984). Por otra parte las escalas de personalidad basadas en el contenido tienen la ventaja de ser más

fáciles de interpretar gracias al contenido homogéneo de los reactivos (Bursch, 1984).

De acuerdo al manual del MMPI-2 para México (Lucio, 1995), existen tres enfoques que han recibido mayor atención para la interpretación del contenido de los reactivos del MMPI:

"Frasas significativas" (Grayson, 1951; Caldwell, 1969; Koss y Butcher, 1973; Lachar y Wrobel, 1979); "subescalas del MMPI" (Wiener y Harmon, 1946; Harris y Lingoos, 1955; Serkownck, 1975), y "escalas de contenido" (Payne y Wiggins, 1972; Wiggins, 1966, 1969; Wiggins, Golberg y Appelbaum, 1971).

Ansiedad (ANS) (ANX). Los puntajes altos en esta escala denotan síntomas generales de ansiedad que incluyen tensión y problemas somáticos (taquicardia y dificultad en la respiración), además indican dificultades para dormir, para tomar decisiones, tendencia a preocuparse en exceso y falta de concentración. Los sujetos que presentan puntajes elevados en esta escala parecen estar conscientes de estos síntomas y problemas, por lo que los admiten abiertamente.

Miedos (MIE) (FRS). Una calificación alta indica que se trata de una persona con muchos temores específicos. Estos incluyen el temor a ver sangre, a estar en lugares altos, a perder el dinero o el hogar, o bien pueden relacionarse con animales como serpientes, ratones o arañas. El contenido de los reactivos de esta escala se refiere también a miedo a fenómenos naturales como el agua, el fuego,

tormentas y desastres. Se incluye también el miedo a la obscuridad, a sentirse enclaustrado y a la soledad.

Obsesividad (OBS)(OBS). Un puntaje alto en OBS indica la dificultad para tomar decisiones y probablemente tiendan a meditar excesivamente sus puntos de vista y problemas, de manera que los que los rodean se impacientan. Hacer cambios les resulta angustiante y pueden mostrar algunas conductas compulsivas como contar o guardar cosas insignificantes. Los sujetos con puntuaciones elevadas en esta escala se preocupan excesivamente y con frecuencia, se sienten abrumados por sus propios pensamientos.

Depresión (DEP)(DEP). Los sujetos con puntajes altos en esta escala se caracterizan por pensamientos depresivos significativos, indican sentimientos de tristeza, incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida. Son personas generalmente intranquilos, infelices y lloran fácilmente, además, se sienten sin esperanza y con una sensación de vacío interior. Pueden también presentar intentos de suicidio o deseo de estar muertos.

Preocupación por la salud (SAU)(HEA). Los individuos con puntuaciones altas muestran muchos síntomas físicos en relación a las diversas funciones corporales. Se incluyen síntomas gastro-intestinales (estreñimiento, náusea, vómito y malestar estomacal), problemas neurológicos (convulsiones, vértigo, desmayo y parálisis), problemas sensoriales (oído o vista deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores del corazón o del pecho), problemas de la

piel, dolor (dolores de la cabeza y cuello) y molestias respiratorias (tos, fiebre de heno, asma). Estos individuos se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas.

Pensamiento delirante (DEL)(BIZ). Los individuos con calificaciones altas en la escala en DEL se caracterizan por procesos de pensamiento psicótico. Estas personas pueden mostrar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Pueden presentar también, ideación paranoide.

Enojo (ENJ)(ANG). Las calificaciones altas en ENJ sugieren problemas para controlar el enojo, estas personas se muestran irritables, gruñones, impacientes, arrebatados y obstinados. Pueden perder el control y agredir físicamente a las personas o destruir objetos.

Cinismo (CIN)(CYN). Las personas con calificaciones altas en la escala CIN se caracterizan por creencias misantrópicas. Estos sujetos suponen que, detrás de los actos de otros, hay motivos negativos escondidos. Consideran también que se debe desconfiar de las personas, porque utilizan a otras y son amigables sólo por razones egoístas. Las personas con puntuaciones altas mantienen probablemente actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos, incluyendo a sus compañeros de trabajo, su familia y sus amigos.

Prácticas antisociales (PAS)(ASP). Además, de tener actitudes misantrópicas similares a aquellos con calificaciones altas en la escala CIN, quienes refieren problemas de conducta durante sus años

escolares, además de prácticas antisociales tales como dificultades con la ley, robos, o hurtos en las tiendas. Estas personas creen que está bien eludir a la ley.

Personalidad tipo A (PTA) (TYPE A). Las personas con calificaciones elevadas se caracterizan por ser difíciles de sobrellevar, son apresurados y orientados al trabajo, pueden ser impacientes e irritables y enojones. A estos sujetos tampoco les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas. Son directos y pueden ser dominantes en sus relaciones con otros.

Baja autoestima (BAE) (LSE). Los puntajes altos en esta escala son de los sujetos que tienen una pobre opinión de sí mismos. No creen simpatizarles a otros ni ser importantes. Evidentemente carecen de confianza en sí mismos y encuentran difícil aceptar elogios.

Incomodidad social (ISO) (SOD). Las calificaciones altas indican que se trata de individuos que se sienten muy inquietos acerca de otros, por lo que prefieren estar solos. Cuando se encuentran en situaciones sociales, probablemente se sientan solos en lugar de unirse al grupo. Se ven a sí mismos como personas tímidas y no les gustan las fiestas, no otros eventos grupales.

Problemas familiares (FAM) (FAM). Las personas con calificaciones altas en esta escala refieren discordias familiares considerables. Estos individuos describen a los miembros de su familia como carentes.

de amor, peleoneros y desagradables. Estas personas pueden además describir maltratos en su infancia y considerar infelices y carentes de afecto sus matrimonios.

Dificultad en el trabajo (DTR)(WRK). Una calificación alta indica conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con una pobre confianza en sí mismo, dificultades para concentrarse, obsesividad, tensión y presión, además de dificultades en relación a la toma de desiciones. Indica también el cuestionamiento personal acerca de su elección profesional y actitudes negativas hacia los colaboradores.

Rechazo al tratamiento (RTR)(TRT). Los puntajes altos indican que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental, son sujetos que no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos y tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien, son personas que prefieren darse por vencidos que enfrentarse a las crisis o dificultades.

CAPITULO IV: ANTECEDENTES SOBRE FINGIMIENTO**FINGIMIENTO**

Cronbach (1960), señala que el problema del fingimiento y engaño es en gran medida de tipo motivacional. Las personas inadaptadas generalmente responden al test de una manera demasiado emocional como para llevar a cabo la exhortación del psicólogo de responder el test de manera honesta, convenciendolos este último de que es en gran medida por beneficio propio.

Si bien, la motivación adecuada y el rapport logran reducir el fingimiento y el fraude, hay situaciones especiales donde ningún rapport es capaz de ayudar a disminuir este fingimiento. Por ejemplo, en el caso de los delincuentes criminales, los beneficios que los examinados esperan obtener con el fingimiento superan con mucho cualquier intento motivacional en contra de los objetivos del examinador.

Podemos considerar que el fraude se da por:

- a) El engaño para elevar las puntuaciones en los test de aptitud mediante la utilización de ayuda externa.
- b) Los intentos de aparecer a una luz favorable en los test de personalidad.
- c) La simulación de inferioridad o anormalidad (en test de personalidad o aptitud).

El falseamiento favorable en los test de personalidad generalmente ocurre en los inventarios de autoaplicación, donde el sujeto responde el test con la respuesta que él considera correcta y no con la que corresponde a su conducta habitual. Esto puede ocurrir incluso cuando no existe un intento deliberado o reconocido de alterar la puntuación, pero es más frecuente dar la impresión favorable de sí mismos cuando solicitan un empleo.

Por otro lado el falseamiento desfavorable en los test de aptitud o personalidad incluye la simulación de deficiencia mental o de trastornos emocionales. Esta ficción posee un interés especial en las aplicaciones de tests a militares. Por ejemplo, se observó que los cadetes de las fuerzas aéreas trataron algunas veces de falsear datos en las pruebas, especialmente en aquellos reactivos que ellos consideraban serían desfavorables para la selección del personal para puestos correspondientes al bombardeo y director de vuelo con la esperanza de que dicha simulación aumentara sus posibilidades para ser destinados al entrenamiento de pilotos.

Un proceso para detectar el falseamiento de las respuestas en un test es mediante claves. Las claves de fingimiento se basan en que, cuando un individuo trata de falsear las respuestas tiende a exagerar este efecto.

El MMPI-2 (Lucio, 1995) consta de varias escalas de validez (L, F, K, Índice de Gough, INVER, INVAR, No lo puedo decir ?, Fp) que se

encargan de detectar a aquellos sujetos que contestan el inventario con una actitud falsa; ya sea que contesten la prueba aparentando estar mejor de lo que realmente son, lo cual es muy frecuente cuando se solicita un empleo, o bien, sujetos que fingen estar muy mal con el objeto de obtener beneficios gubernamentales por incapacidad física o mental, lo cual se veía con frecuencia en E.U. con los veteranos de Vietnam, o sujetos que buscaban deslindarse de acciones legales por razones de demencia, etc. En ambos casos es fundamental detectar a la gente simuladora para que no se cometan este tipo de engaños.

La presente investigación pretende detectar a ambos tipos de simuladores por medio de las escalas de validez del MMPI-2, así como encontrar cuales escalas de validez son mejores detectores tanto para los simuladores buenos como para los que se fingen mal, y buscar puntajes de corte que discriminen al mayor número de sujetos que simulan estar bien o que simulan estar mal.

INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE SIMULACION

Investigaciones previas han mostrado que los individuos pueden responder en forma deshonesto a los instrumentos de medición por diferentes razones (Adelman y Hoxard 1988, Resnick 1984, Roesch y Golding 1980). Como no existe un método para prevenir la distorsión deliberada de las respuestas, una preocupación de los profesionales de la salud mental ante el ser evaluador debe ser el fingimiento y engaño (Gordon y Petty, 1971).

Dos métodos comunes para detectar el fingimiento han sido la entrevista clínica y la evaluación psicométrica. El MMPI (Hathaway y McKinley, 1951) ha sido el método psicométrico más ampliamente usado en el área general del fraude o engaño psicológico (Adelman y Howard, 1984, Rogers 1984, Ziskin 1984). El método más común para evaluar la sensibilidad de las escalas de validez del MMPI en la detección de los fingidores es el utilizar instrucciones que pretendan producir exageraciones o fabricar síntomas psicopatológicos en los sujetos que participen en el experimento.

Gough (1950), propuso que los perfiles de simulación buena podrían tener puntuaciones más elevadas en K que en los puntajes de F y que la diferencia de puntajes crudos entre estas dos escalas podría ser utilizado como un índice de simulación buena. De cualquier modo, los perfiles de simulación buena y los perfiles típicamente válidos se sobrepusieron a la marca aceptada (Exner et al., 1963, Hunt, 1948, Lynyon, 1967, Mc Anulty, Rappaport y Mc Anulty, 1985). El índice F-K ha sido efectivo en identificar los protocolos de simulación buena, pero con este mismo índice muchos protocolos válidos son incorrectamente identificados como inválidos (ej. Cofer et al., 1949, Grow et al., 1980, Hurt, 1948, Mc Anulty et al., 1985). Cuando los pacientes psiquiátricos o los reclusos han intentado simular estar bien en el MMPI, producen puntajes menores en la escala F, altos en mentiras (L) y en la escala K, además de puntajes menores en las escalas clínicas que cuando contestaban el test bajo condiciones estándar (Grayson y Olinger, 1957, Grow, 1980, Otto, Lane,

Me Gargee y Rosenblatt, 1988, Rappaport, 1958, Rice, 1983; Walters, 1988).

Richard Grow, William Mcvaugh y Thomas D. Eno (1980), evaluaron la efectividad de 13 diferentes técnicas para detectar a los sujetos simuladores con el MMPI original, así como también buscaban determinar cuales estrategias eran las mejores. Ellos valoraron las siguientes técnicas y estrategias que sugiere la literatura para la detección de los sujetos simuladores:

Los sujetos que simulaban estar mal eran detectados por las siguientes 4 estrategias: a) Puntaje crudo en la escala F; b) La escala de simulación; c) Los reactivos sutil-obvios de Wiener, (1948), y; d) La diferencia del índice F-K.

La literatura menciona las siguientes técnicas para la detección de los sujetos que simulan estar mal: Meel y Hathaway (1946) sugieren el uso del puntaje crudo en la escala F de 15 o más. Gendreau, Irving y Knight (1973) recomiendan un puntaje crudo en la escala F de 34 o más. Gough (1954) sugiere el uso de la escala de simulación con un puntaje de 35 o más. Anthony (1971) recomendó el uso de la escala de simulación de 21 o más. Anthony (1971) también sugirió que los reactivos obvios con 100 o más y los reactivos sutiles con 45 o menos eran ambos indicadores de simulación mala. El puntaje óptimo de corte para el índice F - K varió ampliamente desde 0 (Anthony, 1971) hasta 24 o más (Gendreau et al., 1973), sin embargo se utilizó muy

frecuentemente el puntaje de corte de 7 y 9 (Dahlstrom, Welsh, y Dahlstrom, 1972); Gough, 1950).

En cambio los sujetos que simulaban estar bien adaptados podían ser detectados por las siguientes 4 estrategias: a) La escala Mp utilizada por Cofer, Chance y Judson, (1949); b) Los reactivos sutil-obvios utilizados por Wiener, (1948); c) Y la diferencia de los puntajes L+K y, d) F-K.

Las técnicas reportadas en la literatura para la detección de sujetos que simulan estar bien son las siguientes: Cofer (1949) sugirió el uso de la escala Mp con un puntaje de corte de 20 o más. Wales y Seeman (1969) recomendaron sustraer los reactivos sutiles de los obvios y sugirieron el uso de un puntaje de corte de -4 o menor. Otros investigadores (Wales y Seeman, 1968) también reportaron el uso de los reactivos obvios con puntajes de corte de 65 o menores y para los reactivos sutiles un puntaje de corte de 61. Cofer (1949) reporta puntajes de corte de 34 o más para el índice L+K. Y finalmente un puntaje de corte de -11 o menos para el índice F-K fué reportado por Gough (1950).

Una vez estudiadas las estrategias y técnicas para detectar a los sujetos simuladores pidieron a 150 estudiantes de psicología que respondieran el MMPI en una de las 3 situaciones: a) simular estar muy bien adaptados; b) simular estar mal y; c) responder honestamente. Los resultados obtenidos por los estudiantes universitarios se compararon por medio de ANOVA con los resultados

obtenidos por la muestra clínica, la cual estaba compuesta de 53 pacientes psiquiátricos.

Los pacientes psiquiátricos también respondieron el MMPI original en una de las siguientes situaciones: a) simular estar muy bien adaptados; b) simular estar mal, y; c) responder honestamente.

Los resultados muestran que fué más fácil identificar a los estudiantes que simulaban estar mal que a los que simulaban estar bien adaptados. Los sujetos que simulaban estar mal fueron mejor identificados usando una $F > 15$ o $F-K > 7$, estas dos técnicas descubrieron al 80% y al 79% de los sujetos respectivamente. Y los mejores indicadores para detectar a los sujetos que simulaban estar bien fueron $F-K < -11$ que clasificó al 36% de los sujetos, el índice $L+K$, la escala Mp y $O-S$, y el número total de reactivos obvios también identificaron al 30% de los sujetos.

En cambio para la muestra clínica que simulaban estar muy mal la escala $F-K > 7$ y la escala $F > 15$ clasificó correctamente al 70%, y para los sujetos que simulaban estar bien el índice $F-K < -11$ detectó al 60% de los pacientes que simulaban estar bien. Se sugiere hacer más estudios con estas escalas y con las estrategias $O-S$ (Sutil-Obvios), con el número total de reactivos obvios y con el índice $L+K$ ya que también éstas resultaron ser prometedoras para detectar a los sujetos que simulan estar bien.

Graham, J. R., Watts, D. y Timbrook, R. E. (1991), realizaron una investigación para determinar cuales escalas de validez del MMPI-2, podrían identificar a los sujetos quienes estaban en condiciones de "simulación mala" o "simulación buena" y poderlos diferenciar de los pacientes psiquiátricos y los sujetos normales. Los sujetos utilizados fueron 106 estudiantes universitarios no graduados y 50 pacientes psiquiátricos.

La media de los perfiles de hombres y mujeres con instrucciones de simularse estar mal fué similar a reportes previos del MMPI original (Graham, 1987). Se observó que los sujetos que tomaron el test bajo condiciones de simular estar mal tienden a reportar en forma exagerada síntomas y dificultades, este reporte exagerado resultó muy elevado en la escala F y menor a 50 en las escalas K y L en comparación a los pacientes psiquiátricos hospitalizados. También se obtuvieron picos en las escalas 6 (paranoia) y 8 (esquizofrenia), y puntajes elevados en las otras escalas clínicas excepto en la escala 5 (Masculinidad-Femenidad [Mf]). Los resultados obtenidos muestran así, que en la condición de simular estar mal los puntajes de la escala F y en todas las 10 escalas clínicas fueron significativamente más elevados que con los pacientes psiquiátricos y los perfiles producidos por los mismos estudiantes bajo instrucciones estándar. El índice F-K mostró ser más exitoso para mujeres y menos para los hombres que la escala F para discriminar los perfiles de simulación mala de los producidos por los mismos estudiantes bajo instrucciones estándar. También la escala Fp tuvo éxito para identificar los

perfiles de simulación mala, pero clasificó mal a algunos de los honestos.

Los resultados mostraron que el grupo instruido para simular estar bien produjo puntajes en la escala K que fueron más altos que en los puntajes de la escala L, así mismo los puntajes T en la mayoría de las escalas clínicas fué menor a 50. Una excepción fué que para las mujeres hubo una ligera elevación ($T=63.4$) en la escala 5 [Mf]. Las principales diferencias entre los perfiles bajo instrucciones estándar y los de simulación buena fueron en las escalas L, F y K para ambos sexos. También se observó que los perfiles de los sujetos que simulaban estar bien fueron más difíciles de detectar que el de los sujetos que simulaban estar mal, ya que una puntuación cruda de discriminación en L de 8 clasificó correctamente al 93% de los sujetos masculinos honestos, pero solamente al 67% de los sujetos que simulaban estar bien. Y este mismo puntaje clasificó al 100% de las mujeres honestas y al 76% de las que simulaban estar bien.

El estudio mostró que la escala K es inadecuada en discriminar los perfiles de los sujetos que simulaban estar bien al de los honestos. Aunque los resultados obtenidos por el índice F-K fueron mejores que los de la escala K, los niveles de clasificación correctos fueron todavía menores que los obtenidos por la escala L y el índice L+K. Los resultados del estudio son comparables con otros estudios (Boe y Kogan (1964) Cofer (1949) y Rice (1983)) quienes encontraron que la escala L es la mejor para detectar los perfiles de los sujetos que simulan estar muy bien adaptados.

Rogers, R., Bagby, M. y Chakraborty, D. (1993), utilizaron el MMPI-2 para realizar una investigación en la que proveen índices de validez y habilidades para detectar el fingimiento de esquizofrenia en 4 grupos de simuladores. Los simuladores fueron seleccionados aleatoriamente de una de las 4 condiciones: a) Entrenados con síntomas de esquizofrenia, b) Entrenados en estrategias de detección de los simuladores, c) Entrenados en ambos síntomas y estrategias, o d) No entrenados. Los simuladores fueron comparados con sujetos que respondieron el inventario bajo condiciones estándar (N=37) y con un grupo de pacientes internos esquizofrénicos (N=37). Además se encontró que el conocimiento de estrategias por sí solo permitió a más simuladores (ej. un tercio o más, dependiendo de los índices de validez), el eludir la detección. En contraste, el conocimiento de desordenes resultó menos útil para los simuladores para evitar la detección. Los entrenados en ambas estrategia y síntomas no fué tan efectiva como las estrategias solas. Consistente con previos estudios los simuladores no entrenados fueron detectados con altos niveles de exactitud.

Otro estudio realizado sobre la detección de perfiles de simulación buena o mala y perfiles de sujetos honestos para determinar la eficacia de las escalas F, K, L, F-K y la O-S del MMPI-2 fué el realizado por Austin, J., S. (1992). Los resultados obtenidos en la investigación mostraron que las escalas F, K y el índice de F-K fueron las más exitosas en clasificar a los estudiantes bajo instrucciones de simular estar mal y el peor fué la escala O-S. En

cambio para los sujetos que simulaban estar muy bien la mejor escala para clasificarlos fué la escala L pero clasificó mal a honestos como simuladores buenos.

El índice F-K fué relativamente exitoso para clasificar a los sujetos que simulaban estar bien pero clasificó mal a más de la mitad de los sujetos honestos. Y las escalas F, K y O-S fueron indicadores pobres de simulación buena, tal vez el problema con la diferenciación entre los sujetos que simulaban estar bien y los sujetos honestos en la población estudiantil es que igualmente estos sujetos, quienes habían sido instruidos para responder honestamente decidieron aparentar estar lo más adaptado posible.

Berry, D. T., Wetter, M. W., Baer, R. W., Widiger, T. A., Sumpter, J. C., Reynolds, S. K. y Hallam, R. A., (1991), estudiaron la detección de las respuestas al azar y la utilidad de las escalas F, Fp y VRIN. El estudio fué realizado con 180 estudiantes universitarios de donde se formaron 7 grupos; a 5 de ellos que habían contestado válida y parcialmente los bloques iniciales de las preguntas (100, 200, 300, 400 y 500) bajo instrucciones estándar, se les quitó el folleto de la prueba a fin de que respondieran al azar el resto de las preguntas en sus hojas de respuestas. Adicionalmente, otro grupo respondió toda la prueba bajo instrucciones estándar, y otro totalmente al azar, sin acceso al folleto de prueba. Los resultados mostraron que las tres escalas fueron sensitivas a la presencia de respuestas al azar.

Otro estudio sobre simulación fué el realizado por Wetter, M. W., Baer, R. A., Berry, D. T., Robinson, L. H. y Sumpter, J. (1993), ellos realizaron una investigación donde dieron información específica acerca de desordenes de estrés postraumático (SPTD) y de esquizofrenia paranoide a dos grupos de adultos normales para que posteriormente contestaran el MMPI-2 fingiendo estos síntomas, y ofrecieron incentivos monetarios al mejor simulador. Los puntajes obtenidos en el MMPI-2 por estos sujetos fueron comparados con los obtenidos por pacientes psiquiátricos con este desorden. El análisis de resultados fué realizado con 2X2 (desorden X estilo de respuesta) ANOVA. para comparar los resultados de ambos tipos: desorden y estilo de respuesta (pacientes vs. simuladores).

Los resultados obtenidos mostraron que el tipo de desorden por sí mismo tenía poco o ningún impacto en los puntajes de las escalas de validez de estos grupos. En cambio se encontraron diferencias significativas para el estilo de respuesta, produciendo puntajes menores de los simuladores en K y altos en las escalas F, Fp, F-K, Ds y en las 10 escalas clínicas en comparación con los puntajes obtenidos por los pacientes con el desorden (Wetter, 1993).

El puntaje óptimo de corte encontrado en esta investigación para la escala F fué de 96, el cual clasificó correctamente al 85% de los simuladores de desorden de estrés postraumático y 70% de los pacientes con PTSD. Y se requirió un puntaje de corte de 104 para clasificar correctamente al 100% de los simuladores de esquizofrenia paranoide y al 90% de los pacientes con este desorden.

En cambio, para la escala Fp se requirió un puntaje de corte de 98 para clasificar correctamente al 80% de los simuladores de PTSD y al 64% de los pacientes con este desorden. Y un puntaje de corte de 106 para clasificar correctamente al 100% de los simuladores de esquizofrenia paranoide y al 85% de los pacientes con dicho desorden.

El índice F-K con un puntaje de corte de 15 clasificó correctamente al 75% de los simuladores de PTSD y al 85% de los pacientes con PTSD. Y se requirió un puntaje de corte de 16 para clasificar correctamente al 95% de los simuladores con esquizofrenia paranoide y al 95% de los pacientes con este desorden.

Por último para la escala Ds se utilizó un puntaje de corte de 35 para clasificar correctamente al 75% de los simuladores con PTSD y al 85% de los pacientes con este desorden. Y un puntaje de corte de 33 para clasificar correctamente al 86% de los simuladores de esquizofrenia paranoide y al 95% de los pacientes con dicho desorden.

Los resultados obtenidos sugieren que la información dada a los sujetos acerca de signos y síntomas de un desorden psicológico para que respondieran el inventario simulando tener dicho desorden, no los capacita para evadir la detección del MMPI-2 como sujetos simuladores, ni tampoco los capacita para producir perfiles equivalentes a los obtenidos por pacientes con este desorden.

Jeffrey E., Cassisi y Don E. Workman (1992), también realizaron una investigación para detectar a los sujetos que respondían el

MMPI-2 con intención de fingir. En el estudio 1, 69 sujetos utilizaron un inventario corto basado en la extracción de las subescalas de validez del MMPI-2 completo. Las correlaciones entre las administraciones fueron equivalentes a las confiabilidades originales de test-retest para esas escalas. En el estudio 2, 60 sujetos respondieron la forma corta con instrucciones de ser honestos, simular estar bien o simular estar mal. La clasificación correcta fué de 77% usando las reglas estándar del MMPI-2 de $L > 70T$ para simulación buena y $F > 70T$ para simulación mala. Si se toman los resultados en conjunto, sugieren que la forma corta puede ser exitosa sola o cuando se combina con otros cuestionarios para identificar problemas del autoreporte.

Otro estudio sobre la simulación fué el realizado por English y Walter (1991), Su investigación consistió en detectar a los sujetos mal intencionados, que deseaban obtener beneficios por medio de una demanda legal aduciendo traumatismos personales. Los datos son reportados por los propios demandantes de los traumatismos y por pacientes externos simulando problemas emocionales causados por accidentes de motocicleta, estrés en el trabajo y exposición a tóxicos. Únicamente se utilizó un puntaje de corte de 20 para todos los grupos incluidos en este análisis.

Los resultados obtenidos muestran que 25 personas que demandaban por traumatismos personales fueron diagnosticados como sujetos con mala fé que simulaban problemas emocionales, para ellos un puntaje de corte de 20 clasificó correctamente a 24 sujetos de un total de 25,

es decir, el 96% de los sujetos simuladores o que contestaban el test con mala fé. Y de 20 denunciados por traumatismos personales diagnosticados como genuinos, el mismo puntaje de corte de 20 clasificó correctamente al 90% de los sujetos.

En cambio el mismo puntaje de corte de 20 clasificó correctamente al 88% de los pacientes externos a los que se les pidió que simularan problemas de estrés por accidente motociclista; y ese mismo puntaje de corte clasificó correctamente al 53% de los pacientes externos que simularon problemas emocionales causados por exposición tóxica, y por último el mismo puntaje de corte de 20 clasificó correctamente al 83% de los pacientes externos que simularon problemas emocionales a causa del trabajo.

Se sugiere usar diferentes puntajes de corte para los diferentes grupos de sujetos para una mejor discriminación de los sujetos honestos y los fingidores.

Wetzler, S. y Marlowe, D. (1990), realizaron una investigación para detectar a los sujetos que simulan estar mal, utilizaron el índice F-K para los protocolos del MMPI, MMPI-2 y Millon-II.

Usando el índice F-K para los protocolos del MMPI con 134 pacientes internos y los puntajes del MMPI-2 con 35 pacientes internos, y la alteración de los puntajes en el Millon-II de 105 pacientes internos, se muestra la prevalencia de "la simulación mala", de ahí es

reflejando la severidad de psicopatología en esta muestra hospitalizada.

Los resultados indicaron que la prevalencia de conjuntos de respuestas de simulación mala en el MMPI y Millon-II entre pacientes psiquiátricos internos no es de ninguna forma un fenómeno raro. La interpretación más aceptada es que este índice refleja la severidad de la psicopatología en esta población tan bien como sus desórdenes más que la disimulación intencional.

Se recomiendan puntajes de corte en el MMPI para el índice F-K +9 o la alteración en el Millon-II basada en puntajes crudos mayores a 74.

Nuevos datos normativos para el MMPI fueron obtenidos en 1983 por Colligan, Osborne, Swenson y Offord, (1984), quienes seleccionaron una muestra aleatoria de 1408 adultos normales con un rango de edad de 18 años hasta 99 años del área del medio oeste en 3 estados. Los resultados obtenidos por su grupo de referencia fueron comparables con la muestra original normal del Minnesota así como también sus criterios de inclusión.

Gough (1947, 1950) describió el uso de un índice basado en la resta de la puntuación cruda en la escala K de la puntuación cruda de la escala F. El índice F-K ha sido más efectivo para separar perfiles de simuladores de los perfiles auténticos de lo que ha sido la escala K o F por sí solas. Hunt (1948) encontró que una puntuación de corte de +11 o más en el índice F-K era altamente predictivo en detectar a

los sujetos que simulaban estar mal en el MMPI, pero no era efectivo en identificar perfiles de los sujetos que simulaban estar bien.

Este reporte presenta información normativa del índice F-K basado en el censo contemporáneo de 1980 para 335 mujeres normales y 304 hombres normales. Los resultados muestran una diferencia altamente significativa ($Z=4.27$; $p<.001$) entre los puntajes de medias del índice F-K para la muestra de estandarización original y la muestra normativa contemporánea.

Gough (1959) notó que la media de todos los grupos dispersos que él revisó estaban arriba de cero y sugirió una puntuación de corte de +9, que minimizó falsos positivos y falsos negativos.

La aplicación de datos normativos nuevos pertenecientes a los resultados de Gallucci indican un incremento gradual en el rango percentil (por ej. la puntuación F-K = -1 [92.1%], 2 [96%], 5 [97%], 12 [99.7%]).

Entre otras investigaciones está la realizada por Lees-Haley y Fox, D. (1990), en la cual compararon las diferencias de las escalas sutil-obvias del MMPI para los simuladores patológicos y grupos clínicos.

Los puntajes del MMPI fueron examinados para verificar si los puntajes medios de estas muestras de pacientes clínicos y adultos fingidores eran similares. Cuando la discrepancia de los puntajes T del total de obvios menos los sutiles era mayor que 100, discriminó a

los estudiantes que fingían y produjo pocos falsos positivos entre poblaciones clínicas tal como pacientes y no pacientes psiquiátricos.

Usando el total de obvios menos sutiles con el criterio de 100, anteriormente mencionado, el 16% de los pacientes psicóticos serían incorrectamente clasificados como simuladores, el 100% había sido correctamente clasificado y el 88% de la muestra con síndrome de colon irritable habría sido correctamente clasificado.

De los estudiantes universitarios fingidores, el 81% fué correctamente clasificado como fingidor usando la regla de 100. De estos sujetos el 97% tuvo un puntaje total de obvios >50.

Entre otros autores también Timbrook, R. E., Graham, J. R., Keiller, S. W. y Watts, D., (1993), estudiaron la comparación de las escalas Wiener-Harmon, sutiles-obvias y las escalas estándar de validez para detectar perfiles válidos e inválidos en el MMPI-2.

Timbrook (1993), reportó la distinción hecha por Graham en 1990 entre los reactivos sutiles y obvios. Graham (1990) menciona que los reactivos del MMPI que eran fáciles de detectar como indicadores de disturbios emocionales eran los reactivos obvios; en cambio, los reactivos sutiles resultaban ser relativamente más difíciles de detectar como indicadores de disturbios emocionales.

La validez de las escalas Wiener-Harmon sutiles-obvias (S-O) ha sido ampliamente debatida a causa de la creciente evidencia que sugiere

que las escalas han limitado la utilidad clínica. Este estudio usó 49 perfiles válidos del MMPI-2 de pacientes psiquiátricos y perfiles generados por 105 estudiantes universitarios bajo instrucciones de simular estar mal, simular estar bien y estándar, para examinar si las escalas S-O pueden correctamente clasificar perfiles sujetos simuladores y honestos. La escala S-O clasificó correctamente altos porcentajes de perfiles pero un análisis posterior mostró que no se añadió información a la ya aportada por las escalas L y F para clasificar perfiles de simular estar bien, simular estar mal y honestos. Pero otro análisis mostró que las escalas L y F proveyeron de información substancial no aportada por las escalas S-O.

En el estudio también se observó el efecto paradójico de los sujetos bajo las instrucciones de simular estar bien y mostró evidencia que sugiere que, una forma de respuesta de negación que podría ser una explicación potente del efecto. Los autores concluyeron que las escalas de validez estándar (las originales) parecen ser de más utilidad que las escalas S-O para identificar perfiles falsos.

Louís, H. Hsu., Santelli, J. y Hsu, J. R., (1989), estudiaron la validez de la detección de la simulación y el incremento de la validez de la latencia de respuestas en los reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Cien estudiantes no graduados fueron asignados al azar a 5 grupos, cada grupo recibió diferentes instrucciones de simulación (estándar, simular estar bien, simular estar mal, simular estar bien con

incentivo, simular estar mal con incentivo). Todos los sujetos contestaron el MMPI por medio de computadoras.

El contenido determinó puntajes desviados de respuestas y respuestas de latencias para los reactivos de las escalas sutil obvios fueron determinados para cada sujeto. Los resultados sugieren que las respuestas de latencias pueden ser mejores detectores de simulación buena que los puntajes desviados de respuesta. También se observó que las respuestas latentes tienen un incremento significativo en validez para la detección de ambos (sujetos que simulan estar bien y sujetos que simulan estar mal) cuando las latencias son usadas con puntajes desviados de respuestas obtenidos de las escalas sutil y obvias.

Dickens, S. E. y Bagby, R. M., (1991), estudiaron el manejo estandarizado de los sujetos que contestaban el test con mala fé, y estudiaron la validación de las entrevistas estructuradas de síntomas reportados (EESR), las cuales fueron construidas para el manejo de estrategias específicas identificados en la literatura clínica para la evaluación de la mala fé.

Dos estudios fueron realizados para evaluar la validez de discriminación y concurrencia del EESR, el estudio 1 con un diseño de simulación con 34 pacientes externos y 41 personas normales de la comunidad, las cuales fueron conformaron como grupo control, se utilizó el EESR, el MMPI y la prueba M; ésta última es una prueba elaborada por Beaver, Marston, Michelli y Mills (1985) para detectar a los sujetos que simulaban tener esquizofrenia. Los resultados de

la prueba establecieron un alto nivel de discriminabilidad entre simuladores y controles, y un apoyo general para la relación hipotética del EESR con los indicadores de validez del MMPI y de las escalas de la prueba M.

El estudio 2 con un diseño de comparación entre grupos conocidos, comparó a 25 sujetos sospechosos de contestar el inventario con mala fé con 26 pacientes internos psiquiátricos de la misma unidad de manejo. 9 de las 13 escalas EESR efectivamente discriminaron entre los 2 grupos en la dirección esperada con excelente interconfiabilidad. En general los que contestaron de mala fé en el estudio 2 crearon patrones similares de respuesta que los simuladores del estudio 1.

Lees-Haley, P. R. (1992), estudió la eficacia de las escalas de validez del MMPI-2 y las escalas modificadas del MCMI-II para detectar a los sujetos mentirosos que buscaban obtener beneficios por medio de demandas legales aduciendo desordenes de estrés postraumático (PTSD); através de las escalas de simulación mala F, F-K, fuerza del yo, subescalas sutil-obvias, Dis y Deb.

Este autor comparó los puntajes de 119 sujetos que habían hecho demandas por accidentes personales en el MMPI-2 y las escalas detectoras de sujetos que responden con mala fé el MCMI-II. Los datos de 55 seudo pacientes con PTSD y 64 sujetos control confirman la utilidad de las escalas examinadas. Los siguientes puntajes de corte fueron los más efectivos en identificar los falsos PTSD: F>62, F-K=>-4, Es=>30, FBS=>24 (hombres), FBS=>26 (mujeres), total de

obvios menos sutiles=>90, DIS=>60, y DEB=>60. Los pseudo pacientes con PTSD fueron aquellos que: 1) demandantes que sufrían un daño psicológico, 2) que el daño fué demasiado severo e incapacitante 3) debido a una experiencia que fué enteramente implausible como un candidato con PTSD criterio A en el DSM-III-R y 4) puntajes en T=65 o altos en ambos PK Y PS, las escalas de desorden de estrés postraumático en el MMPI-2.

Analizando estas investigaciones, varios autores coinciden en sus conclusiones, por ejemplo:

Gough (1950), señaló que la escala " L " de validez del MMPI, era buena para detectar a los sujetos que simulan estar bien. Este criterio también fué aceptado como un buen indicador para detectar a los sujetos que se simulaban bien por Graham y cols. (1991); Austin, J. S. (1992) y Jeffrey y cols. (1992). Este último sugiere que un puntaje >70T en la escala L es un excelente detector de los sujetos que simulan estar bien. Y Austin menciona que las peores escalas en la detección de estos sujetos fueron la escala F, K y S-0.

Estos mismos autores excepto Jeffrey (quién no reportó datos sobre el índice F-K), muestran que el índice F-K resultó ser relativamente exitoso en detectar a los sujetos que simulaban estar bien pero, fué el mejor en detectar a los sujetos que simulaban estar mal.

Gough (1991), Graham y cols. (1992), Wetter y cols. (1993) observaron que los sujetos que simulaban estar bien producían más altos puntajes en la escala K que en la F.

En cambio Graham y cols. (1991); J. Sue. Austin (1992); Wetter y cols. (1993) coinciden en que el índice F - K es el mejor en detectar a los sujetos que fingen estar mal; Graham menciona que este índice resulta ser más exitoso para las mujeres que para los hombres que las escalas F y K por sí solas.

También estos autores y Jeffrey (1992) observaron que otro indicador para detectar a los sujetos que fingían estar mal era la escala " F ". Y solo Graham y Wetter mencionan que la escala Fp era buena detectora de estos sujetos aunque mal clasificaba a varios honestos por lo que se recomienda manejarla con reservas.

Por otro lado Roger y cols. (1993), así como Wetter y cols. (1993) coinciden en que, el dar información a los sujetos sobre algún desorden específico tenía poco o ningún impacto sobre las escalas de validez del inventario, es decir, eran detectados en su gran mayoría; en cambio, cuando se les daban estrategias para poder simular y eludir las escalas de validez, un tercio de los sujetos eludió la detección, y cuando se les dieron ambas no fué tan satisfactorio como ésta última.

Como ya se ha visto no existen contradicciones en los resultados obtenidos por los autores, aún cuando todos y cada uno de ellos

manejó y propuso diferentes puntajes de corte para detectar al mayor número de sujetos simuladores; por ejemplo, Hunt (1948) propuso un puntaje de corte de +11 para detectar por medio del índice F - K a la mayor parte de los sujetos que simulaban estar mal; en cambio, Gough (1959) propuso un puntaje de corte para este índice de +9. Y aunque estos puntajes de corte no difieren mucho el uno del otro, en esta investigación se tomaron los puntajes sugeridos por cada autor y se buscarán otros que resulten mejores.

Otro punto importante a mencionar en el que coinciden todos los autores, es que, en el caso de los sujetos que fingen estar bien los puntajes por lo general son bajos o <50T, y resultaron más difíciles de detectar que los sujetos que simulaban estar mal. En cambio para los estudiantes que fingían estar mal se observaron picos en las escalas 6 y 8, y puntajes más altos en todas las escalas clínicas (excepto en la 5) que los producidos por pacientes psiquiátricos o que los que ellos mismos producían cuando contestaban el inventario bajo instrucciones estándar.

Por último se añadieron otras investigaciones como la de Austin (1992) y la de Lees-Haley (1990) que muestran que la escala S-O resultó ser peor o igual en detectar a los sujetos simuladores que las escalas de validez del MMPI, además de no proveer datos adicionales a los ya dados por estas últimas.

Estos estudios muestran el interés que ha habido para detectar a los sujetos fingidores a través de las escalas de validez del MMPI y del MMPI-2, ya que en la mayor parte de los casos el rapport resulta

insuficiente para poder disuadir a un sujeto a que nos conteste una prueba con honestidad y no dé una apariencia falsa de sí mismo motivada por otros fines. De ahí que se necesita investigar sobre éstas técnicas para detectar a éstos sujetos, así como el determinar que tan confiables son estas últimas. En vista de que todas las investigaciones realizadas al respecto con el MMPI y MMPI-2 han sido hechas en Estados Unidos, se necesita realizar investigaciones en México sobre tan importante tema. Por ello se lleva a cabo este estudio exploratorio.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V: METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Se han realizado numerosas investigaciones para detectar a los sujetos simuladores (tanto a los que pretenden dar una muy buena imagen de sí mismos, como a los que tratan de aparentar estar mentalmente trastornados) de los sujetos que contestan el inventario honestamente.

Estudios realizados para distinguir entre perfiles de simulación mala y perfiles válidos, frecuentemente han utilizado estudiantes universitarios como sujetos quienes toman el test bajo condiciones estándar y lo retoman bajo instrucciones de simulación, aparentando un desorden mental. (Cofer, Cance y Judson, 1949; Exner Mc Vaugh y Eno, 1980; Hunt, 1948; Lanyon 1967). Otros estudios han utilizado muestras de presidiarios, (Hunt, 1948; Rice, Arnold y Tate, 1983; Walters, 1988; White y Greene, 1988) veteranos de Vietnam quienes estuvieron buscando beneficios gubernamentales (Galluci, 1984); defensores de criminales quienes habían efectuado acciones legales a no culpables por razones de demencia. (Grossman y Wasylw, 1988; Grossman, Haywood y Cavanaugh, 1988). Otros estudios utilizaron a pacientes psiquiátricos quienes asumieron tener motivación para simularse mal (Grow et al., 1980), o profesionistas mentalmente sanos quienes fueron instruidos para simular un desorden específico (Gough, 1947; Mc Caffrey y Bellamy Campbell, 1989).

En México no existen investigaciones sobre la detección de perfiles de los sujetos simuladores y los perfiles de los sujetos honestos, pese a la gran importancia y utilidad del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota en el área clínica y laboral como instrumento para evaluar un número importante de rasgos de la personalidad y de desordenes emocionales. Además de que este inventario representa uno de los instrumentos más utilizados para investigar múltiples factores de personalidad (Butcher y Williams, 1989). Por ello es importante conocer cual(es) de la(s) escala(s) de validez del MMPI-2 son más sensibles para discriminar a un mayor número de sujetos simuladores de los sujetos honestos. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta problema:

¿Es posible discriminar a los sujetos simuladores (buenos - malos) de los sujetos honestos (estudiantes universitarios, pacientes psiquiátricos y reclusos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide) a través de las escalas de validez del MMPI-2?

OBJETIVO GENERAL.

La presente investigación tiene como finalidad conocer cuales escalas de validez del MMPI-2 discriminan correctamente a un mayor porcentaje de sujetos simuladores (buenos - malos), en un grupo de estudiantes de psicología de ambos sexos de la UNAM y de la UVM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Aplicar el MMPI-2 a estudiantes de psicología de la UNAM y UVM.
- b) Establecer medidas de tendencia central, y distribución de las variables obteniendo frecuencias, medias y desviaciones estándar.
- c) Obtener la diferencia de los puntajes de la media entre el test y el retest a través de la prueba T de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2.
- d) Realizar una correlación para determinar si los perfiles de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 se mantienen en el test-retest.
- e) Establecer puntajes óptimos de corte para las escalas de validez del MMPI-2.
- f) Trazar los perfiles de las escalas de validez, clínicas, suplementarias y de contenido para establecer las diferencias de los puntajes de la media entre el test-retest.

HIPOTESIS CONCEPTUAL

H1 = Existen diferencias estadísticamente significativas en la discriminación de algunas de las escalas de validez, escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre sujetos simuladores y sujetos honestos.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

H1 = La escala L es capaz de discriminar entre sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H2 = La escala F es capaz de discriminar entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H3 = La escala K es capaz de discriminar entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H4 = El índice F - K es capaz de discriminar entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H5 = Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas del MMPI-2 entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H6 = Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido del MMPI-2 entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

H7 = Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias del MMPI-2 entre los sujetos simuladores y los sujetos honestos.

VARIABLES:

VI = Sujetos simuladores (simuladores buenos y simuladores malos) y los sujetos honestos (estudiantes universitarios honestos y pacientes psiquiátricos).

VD = Los puntajes obtenidos en las escalas de validez L, F, K y en el índice F - K. Así como en las escalas básicas, de contenido y suplementarias.

VA = Carrera de psicología, estudiantes universitarios, sexo, pacientes psiquiátricos y reclusos diagnosticados con esquizofrenia paranoide.

VE = Que los sujetos no contesten el retest, que no simulen (bien-mal). Que los maestros no acepten dar un incentivo adicional a los alumnos que contesten test-retest o que por razones extrañas se pospongan fechas de la aplicación del retest.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

LOS SUJETOS SIMULADORES. La característica esencial radica en la producción de síntomas psicicos o físicos falsos o exagerados, motivada por la consecución de algún objetivo, como la evitación del alistamiento al ejército o de un determinado trabajo, la obtención de compensaciones económicas, el obtener un trabajo, la elusión de la justicia, la consecución de drogas o la obtención de mejores condiciones de vida. La simulación se distingue de los trastornos ficticios en que el síntoma depende del logro de otros fines, lo que no ocurre en los trastornos ficticios, en los que además hay pruebas de la necesidad psicológica de desempeñar el papel de enfermo. Por lo tanto el diagnóstico de trastorno ficticio excluye el de simulación.

La simulación se distingue de la conversión y de los trastornos somatiformes por la producción voluntaria de síntomas y por el reconocimiento de objetivos obvios. La supresión de síntomas en la simulación no suele conseguirse por sugestión, ni por hipnosis, ni por la administración intravenosa de barbitúricos, como frecuentemente ocurre en los trastornos de conversión.

Se espera que las escalas de validez del MMPI-2 discriminen los resultados de los sujetos simuladores como perfiles inválidos.

LOS SUJETOS HONESTOS. Son considerados sujetos honestos quienes contesten el test con sinceridad acerca de sí mismos, de lo que realmente son, sin distorsionar la imagen de ellos mismos, no fingen. Por lo cual se espera que las escalas de validez del MMPI-2 los discriminen como sujetos con perfiles válidos.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Las instrucciones de simular estar bien o instrucciones de simular estar mal fingiendo signos y síntomas de la esquizofrenia paranoide.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Los puntajes T obtenidos en las escalas de validez, en las clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 del pretest-postest.

De acuerdo al manual del MMPI-2 (Lucio, 1995), una mejora importante realizada en éste, fué la introducción de una distribución más consistente de los puntajes T para obtener los perfiles básicos de la prueba. Los puntajes T uniformes en vez de determinar un simple puntaje lineal T a partir de las medias y las desviaciones estándar de los puntajes crudos de las ocho escalas básicas (omitiendo la escala 5 y la 0), tienen la finalidad de producir esencialmente los mismos rangos y distribuciones para todas las escalas clínicas básicas. Lo cual trae como consecuencia una mayor comparabilidad en las claves obtenidas con los procedimientos de codificación tradicional. Además de que también se pueden observar las comparaciones de estos puntajes T uniformes con los puntajes T lineales empleados tradicionalmente en los perfiles del MMPI.

MUESTRA

La muestra de esta investigación está conformada por 2 grupos: pacientes psiquiátricos y los estudiantes universitarios.

La muestra de pacientes psiquiátricos se obtuvo de investigaciones previas (Palacios, 1994; De la Torre, 1995) realizadas en los Hospitales Fray Bernardino Alvarez, San Fernando, la casa de protección social No. 4, Cuemanco y en el reclusorio sur; de donde se eligieron únicamente para la muestra masculina a los pacientes previamente diagnosticados de esquizofrenia paranoide obteniéndose un total de 58 sujetos, cuyas edades fluctúan entre los 20 y 46 años con una media de 30 años y 7 meses. Y para la muestra psiquiátrica femenina se eligieron todos los casos de esquizofrenia

independientemente del tipo, cuyo rango de edad va de los 17 a los 47 años con una media de edad de 31 años 8 meses. Obteniéndose así un total de 32 pacientes y distribuyéndose de la siguiente manera: 19 casos de esquizofrenia de tipo paranoide, 5 casos de esquizofrenia indiferenciada, 4 con esquizofrenia esquizoafectiva, 2 con esquizofrenia esquizofreneiforme, 1 con esquizofrenia latente y 1 con trastorno esquizoide de la personalidad. (Cabe mencionar que los diagnósticos fueron hechos por psiquiatras, psicólogos y personal médico de cada institución). Para ambos hombres y mujeres se les aplicó el MMPI-2 versión revisada en español (Lucio, 1995) en las diferentes instituciones por psicólogos. Al momento de contestar el inventario todos los pacientes habían sido estabilizados con medicamentos psicotrópicos, exceptuando la población masculina de los reclusorios quienes no reciben ningún medicamento.

La muestra de estudiantes está conformada por un total de 119 estudiantes de Psicología de ambos sexos de la UNAM, de la ENEP Zaragoza y de la Universidad del Valle de México plantel Tlalpan, a quienes se les aplicó el MMPI-2 dos veces, primero bajo condiciones estándar y posteriormente bajo instrucciones de simulación. Los estudiantes participaron voluntariamente en la investigación y se les ofreció un incentivo a quienes respondieran el MMPI-2 dos veces.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico intencional.

CRITERIOS DE EXCLUSION PARA LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Para fines de este estudio se siguieron los criterios de exclusión utilizados por Graham y cols. (1991); los cuales estipulan que ningún sujeto en condición de simulación deberá ser eliminado en los puntajes de las escalas L, F o K del MMPI-2, y que solo serán excluidos quienes no contesten el retest.

Los puntajes en INVAR (VRIN) mayores de 18 serán considerados aleatorios, solo los puntajes crudos menores de 18 serán incluidos en el análisis.

Para los sujetos honestos se utilizaron los criterios de exclusión propuestos por Butcher (1989) y adaptados por Lucio (1995), los cuales son los siguientes:

- 1) Índice de Gough hasta 9
- 2) Ciertos hasta 454 (80%)
- 3) Falsos hasta 454 (80%)
- 4) Sin respuesta hasta 29 reactivos (Graham, 1990)
- 5) INVER hasta 13
- 6) INVAR hasta 13
- 7) Fp hasta 11
- 8) F hasta 20

CRITERIOS DE INCLUSION PARA LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS

Estar internado

Saber leer y escribir

Que estuvieran bajo control por medio de medicamentos

Que haya recibido una evaluación de Dx.

Al momento de la administración que estuviera controlada la escala No
lo puedo decir (?) + 15

INVAR + 15

INVER - 9 y + 13

DISEÑO

El diseño es pretest-postest de tipo exploratorio cuasi-experimental,
con un grupo control y experimental.

INSTRUMENTO Y/O MATERIALES

Se utilizó el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota revisado (MMPI-2) que consta de 567 reactivos, versión traducida al español (Lucio y Reyes 1992), utilizando las normas desarrolladas para los propósitos del proyecto de adaptación en México (Lucio, 1995). Los puntajes T serán derivados de estas normas para la población mexicana, partiendo de estos datos normativos establecidos anteriormente a través de una investigación realizada en la Facultad de Psicología con un grupo de estudiantes universitarios (Lucio, 1995).

El MMPI-2 es una prueba muy utilizada para evaluar psicométricamente a la personalidad y los desordenes emocionales (Butcher y Williams, 1989). El inventario es una prueba de lápiz y papel y puede ser aplicado de forma individual o grupal, y se califica en forma manual y/o por lectora óptica. Esta investigación utilizó el lector óptico para la calificación de los perfiles de personalidad.

Todas las escalas del MMPI-2 se califican simplemente contando el número de reactivos de una escala en particular excepto en las escalas de inconsistencia INVER e INVAR. El número total de respuestas por escala se registra en el lugar correspondiente en la hoja de perfil, trazando el puntaje bruto directamente en el lugar apropiado de la gráfica para formar el perfil de personalidad de cada sujeto (Se usan perfiles separados para hombres y mujeres en la escala *Mf*). Una vez trazado el perfil se convierten los puntajes brutos a puntuaciones T y se agrega el factor K en las escalas 1, 4, 7, 8 y 9.

Después de determinar la validez del perfil (L, F, K, Fp, F-K, INVAR e INVER) y de hacer la comparación de los puntajes T del sujeto con los de la muestra normativa se procede a la interpretación de las escalas clínicas, suplementarias y de contenido. Para poder hacer una buena interpretación del MMPI-2 es necesario que se realice por un psicólogo cuya comprensión y conocimiento de cada una de las escalas clínicas, suplementarias y de contenido sea lo suficientemente amplia para poder dar un diagnóstico clínico adecuado a cada sujeto (Lucio, 1995).

El puntaje de la escala clínica más elevado refleja la probabilidad de que el individuo pertenezca a ese grupo criterio, un puntaje de T=70 indica que menos del 4 % de la población calificaría a ese nivel, y los puntajes bajos en la mayoría de las escalas clínicas no se interpretan como presencia de cualidades particulares. La excepción está en la escala 0 (introversión social, Si) y la escala 5 (masculinidad femeneidad, Fm) para hombres y mujeres, cuya significación es bipolar.

Como ya se mencionó el instrumento consta de las siguientes escalas de validez de acuerdo al manual del MMPI-2 para México (Lucio, 1995): Sin respuesta, " No lo puedo decir ", la escala " L " (lie), la escala " F ", la escala " K ", las escalas INVER (inconsistencia de respuestas verdaderas) e INVAR (inconsistencia de respuestas variables) (Lucio, 1995).

De las escalas clínicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Manía (Ma), Introversión social (Si) (Lucio, 1995).

De las escalas de escalas de contenido: Ansiedad (Ans)(Anx), Miedo (Mie)(Frs), Obsesividad (Obs)(Obs), Depresión (Dep)(Dep), Preocupación por la salud (Sau)(Hea), Pensamiento delirante (Del)(Biz), Enojo (Enj)(Ang), Cinismo (Cin)(Cyn), Prácticas antisociales (Pas)(Asp), Personalidad tipo A (Pta)(Type A), Baja autoestima (Bae)(Lse), Incomodidad social (Iso)(Sod), Problemas

familiares (Fam)(Fam), Dificultad en el trabajo (Dtr)(Wrk) y rechazo al tratamiento (Rtr)(Trt) (Lucio, 1995).

Y de las escalas suplementarias: Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo o del Ego (Fyo)(Es), Alcoholismo de Mac Andrew (A-Mac)(MAC-R), Hostilidad sobre controlada (HR)(O-H), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs)(Re), Desadaptación profesional (Dpr)(Mt), Género masculino (GM), Género femenino (GF), Desorden de estrés postraumático (Epk y Eps)(Pk y Ps) (Lucio, 1995).

PROCEDIMIENTO

Para conformar la muestra estudiantil se pidió la colaboración a algunos maestros de Psicología que tuvieran grupos de tercer semestre en adelante para que cooperaran en la investigación prestando a su grupo para las aplicaciones del MMPI-2. Se utilizó como motivación para todos los alumnos que así lo desearan los resultados de su perfil de personalidad basándose únicamente en las escalas básicas (la interpretación se obtuvo através del manual del MMPI-2), y como incentivo adicional algunos recibieron un punto extra en la calificación final de la materia en curso a las personas que habían contestado dos veces el inventario (test-retest), lo anterior dependió de la colaboración de cada maestro para la investigación.

Los 119 estudiantes de psicología contestaron el MMPI-2 dos veces con un intervalo de 3 a 4 semanas entre test y retest, primero todos los sujetos contestaron bajo instrucciones estándar.

Las instrucciones estándar dadas a los estudiantes aparecen en el cuadernillo del MMPI-2 español para México (Lucio y Reyes, 1992) y son las siguientes:

" En este cuadernillo le presentamos una serie de frases o proposiciones numeradas. Lea cada una de ellas y decida si es cierta o falsa, en referencia a usted.

No escriba en este cuadernillo. Anote sus respuestas en la hoja correspondiente.

Si una frase, aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos CIERTA, rellene el círculo marcado con la letra C (cierto), tal como se muestra en el ejemplo A, que está en la parte inferior de esta hoja. Si una frase aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos FALSA, rellene el círculo marcando con F (falso), como está en el ejemplo B. Si la frase no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce no haga marca alguna en la hoja de contestaciones. Trate de dar una respuesta a cada una de las frases.

Recuerde que debe dar su opinión acerca de usted mismo. Trate de ser sincero.

Al marcar sus contestaciones en la hoja de respuestas, asegúrese de que el número de la frase concuerde con el número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar. Recuerde, trate de dar respuesta a cada una de las frases.

Posteriormente la muestra se dividió en 2 grupos de estudiantes dependiendo del grupo escolar en el que se encontraban. A un grupo se le pidió que simularan estar muy bien adaptado y se les dieron las siguientes instrucciones:

" Este es el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota en población mexicana MMPI-2. Al responder a los reactivos del inventario, por favor trata de imaginar que te estás graduando de la universidad y siendo examinado para un trabajo muy deseado, y por esa razón tratas de parecer muy bien adaptado".

Y al otro grupo se les dió información específica sobre la psicopatología de la esquizofrenia paranoide de acuerdo al DSM III-R, la clase consiste en la explicación detallada de los signos y síntomas de la esquizofrenia así como los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia y de la esquizofrenia paranoide basándose en el DSM III-R (Ver apéndice 1). La información se dió antes de la aplicación del retest, se utilizaron hojas de rotafolio como apoyo, en donde se anotaron únicamente los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia y esquizofrenia paranoide, las cuales se quedaron pegadas en la pared durante toda la aplicación por si los sujetos deseaban revisar algunos signos o síntomas, así también se contestaron todas las dudas que surgieron durante la aplicación del retest.

Posteriormente se les pidió que contestaran el inventario bajo las siguientes instrucciones:

" Este es el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota en población mexicana MMPI-2. Al responder a los reactivos del inventario, por favor trata de responder de la forma en que tu piensas que uno podría contestar si quisiera dar la impresión de ser una persona con esquizofrenia paranoide".

Finalmente, de investigaciones anteriores realizadas con el MMPI-2 (Palacios, 1994; De la Torre, 1995) en los Hospitales Fray Bernardino, San Fernando, la casa protección No.4, Cuernavaca y el reclusorio sur, se seleccionó únicamente a los pacientes psiquiátricos y reclusos con esquizofrenia paranoide, excepto a 13 mujeres que tenían otro tipo de esquizofrenia ya que la población psiquiátrica femenina con diagnóstico de esquizofrenia paranoide era insuficiente para la presente investigación. Todos los pacientes psiquiátricos fueron previamente diagnosticados con esquizofrenia paranoide, al momento de contestar el inventario los pacientes estaban bajo medicamentos psicotrónicos. El MMPI-2 les fué aplicado por psicólogos en cada institución. El diagnóstico de los reclusos se obtuvo mediante los resultados del MMPI-2 y se seleccionaron únicamente a los reclusos con esquizofrenia paranoide. La muestra de los pacientes psiquiátricos y reclusos conformó la otra parte del grupo control (la población de los honestos).

ANALISIS DE RESULTADOS

Los puntajes crudos fueron transformados en puntajes T de acuerdo al manual del MMPI-2 (Butcher y cols, 1989). El análisis de resultados fué realizado a manualmente, se obtuvo la prueba T de Student que se utiliza para obtener la diferencia entre los puntajes de la media, se obtuvieron medias, máximos y mínimos en edad y semestre, así como también las medias y las desviaciones estándar muestrales de los sujetos simuladores y honestos. Se obtuvo la varianza muestral y se realizó un análisis de los puntajes de dispersión en las diferentes escalas de validez. Y se requirieron nuevos puntajes óptimos de corte y niveles de predicción, para determinar cual de las escalas de validez discrimina mejor a los sujetos que toman el test bajo instrucciones estándar y los que lo toman bajo instrucciones de simular estar bien o mal.

CAPITULO VI: RESULTADOS

Los resultados a continuación descritos fueron extraídos de una muestra total de 167 estudiantes de psicología de ambos sexos, de los cuales se excluyeron 48 sujetos debido a que únicamente contestaron el test o el retest; o bien, dejaron inconcluso alguno de éstos, solo 1 sujeto se excluyó por que el retest lo contestó después de 2 meses y otro sujeto por que su perfil no cumplía con 2 criterios de inclusión ($Fp < 20$ y el índice de Gough hasta 9). Así se obtuvo una muestra de 119 estudiantes de psicología de ambos sexos, de los cuales 73 son de sexo femenino y 46 son de sexo masculino. Y una muestra de 90 pacientes psiquiátricos de ambos sexos con esquizofrenia paranoide excepto por 13 pacientes de sexo femenino que tienen diferentes diagnósticos de esquizofrenia, de estos 58 son hombres y 32 son mujeres. Cabe mencionar que esta última muestra fué extraída de una población de 255 pacientes psiquiátricos de investigaciones previas realizadas con el MMPI-2 (Palacios, 1994; De la Torre, 1995).

El primer análisis que se llevó a cabo en ésta investigación fué obtener frecuencias, medias, máximos y mínimos de las variables sociodemográficas: edad, semestre y estado civil. Ya que las variables: carreras, sexo y escolaridad fueron variables atributivas.

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes de 119 estudiantes de psicología de ambos sexos de acuerdo a la variable edad (Ver Tabla A).

TABLA A. RANGOS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD DE 119 ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA DE AMBOS SEXOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-20	48	40.34
21-25	58	48.74
26-30	8	6.72
31-35	2	1.68
36-39	3	2.52
	119	100

Todos los estudiantes obtuvieron una media de edad de 21 años 9 meses, de los cuales 46 son hombres y 73 son mujeres estudiantes de psicología.

Por propósitos de esta investigación, los resultados obtenidos de las variables: edad, estado civil y semestre fueron analizados de acuerdo al sexo.

Los estudiantes de psicología masculinos obtuvieron un máximo de edad de 34 y un mínimo de 18 años, con una media de 22 años 9 meses. Las frecuencias y porcentajes se muestran en la Tabla B.

TABLA B. RANGOS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA MASCULINOS.

EDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
18-22	26	56.52
23-27	17	36.96
28-32	2	4.35
33-34	1	2.17
	46	100

Los resultados obtenidos de los estudiantes de psicología masculinos con respecto a la variable estado civil se muestran a continuación en la tabla C.

TABLA C. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL PARA HOMBRES ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SOLTERO	43	93.48
CASADO	3	6.52
	46	100

Por último la muestra de estudiantes masculinos se distribuyeron de la siguiente manera de acuerdo a la variable semestre (Ver Tabla D).

TABLA D. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS ESTUDIANTES MASCULINOS POR SEMESTRE.

SEMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TERCERO	14	30.43
CUARTO	2	4.35
SEXTO	18	39.13
SEPTIMO	3	6.52
OCTAVO	6	13.04
NOVENO	3	6.52
	46	100

En cambio la muestra de estudiantes de psicología de sexo femenino se obtuvieron los siguientes resultados en las variables demográficas: edad, estado civil y semestre.

Las estudiantes de psicología obtuvieron un máximo de edad de 39 años y un mínimo de 17 años de edad, con una media de 21 años

4 meses. En la tabla "E" se muestran las frecuencias y los porcentajes de acuerdo a la variable edad.

TABLA E. RANGOS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD PARA LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA FEMENINOS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-20	41	56.16
21-25	26	35.62
26-30	3	4.11
31-35	0	0
36-39	3	4.11
	73	100

De acuerdo al estado civil se observa que el 98.04% de las mujeres estudiantes de psicología son solteras, el 8.22% son casadas, el 1.37% son viudas y el 1.37 vive en unión libre (Ver Tabla F).

TABLA F. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES OBTENIDOS PARA LA VARIABLE ESTADO CIVIL PARA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA FEMENINOS.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERAS	65	89.04
CASADAS	6	8.22
VIUDAS	1	1.37
UNION LIBRE	1	1.37
	73	100

Por último los resultados obtenidos para la variable semestre se distribuyen como se muestra en la Tabla G.

TABLA G. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE SEMESTRE PARA LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA FEMENINOS.

SEMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TERCERO	36	49.32
QUINTO	22	30.14
SEXTO	1	1.37
SEPTIMO	8	10.96
OCTAVO	5	6.85
NOVENO	1	1.37
	73	100

En cambio la muestra clínica se analizó de acuerdo al sexo, por lo que, la muestra clínica masculina únicamente se estudió de acuerdo a la variable edad (Ver Tabla H) ya que todos los pacientes seleccionados para el estudio tenían diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Los pacientes psiquiátricos masculinos obtuvieron un máximo de edad de 46 años y un mínimo de 20 años, con una media de 30 años y 7 meses de edad. En la tabla "H" se muestran las frecuencias y porcentajes para la variable edad.

TABLA H. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS MASCULINOS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0*	2	3.45
20-25	14	24.14
26-30	10	17.24
31-35	21	36.21
36-40	6	10.34
41-45	4	6.9
46	1	1.72
	58	100

* Pacientes masculinos que no dijeron su edad.

En cambio, para la muestra clínica femenina se analizó la variable edad (Ver Tabla I) y el tipo de esquizofrenia; y se seleccionó a todas las pacientes que tenían diagnósticos de esquizofrenia independientemente del tipo, ya que la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide era muy limitada (Ver Tabla J).

Los resultados obtenidos para la muestra clínica femenina son los siguientes:

Un máximo de edad de 47 años y un mínimo de 17 años, con una media de edad de 31 años 8 meses. Las frecuencias y porcentajes con respecto a la variable edad se muestran en la tabla "I".

De acuerdo a los diferentes tipos de esquizofrenia la muestra clínica femenina se compone de los siguientes diagnósticos (Ver Tabla J).

TABLA I. RANGOS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD PARA LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS FEMENINOS.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0*	7	21.88
17-20	1	3.13
21-25	5	15.63
26-30	6	18.75
31-35	4	12.5
36-40	6	18.75
41-45	2	6.25
46-47	1	3.13
	32	100

* Pacientes femeninos que no dijeron su edad.

TABLA J. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS TIPOS DE ESQUIZOFRENIA PARA LA MUESTRA PSIQUIATRICA FEMENINA.

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	19	59.38
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	5	15.63
ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	4	12.5
ESQUIZOFRENIA ESQUIZOFRENEIFORME	2	6.25
ESQUIZOFRENIA LATENTE	1	3.13
Ts ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	1	3.13
	32	100

También se desarrollaron medidas de tendencia central, obteniendo medias, desviaciones estándar y pruebas "t" de student para las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias para las siguientes situaciones:

a) Para los sujetos que respondían el inventario bajo instrucciones estándar y los que lo contestaban bajo instrucciones de fingir signos y síntomas de esquizofrenia paranoide (simulación mala).

b) Para los sujetos que respondían el inventario bajo instrucciones de simular tener esquizofrenia paranoide y los pacientes psiquiátricos con esquizofrenia paranoide.

c) 'Para los sujetos que respondían el inventario bajo instrucciones estándar y los que lo contestaban bajo instrucciones de simular estar muy bien adaptados (simulación buena).

Se obtuvieron los perfiles de los sujetos honestos, de los que simulaban estar bien, de los que fingían tener esquizofrenia paranoide y de los pacientes psiquiátricos.

Se desarrollaron nuevas tablas de puntajes de corte, y se requirieron nuevas tablas de niveles de predicción para discriminar entre:

1. Los perfiles de sujetos honestos y los perfiles de los sujetos que simulaban tener esquizofrenia paranoide.
2. Los perfiles de los sujetos que simulaban tener esquizofrenia paranoide y los pacientes psiquiátricos.
3. Los perfiles de los sujetos honestos y los que simulaban estar muy bien adaptados.

DETECCION DE PERFILES DE SUJETOS QUE FINGEN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Los perfiles de los puntajes de cada una de las medias obtenidos tanto para hombres como para mujeres, bajo instrucciones de

simular signos y síntomas de esquizofrenia paranoide, fueron muy parecidos a los datos reportados por Graham (1987) con el MMPI original y por Graham y cols. (1991) con el MMPI-2.

Las Figuras 1, 2 y 3 muestran los perfiles de los puntajes de cada una de las medias para las escalas básicas, de contenido y suplementarias respectivamente, obtenidas de los estudiantes de psicología (masculinos) que respondieron el MMPI-2 (Lucio, 1995) bajo instrucciones estándar y bajo instrucciones de simular signos y síntomas de esquizofrenia paranoide. Así también se muestran los perfiles de los puntajes de cada una de las medias obtenidas de los pacientes psiquiátricos masculinos.

Los resultados muestran que cuando los estudiantes de psicología tomaron el MMPI-2 (Lucio, 1995) con la intención de parecer personas mentalmente trastornadas (con esquizofrenia paranoide) tendieron a exagerar signos y síntomas. Esta exageración resultó mucho más elevada en la escala F y en las escalas clínicas, y menor en las escalas L ($T \leq 52$) y K ($T \leq 38$) en relación a los obtenidos por los pacientes psiquiátricos.

En las escalas clínicas se observan elevaciones en la tetrada psicótica, y particularmente picos en las escalas 6 (Paranoia) y 8 (Esquizofrenia) con puntajes $T > 104$. También se observan puntajes elevados en las demás escalas clínicas excepto en las escalas 3 (Histeria) y 5 (Masculinidad-Femenidad [MF]). Estas últimas escalas resultaron ser las escalas clínicas más bajas de el perfil (Ver Fig. 1).

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
**Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota-2**

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____

Perfil de escalas básicas

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA 1942, 1943 (RENOVADO 1970). Este perfil generó desde 1988.
 Derechos reservados. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. Dept. Inc. de la Universidad de Minnesota.
 *El MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota en los Estados Unidos de América.

FALLA DE ORIGEN

Factor K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

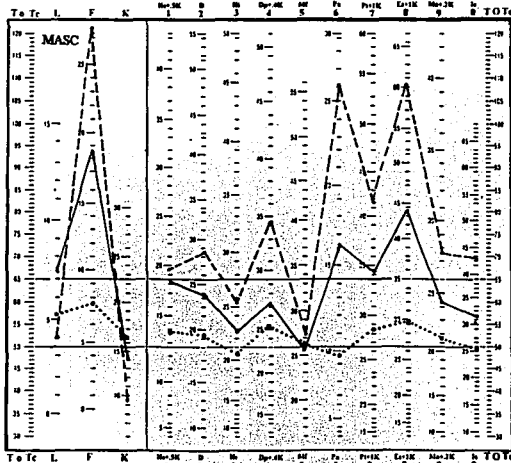


FIGURA 1

--- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
 — ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION MALA
 ... PACIENTES PSIQUIATRICOS

Puntaje crudo _____
 Puntaje crudo ? _____
 Factor K agregado _____
 Puntaje crudo con K _____

UNAM

La figura 2 muestra que la exageración de signos y síntomas de esquizofrenia paranoide reportada por los estudiantes se mantuvo en las escalas de contenido, principalmente en la escala de pensamiento delirante (DEL) con un puntaje T=113. En cambio, en las escalas suplementarias no se registró una relación clara entre los diferentes perfiles (Ver Fig. 3).

MMPI-2

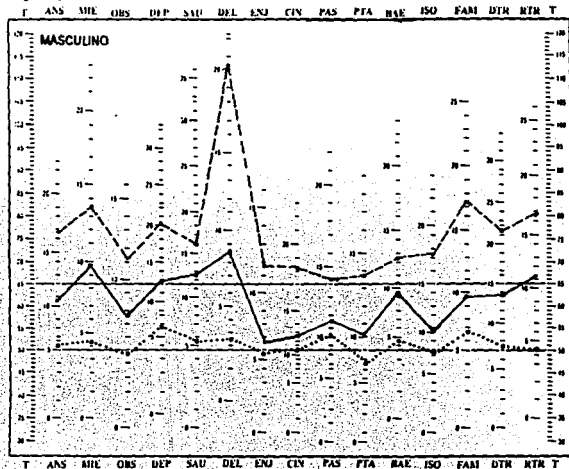
SR Hathaway y J. C. McKinley
Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota

Perfil de escalas de contenido
Buckner, Christian, Wilson y Roth-Pendley (1989)

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
MINNESOTA 1962, 1963 (REVISADO 1972). Este perfil generado desde 1988.
Caractere reservado. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Bajo lic. de la Universidad de Minnesota.
El MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
son programas por la Universidad de Minnesota, impresas en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
Refirido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del que calificó _____

FALLA DE ORIGEN



Puntaje
crudo

FIGURA 2

- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
- - - ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION MALA
- PACIENTES PSIQUIATRICOS

FALLA DE ORIGEN
 FALLA DE ORIGEN

MMPI-2

S.R. Hatheway y J.C. McNoley
 Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas suplementarias

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA (S&L1943) (RENOVIADO 1970). Este perfil generó desde 1983
 Caratulas reservadas. Distribuido asistivamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. Dept. Inc. de la Universidad de Minnesota
 © MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota. Impresos en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____

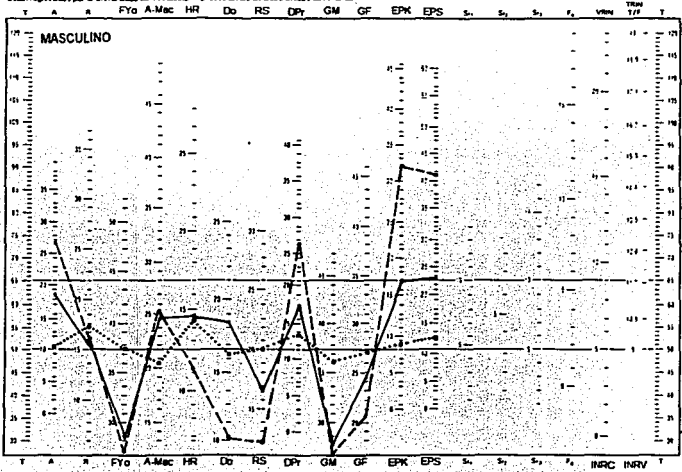


FIGURA 3

- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
- - - ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION MALA
- PACIENTES PSIQUIATRICOS

110

Puntaje
 crudo

UNAM

Las Figuras 4, 5 y 6 muestran los perfiles de los puntajes de cada una de las medias para las escalas básicas, de contenido y suplementarias, respectivamente, obtenidas de las pacientes psiquiátricas y de las estudiantes que respondieron el MMPI-2 (Lucio, 1995) con instrucciones estándar y de simular signos y síntomas de esquizofrenia paranoide.

Los resultados obtenidos muestran que existe una gran similitud entre los perfiles de las escalas básicas, de contenido y suplementarias de la muestra femenina con respecto a los de la muestra masculina, excepto en la escala 2 (Depresión) y 3 (Histeria) donde se obtuvo un puntaje menor en la muestra psiquiátrica femenina (Escala 2 [X=22.81] y escala 3 [X=22.31]) en relación al obtenido de las estudiantes que respondieron el inventario honestamente (Escala 2 X=23.36 y escala 3 [X=23.36]) (Ver Fig. 4).

MMPI-2

S. R. Hershberg y J. C. Moorey
 Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas básicas

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA (1942) (REIMPRESO 1977). Este perfil generado desde 1988.
 Derechos reservados. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. Bajo Lic. de la Universidad de Minnesota
 © MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____

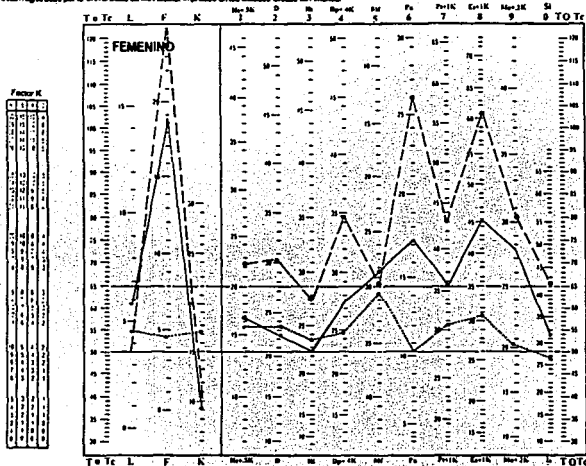


FIGURA 4

112

- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION MALA
- _____ PACIENTES PSIQUIATRICOS

FALLA DE ORIGEN

Puntaje crudo _____
 Puntaje crudo? _____
 Factor K agregado _____
 Puntaje crudo con K _____

UNAM

El perfil obtenido en las escalas de contenido para la muestra femenina (Ver Fig. 5) muestra una gran similitud al obtenido por la muestra masculina; éste reporta una exageración de signos y síntomas de esquizofrenia paranoide por parte de los estudiantes. Observese la escala de pensamiento delirante (DEL) con un puntaje T=108, el cual es mucho mayor al obtenido por los pacientes psiquiátricos (T=80).

También, se observó que en las escalas suplementarias no se registró una relación clara entre los diferentes perfiles (Ver Fig. 6).

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas de contenido

Duchon, Graham, Williams y Davis-Porch (1989)

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
MINNESOTA 1942, 1943 (RENOVADO 1970) Este perfil pertenece desde 1988
Directivo reservado. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Bajo lic. de la Universidad de Minnesota.

"El MMPI-2" y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
son registrados por la Universidad de Minnesota. Impresos en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del que calificó _____

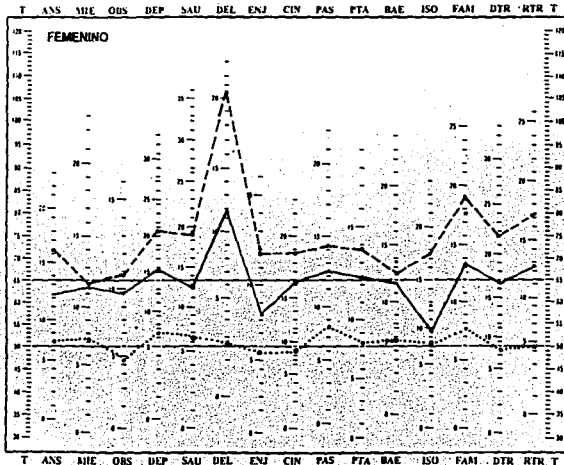


FIGURA 5

FALLA DE ORIGEN

Puntaje
crudo

UNAM

MMPI-2

SR Hathaway y J. C. McKinley
Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas suplementarias

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
MINNESOTA 1942 (REVIZADO 1978). Este perfil generado desde MMPI
Database reconvertido. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Bajo lic. de la Universidad de Minnesota
© 1988 "MMPI-2" y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
son marcas registradas por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del que calificó _____

FALLA DE ORIGEN

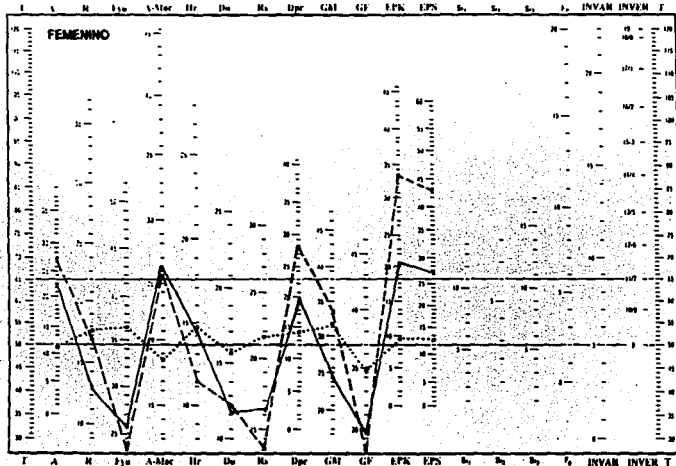


FIGURA 6

- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION MALA
- PACIENTES PSIQUIATRICOS

Perfil
crudo

UNAM

A continuación se muestran las Tablas 1 y 2 para hombres y mujeres respectivamente; las cuales reportan las diferencias obtenidas por la prueba T de student entre puntajes de los perfiles de los sujetos que respondieron primero el MMPI-2 bajo instrucciones estándar y que posteriormente lo volvieron a contestar bajo instrucciones de simular esquizofrenia paranoide; y los estudiantes universitarios que respondieron el MMPI-2 bajo instrucciones de simular esquizofrenia paranoide y los pacientes psiquiátricos.

TABLA 1

Medias, desviaciones estándar y "t" de simulación para estudiantes bajo instrucciones estándar y de simulación mala, y pacientes psiquiátricos.

Escala	Instrucciones estándar			Instrucciones de simulación mala			Pacientes psiquiátricos	
	Md	SD	t de student	Md	SD	t de student	Md	SD
Hombres								
L	5.25	2.75	2.08**	4	2.62	-4.56****	7.22	3.02
F	7.42	5.27	11.09****	36.46	11.69	7.14****	10.45	9.82
R	16.21	5.42	-5.02****	9.58	3.52	-3.31****	14.09	6.25
Hi	13.86	4.17	5.08****	19.62	8.87	0.93	18.1	5.76
D	19.33	4.66	5.37****	28.58	7.04	3.49****	23.74	5.08
Ny	21.46	4.92	1.86**	25.17	8.38	1.25	22.83	7.42
Pd	25.12	4.66	6.87****	34.12	5.88	5.32****	27.17	4.89
Mf	26.04	5.09	0.96	27.29	3.8	2.2*	25.6	4.12
Pa	9.75	2.14	12.23****	26.04	5.72	8.18****	16.03	4.74
Pe	28.42	4.74	6.09****	41.75	8.2	4.76****	34.12	5.83
Ea	29.96	6.52	8.96****	60.25	15.22	5.63****	43.9	10.37
Ma	21.42	4.32	4.52****	27.67	5.2	2.73****	24.31	5
Si	25.83	7.08	7.6****	42.33	7.93	6.38****	31.34	6.72
Fp	3.16	4.16	9.47****	24.58	10.27	4.63****	14.21	3.62
IRVAR	9.37	0.71	2.16*	9.83	0.76	-2.85****	10.71	1.41
INVER	7.04	2.77	1.7*	8	2.9	-2.27**	10.5	1.04
Ans	6.58	4.88	7.37****	16.79	4.71	5.39****	10.59	4.76
Mie	4.29	4.82	6.54****	13.54	5.13	3.2****	9.91	4.37
Obs	4.87	3.27	6.3****	11.12	2.59	3.52****	7.6	4.11
Dep	6.73	6.2	4.22****	20.04	8.84	3.93****	12.96	6.75
Sau	6.58	4.28	3.97****	16	10.79	1.95	12.48	5.56
Del	2.58	2.53	11.23****	20.12	4.47	8.75****	8.59	5.77
Eth	5.5	2.38	7.74****	11.43	3.22	5.95****	6.71	3.67
Cin	10.62	5.1	6.38****	18.17	2.73	3.53****	13.81	5.77
Pa	10.04	3.59	3.43****	14.25	2.73	2.53****	11.62	4.48
Pa	7.95	3.44	6.67****	13.96	2.74	2.63****	10.12	4.85
Bae	4.68	3.8	5.34****	13.37	7.03	2.64****	9.55	5.47
Isd	7.95	4.7	7.23****	17.33	4.27	7.46****	10.07	3.9
Fam	6.83	4.13	7.06****	17.37	6.03	8.01****	9.91	4.69
Dtr	7.33	6.1	6.79****	21.42	8.13	4.15****	13.95	7.1
Rtr	4.33	3.97	8.22****	16.96	6.39	4.23****	11.17	5.11
A	10.87	9.73	6.06****	26.79	8.42	3.9****	18.41	9.03
R	17.79	4.23	-1.18	16.33	4.34	0.33	15.86	6.37
Fyo	37.92	5.02	-8.98****	21.96	7.11	-4.23****	28.48	6.01
A-Mac	20.45	3.39	4.53****	25.37	4.09	0.5	24.79	5
Hr	14.46	3.71	3.33****	13.33	2.73	-4.21****	14.79	8.79
Do	16.37	1.12	-5.92****	10.42	3.82	-3.17****	13.4	5.57
Ra	20	4.42	-5.78****	12.04	5.09	-4.22****	16.69	4.29
DPR	13.33	6.71	5.96****	26.12	8.1	5.19****	17.41	6.37
Gr	36.08	5.38	-5.97****	23.87	8.44	-2.7****	27.91	4.95
Gf	27.04	3.75	-4.39****	20.54	6.21	-2.78****	24.18	5.05
Epk	8.79	7.08	9.01****	32.17	10.55	6.57****	17	9.05
Epe	12.54	9.49	0.45	41.71	13.59	6.06****	23.83	11.53

*t1 ENTRE SUJETOS BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR Y SIMULADORES HALOS

*t2 ENTRE SUJETOS SIMULADORES HALOS Y PACIENTES PSIQUIATRICOS.

*p .05, **p .025, ***p .01, ****p .005

TABLA 2

Medias, desviaciones estándar y "t" de student para estudiantes bajo instrucciones estándar y de simulación mala, y pacientes psiquiátricos.

Escala	Instrucciones estándar			Instrucciones de simulación mala			Pacientes psiquiátricos	
	Md	SD	t, de student	Md	SD	t, de student	Md	SD
Mujeres								
L	4.59	2.36	-1.85*	3.64	2.16	-3.36****	5.81	3.26
F	4.79	2.9	19.79****	36.9	9.7	8.07****	18.56	9.18
K	17.18	4.82	-7.88****	9.36	3.89	-1.37****	10.87	5.39
Ha	15.64	3.79	5.24****	22.28	6.95	5.34****	16.59	5.08
D	23.36	5.22	4.84****	30.13	7	4.89****	22.81	5.31
Hv	23.36	4.67	3.45****	27.69	6.3	3.55****	22.31	5.47
Pd	24.9	4.25	9.16****	35.03	5.44	6.1****	27.37	3.59
Mf	20.61	3.18	-2.4****	28.85	3.21	0.09	28.75	3.12
Fa	10.23	2.51	19.62****	26.2	4.42	9.65****	17.25	4.54
Pt	30.33	5.69	8.21****	43.03	7.79	5.54****	35.16	8.11
Es	30.61	5.42	14.57****	61.44	12.05	7****	45.09	11.77
Ms	20.56	5.05	9.64****	30.44	4.05	1.32	27.47	4.41
Sl	26.87	9.54	7.37****	42.67	9.39	7.79****	31.47	7.79
FR	2.32	2.52	13.65****	22.2	8.74	3.14****	15.41	9.48
INVAR	9.36	0.58	7.45****	9.74	0.78	-4****	10.84	1.48
INVER	7.36	2.78	1.43****	8.36	3.35	-1.15	9.22	2.86
Ans	7	4.83	7.86****	16.26	4.55	2.29**	12.09	4.58
Mie	7.13	4.43	4.36****	12.38	6.09	0.82	11.31	5.09
Obs	4.61	3.22	7.95****	10.9	3.74	0.78	9.94	7.68
Dep	6.78	5.68	8.9****	20.59	7.83	3.67****	15.47	7.67
Sau	6.64	4.02	7.78****	18.56	8.69	3.83****	12.44	4.96
Del	1.85	1.97	23.32****	20.41	4.37	8.28****	11.72	6.56
Enh	5.67	2.69	9.25****	11.82	3.17	3.42****	8.31	3.93
Cin	8.74	4.59	10.85****	18.85	3.57	0.44	16.19	5.12
Pos	8.02	3.12	8.18****	14.28	3.62	2.15**	12.17	3.82
Pla	8.23	3.05	8.08****	13.95	3.2	1.89	12.34	4.18
Bae	5.23	3.75	6.73****	12.64	5.76	0.5	11.91	6.49
Inc	7.97	4.52	8.22****	17.77	5.9	4.69****	9.66	3.88
Fam	7.67	4.8	10.26****	19.03	4.7	4.95****	13.22	5.25
Dtr	7.76	6.02	9.04****	21.87	7.66	2.93**	16.62	7.43
Rtr	4.28	3.52	11.9****	17.31	5.86	3.39**	12.41	6.28
A	11.51	8.02	8.57****	27.31	8.25	2.0#	22.97	9.65
R	17.79	4.38	-0.88	16.92	4.4	-1.39***	12.93	5.59
Fyo	16.36	4.86	-10.75****	21.36	7.22	-2.65**	25.66	6.37
A-Hac	18.67	3.4	-8.08****	25.74	4.29	-0.44	26.28	6.02
Hr	14.74	2.72	-6.35****	11.1	2.28	-4.69****	14.06	3.08
Do	15.82	3.25	-7.68****	10.26	3.14	-2.10#	12.06	3.98
Ra	21.77	2.91	-11.16****	12.43	4.34	-3.77****	16.37	4.44
Dpr	14.36	7.94	7.92****	28.03	7.28	4.79****	19.94	7.15
Ca	11.33	6.15	-5.07****	23.26	7.66	-0.57	24.32	6.22
Cf	34.87	3.66	-8.95****	24.46	6.28	-3.9****	29.72	4.75
Epk	9.26	7.06	13.02****	33.67	9.33	5.83****	20.69	9.38
Eps	13	8.54	12.43****	42.26	11.96	4.94****	27.78	12.46

*t₁ ENTRE SUJETOS BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR Y SIMULADORES MALOS.

*t₂ ENTRE SUJETOS SIMULADORES MALOS Y PACIENTES PSIQUIATRICOS.

*p .05, **p .025, ***p .01, ****p .005

Los resultados obtenidos con la prueba T de student tanto por los hombres como por las mujeres, que tomaron el inventario bajo instrucciones estándar y que posteriormente lo volvieron a contestar fingiendo signos y síntomas de la esquizofrenia paranoide, muestran diferencias estadísticamente significativas en las escalas de validez F y K con un nivel de significancia de .005 para ambos sexos, y un nivel de significancia en la escala L de .05 para las mujeres (Ver Tabla 2) y de .025 para los hombres (Ver Tabla 1). La escala Fp obtuvo un nivel de significancia de .005 para ambos sexos y las escala INVAR e INVER obtuvieron un nivel de significancia de .01 para las mujeres (Ver Tabla 2), mientras que para los hombres la escala de INVAR obtuvo un nivel de significancia de .025 e INVER un nivel de significancia de .05 (Ver Tabla 1).

Cabe mencionar que los puntajes obtenidos por los estudiantes masculinos en la escala K fueron significativamente menores en la condición de simular esquizofrenia paranoide que el referido por los otros dos grupos (condición estándar y pacientes psiquiátricos) lo cual coincide con los datos obtenidos por Graham y cols. (1991) con el MMPI-2.

También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas clínicas para ambos sexos (Ver Tablas 1 y 2), excepto en la escala 5 (Masculinidad-Femeneidad [Fm]) que no resultó ser significativa para la muestra masculina (Ver Tabla 1).

Los resultados obtenidos en las escalas de contenido tanto por hombres como por mujeres muestran que sí hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas con un nivel de confianza de .005. En cambio para las escalas suplementarias solo la escala R (represión) no resultó ser significativa para ambos sexos y la escala Eps (desorden de estrés post-traumático) no fué significativa para los hombres únicamente, todas las demás escalas fueron estadísticamente significativas para ambos sexos con nivel de confianza de .005. Si bien, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto para las escalas de contenido y suplementarias, no es posible detectar a los sujetos simuladores de los honestos mediante estas escalas por sí solas (Ver Tablas 1 y 2).

Se desarrollaron nuevos puntajes de corte para discriminar entre los perfiles de los sujetos honestos de los perfiles de los sujetos que simulaban tener esquizofrenia paranoide. Los puntajes crudos de corte fueron altamente exitosos en discriminar los perfiles de los estudiantes bajo instrucciones estándar de los que simulaban tener esquizofrenia paranoide como se muestra en la Tabla 3, donde un puntaje crudo de corte de 18 igual al utilizado por Graham y Cols. (1991) en la escala F ofrece la mejor discriminación para las dos condiciones, clasificando correctamente al 100% de los perfiles obtenidos bajo instrucciones estándar para ambos sexos; y al 92.31% y 95.83% de los perfiles de los sujetos que simulaban tener esquizofrenia paranoide para mujeres y hombres respectivamente.

TABLA 3

Porcentajes de pacientes psiquiátricos y estudiantes bajo instrucciones de responder honestamente y de simular estar mal (con esquizofrenia paranoide)

INSTRUCCIONES CORRECTAMENTE CLASIFICADAS

	MUJERES			HOMBRES		
	PACIENTES %	SIMULADORES MALD %	ESTÁNDAR %	PACIENTES %	SIMULADORES MALD %	ESTÁNDAR %
0	0	100	2.96	0	100	4.16
1	3.12	100	10.25	0	100	12.5
2	3.12	97.44	23.07	0	100	16.86
3	3.12	97.44	38.46	3.44	100	25
4	6.25	97.44	53.84	3.44	100	25
5	6.25	97.44	61.53	8.62	100	41.66
6	6.25	97.44	74.19	12.68	100	58.33
7	9.37	97.44	82.05	17.24	100	70.83
8	12.5	97.44	89.74	20.68	100	70.83
9	21.87	97.44	92.3	22.41	100	70.83
10	25	97.44	97.43	24.13	95.83	70.83
11	25	97.44	97.43	26.86	95.83	70.83
12	28.12	97.44	97.43	27.38	95.83	75
13	31.37	97.44	100	24.88	95.83	83.33
14	37.5	97.44	100	37.93	95.83	83.33
15	40.62	94.87	100	39.65	95.83	87.5
16	43.75	92.31	100	46.35	95.83	91.67
17	46.87	92.31	100	56.17	95.83	95.83
18	46.87	92.31	100	56.39	95.83	100
19	46.87	92.31	100	60.34	95.83	100
20	56.25	92.31	100	63.79	95.83	100
21	62.5	92.31	100	63.79	87.5	100
22	71.87	92.31	100	67.24	87.5	100
23	71.87	92.31	100	72.41	87.5	100
24	71.87	92.31	100	72.41	79.17	100
25	75	92.31	100	74.13	79.17	100
26	78.12	92.31	100	76.86	79.17	100
27	81.25	92.31	100	77.38	75	100
28	84.37	89.74	100	79.31	75	100
29	84.37	89.74	100	82.76	75	100
30	90.62	89.74	100	86.2	75	100
31	90.62	87.18	100	89.66	70.83	100
32	93.75	84.62	100	93.1	66.67	100
33	93.75	79.49	100	94.83	66.67	100
34	93.75	66.67	100	96.35	62.5	100
35	100	64.1	100	96.35	54.17	100
36	100	64.1	100	98.28	50	100
37	100	53.84	100	98.28	50	100
38	100	41.03	100	98.28	50	100
39	100	41.03	100	98.28	41.67	100
40	100	33.33	100	100	37.5	100
41	100	30.77	100	100	37.5	100
42	100	20.91	100	100	37.5	100
43	100	20.91	100	100	33.33	100
44	100	17.38	100	100	33.33	100
45	100	15.38	100	100	29.17	100
46	100	15.38	100	100	25	100
47	100	7.69	100	100	20.83	100
48	100	7.69	100	100	20.83	100
49	100	3.11	100	100	16.67	100
50	100	0	100	100	12.5	100
51	100	0	100	100	0	100
52	100	0	100	100	0	100

N=32

N=39

N=39

N=58

N=24

N=24

Las tablas 4 y 5 que a continuación se presentan, muestran un análisis de los puntajes crudos de corte para hombres y mujeres respectivamente, para determinar los niveles de predicción entre: los estudiantes honestos y los estudiantes que fingían signos y síntomas de esquizofrenia paranoide; y los pacientes psiquiátricos y los estudiantes que fingían tener esquizofrenia paranoide a través de las escalas de validez F, Fp y el índice F-K del MMPI-2.

TABLA 4

NIVELES DE PREDICCIÓN

HOMBRES	PUNTAJE DE CORTE	SIMULACION MALA †	HONESTOS †
ESCALA "F"	18	100	96
ESCALA "Fp"	13	100	85.71
ESCALA "F-K"	11	100	85.71

NIVELES DE PREDICCIÓN

HOMBRES	PUNTAJE DE CORTE	SIMULACION MALA %	PACIENTES %
ESCALA "F"	18	47.92	97.06
	19	50	97.22
	20	52.27	97.37
	21	50	92.5
	22	52.5	92.86
	23	56.76	93.33
	24	54.29	89.36
	27	58.06	88.24
	32	73.91	88.14
	33	80	87.1
	34	84.21	87.3
	35	88.24	86.15
36	86.67	83.58	
ESCALA "Fp"	11	42	90.63
	15	42.22	86.49
	16	46.34	87.8
	17	45	85.71
	18	43.24	82.22
	25	72.73	86.67
	26	77.78	84.38
	27	76.47	83.08
ESCALA "F-K"	16	60	88.46
	17	62.07	88.68
	19	65.38	87.5
	20	68	87.72
	24	69.57	86.44

TABLA 5

NIVELES DE PREDICCIÓN

MUJERES	PUNTAJE	SIMULACION	HONESTOS
	DE CORTE	MALA %	%
ESCALA "F"	13	100	97.5
ESCALA "Fp"	13	100	88.64
ESCALA "F-K"	2	100	95.12
MUJERES	PUNTAJE	SIMULACION	PACIENTES
	DE CORTE	MALA %	%
ESCALA "F"	18	67.92	83.33
	20	72	85.71
	21	75	86.96
	22	80	88.46
	25	81.82	88.89
	26	83.72	89.29
	27	85.71	89.66
	28	87.5	87.5
	30	92.11	88.88
	32	94.44	85.71
	33	94.44	85.71
	34	93.94	78.95
	ESCALA "Fp"	18	71.05
19		71.43	61.11
20		75	61.54
21		74.19	60
ESCALA "F-K"	16	79.55	85.19
	17	81.4	85.71
	21	80.95	82.76

Los resultados muestran que el mismo puntaje de corte de 18 para los hombres clasificó correctamente al 100% de los estudiantes que simulaban tener esquizofrenia paranoide, es decir, que el 100% de los estudiantes clasificados como simuladores realmente lo eran (no hubo mal clasificados), y el 96% de los sujetos clasificados como honestos realmente eran honestos, es decir, hubo algunos sujetos honestos que fueron clasificados como simuladores (Ver Tabla 4). En cambio se requirió un puntaje de corte de 13 para las mujeres, menor al utilizado por Graham y Cols. (1991), el cual muestra que el 100% de los sujetos clasificados como simuladores realmente eran simuladores, y el 97.5% de las mujeres fueron clasificadas correctamente como honestas (Ver Tabla 5).

La Tabla 6 que a continuación se presenta, muestra los óptimos puntajes de corte para clasificar correctamente a través de la escala Fp a un mayor porcentaje pacientes psiquiátricos, de estudiantes honestos y de estudiantes que fingían signos y síntomas de esquizofrenia paranoide, para hombres y mujeres.

TABLA 6
 INSTRUCCIONES CORRECTAMENTE CLASIFICADAS

Fp	MUJERES			HOMBRES		
	PACIENTES †	SIMULADORES MALO †	ESTANDAR †	PACIENTES †	SIMULADORES MALO †	ESTANDAR †
0	0	100	20.51	0	100	29.17
1	3.13	97.44	48.72	1.73	100	50
2	3.13	97.44	61.34	5.17	100	66.67
3	6.25	97.44	76.92	10.34	100	70.83
4	9.38	97.44	87.18	17.24	100	79.17
5	12.5	97.44	92.31	26.99	99.83	79.17
6	15.63	97.44	94.87	20.69	99.83	83.33
7	21.88	97.44	97.44	27.59	99.83	83.33
8	24.38	97.44	97.44	32.76	99.83	83.33
9	27.5	89.74	97.44	37.93	99.83	87.5
10	40.63	87.18	97.44	44.83	99.83	87.5
11	40.63	87.18	97.44	50	87.5	91.67
12	42.75	87.18	97.44	50	87.5	91.67
13	46.88	87.18	100	51.72	83.33	100
14	53.13	86.62	100	51.72	79.17	100
15	56.25	85.05	100	55.17	79.17	100
16	56.25	79.49	100	62.07	79.17	100
17	59.38	74.36	100	62.07	85	100
18	65.63	69.23	100	62.79	66.67	100
19	68.75	64.1	100	67.24	66.67	100
20	75	61.54	100	72.43	66.67	100
21	75	58.97	100	77.59	66.67	100
22	78.13	57.85	100	79.33	66.67	100
23	78.13	55.81	100	82.76	66.67	100
24	78.13	51.28	100	86.23	66.67	100
25	84.38	48.72	100	89.66	66.67	100
26	87.5	48.72	100	93.1	58.33	100
27	87.5	45.03	100	93.1	54.17	100
28	87.5	38.21	100	93.1	50	100
29	89.63	35.64	100	94.83	37.5	100
30	90.63	17.95	100	94.83	33.33	100
31	92.75	12.82	100	96.28	33.33	100
32	92.75	12.82	100	96.28	33.33	100
33	93.75	10.26	100	98.28	20.83	100
34	93.75	7.69	100	100	20.83	100
35	96.88	7.69	100	100	16.67	100
36	100	5.12	100	100	16.67	100
37	100	2.56	100	100	12.5	100
38	100	0	100	100	4.17	100
39	100	0	100	100	4.17	100
40	100	0	100	100	0	100
41	100	0	100	100	0	100
42	100	0	100	100	0	100
43	100	0	100	100	0	100
44	100	0	100	100	0	100
45	100	0	100	100	0	100
46	100	0	100	100	0	100
47	100	0	100	100	0	100
48	100	0	100	100	0	100
49	100	0	100	100	0	100
50	100	0	100	100	0	100
51	100	0	100	100	0	100
52	100	0	100	100	0	100

Los resultados muestran que un puntaje crudo de corte de 13 en la escala Fp, clasifica correctamente al 87.18% y 83.33% de los perfiles obtenidos por los sujetos que fingían esquizofrenia paranoide, para mujeres y hombres, respectivamente. Este mismo puntaje de corte clasificó correctamente al 100% de los sujetos honestos de ambos sexos (Ver Tabla 6). Los resultados obtenidos para conocer los niveles de predicción tanto para hombres como para mujeres muestran que el mismo puntaje de corte de 13, clasificó al 100% de los estudiantes que simulaban tener esquizofrenia paranoide como simuladores, y al 88.64% de las mujeres honestas (Ver Tabla 5) y al 85.71% de los hombres (Ver Tabla 4) los clasificó correctamente como honestos, es decir, que clasificó a algunos de los sujetos honestos como simuladores.

La tabla 7 que a continuación se presenta, muestra los puntajes óptimos de corte utilizados para el índice F-K, para hombres y mujeres.

TABLA 7
INSTRUCCIONES CORRECTAMENTE CLASIFICADAS

	MUJERES			HOMBRES		
	PACIENTES ↓	SIMULADORES MALO ↓	ESTANDAR ↓	PACIENTES ↓	SIMULADORES MALO ↓	ESTANDAR ↓
0	25	100	92.31	43.1	100	75
1	28.13	94.87	94.87	44.83	95.83	75
2	31.25	94.87	100	46.55	95.83	79.17
3	31.25	94.87	100	50	95.83	83.33
4	40.63	92.31	100	56.9	95.83	83.33
5	46.88	92.31	100	60.34	95.83	87.5
6	52.5	92.31	100	65.32	91.67	91.67
7	56.25	92.31	100	67.24	91.67	95.83
8	62.5	92.31	100	68.87	91.67	95.83
9	65.63	92.31	100	69.87	83.33	95.83
10	66.75	89.74	100	68.87	83.33	100
11	68.75	89.74	100	70.69	75	100
12	68.75	89.74	100	74.34	75	100
13	71.88	89.74	100	77.59	75	100
14	71.88	89.74	100	78.31	75	100
15	71.88	89.74	100	81.03	75	100
16	71.88	89.74	100	81.03	75	100
17	75	89.74	100	84.48	70.83	100
18	75	89.74	100	86.21	70.83	100
19	75	89.74	100	86.21	70.83	100
20	75	89.74	100	86.21	70.83	100
21	75	89.74	100	86.21	70.83	100
22	78.13	87.18	100	87.93	66.67	100
23	81.25	87.18	100	93.1	62.5	100
24	87.5	78.49	100	93.1	38.33	100
25	90.63	74.36	100	93.1	54.17	100
26	90.63	69.33	100	93.1	54.17	100
27	93.75	64.1	100	94.83	50	100
28	93.75	61.94	100	94.83	50	100
29	96.88	53.85	100	94.83	50	100
30	96.88	46.15	100	94.83	45.83	100
31	96.88	43.39	100	98.28	45.83	100
32	100	30.77	100	98.28	37.5	100
33	100	25.44	100	100	37.5	100
34	100	23	100	100	37.5	100
35	100	23	100	100	37.5	100
36	100	17.95	100	100	35.33	100
37	100	12.82	100	100	29.17	100
38	100	10.36	100	100	25	100
39	100	7.89	100	100	20.83	100
40	100	7.89	100	100	20.83	100
41	100	7.49	100	100	16.67	100
42	100	7.49	100	100	16.67	100
43	100	5.13	100	100	16.67	100
44	100	5.13	100	100	12.9	100
45	100	2.56	100	100	4.17	100
46	100	0	100	100	4.17	100
47	100	0	100	100	0	100
48	100	0	100	100	0	100
49	100	0	100	100	0	100
50	100	0	100	100	0	100
51	100	0	100	100	0	100
52	100	0	100	100	0	100

F - K

La Tabla 7 muestra que el índice F-K requirió un puntaje crudo de corte de 2 para las mujeres, para clasificar correctamente al 94.87% de los sujetos femeninos que simulaban tener esquizofrenia paranoide y al 100% de las estudiantes honestas.

En cambio, para los hombres se requirió un puntaje de corte de 11 para clasificar correctamente al 83.33% de los simuladores de esquizofrenia paranoide y al 100% de los sujetos honestos (Ver Tabla 7).

En los niveles de predicción para los hombres un puntaje de corte de 11 muestra que el 100% de los sujetos clasificados como simuladores de esquizofrenia paranoide realmente lo eran y que el 85.71% de los sujetos clasificados como honestos realmente eran honestos (Ver Tabla 4). En cambio el mismo puntaje de corte de 2 para mujeres, clasificó correctamente al 100% de los estudiantes simuladores de esquizofrenia paranoide, y al 95.12% de los sujetos honestos (Ver Tabla 5).

Los resultados obtenidos al comparar a los pacientes psiquiátricos con los sujetos bajo instrucciones de simular signos y síntomas de la esquizofrenia paranoide (Ver Tabla 1), muestran diferencias estadísticamente significativas para la población masculina en todas las escalas de validez incluyendo las escalas Fp, INVAR e INVER; en todas las escalas clínicas excepto en las escalas 1 (Hipocondriasis) y 3 (Histeria), en todas las escalas de contenido

y en todas las escalas suplementarias excepto en las escalas R (represión) y A-Mac (escala de alcoholismo de MacAndrew).

En contraste, los resultados obtenidos para la población femenina muestran que solo las diferencias de las escalas de validez K e INVER no fueron estadísticamente significativas, todas las escalas clínicas resultaron ser significativas con niveles diferentes de confianza excepto las escalas 5 (Masculinidad-Femeneidad [f]) y la 9 (Manía) (Ver Tabla 2). En las escalas de contenido no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Mie (Miedo), Obs (Obsesividad), Cin (cinismo) y Bae (Baja autoestima). Por último en las escalas suplementarias no fueron significativas las escalas A-Mac (escala de alcoholismo de MacAndrew) y Gm (género masculino).

Para discriminar entre los perfiles de los pacientes psiquiátricos y los de los estudiantes bajo instrucciones de simular estar mal, se requirieron puntajes de corte más elevados en cada escala. Un puntaje de corte de 34 en la escala F clasificó correctamente a un mayor porcentaje de pacientes psiquiátricos, al 94.83% y al 93.75% de hombres y mujeres, respectivamente (Ver Tabla 3). En cambio un puntaje de corte de 31 y 30 para hombres y mujeres, respectivamente, clasificó correctamente al 75% y al 89.74% de los sujetos simuladores de esquizofrenia paranoide, para hombres y mujeres respectivamente, como se muestra en la tabla 3.

Los resultados obtenidos en los niveles de predicción, muestran que un puntaje de corte de 35 para los hombres, clasifica correctamente al 88.24% de los sujetos simuladores de esquizofrenia paranoide como simuladores; este mismo puntaje de corte clasificó correctamente al 86.15% de los pacientes psiquiátricos como pacientes psiquiátricos (Ver Tabla 4). En cambio, para las mujeres, un puntaje de corte de 30 clasificó correctamente al 92.11% de las estudiantes que respondieron el inventario fingiendo tener esquizofrenia paranoide y al 88.88% de las pacientes como pacientes (Ver Tabla 5).

La tabla 6 muestra que la escala Fp requirió un puntaje de corte mayor al utilizado por Graham y Cols. (1991); un puntaje crudo de corte de 29 clasificó correctamente al 94.83% de los pacientes y al 90.63% de las pacientes como pacientes. Y un puntaje crudo de corte de 1 clasificó correctamente al 100% y al 97.44% de los hombres y mujeres, respectivamente, que tomaron el inventario con la intención de fingir estar mal. En cambio, los resultados obtenidos en los niveles de predicción muestran que un puntaje de corte de 26 y 18 clasifican al 77.78% y al 71.05% de los sujetos simuladores de esquizofrenia paranoide como simuladores de esquizofrenia paranoide para hombres y mujeres, respectivamente; y éstos mismos puntajes de corte clasificaron al 84.38% de los pacientes y al 63.64% de las pacientes como pacientes.

Para el índice F-K un puntaje de corte de 25 clasificó correctamente al 93.1% y al 90.63% de los pacientes para hombres

y mujeres, respectivamente (Ver Tabla 7). Este mismo puntaje de corte de 25 clasificó correctamente al 62.5% y al 74.36% de los sujetos simuladores de esquizofrenia paranoide para hombres y mujeres respectivamente, por lo que se sugiere utilizar puntajes de corte menores para los sujetos simuladores.

Los resultados obtenidos en los niveles de predicción muestran que un puntaje de corte de 24 para hombres, clasifica como simuladores de esquizofrenia paranoide al 69.57% de los sujetos simuladores de esquizofrenia paranoide y al 86.44% de los pacientes como pacientes (Ver Tabla 4). En cambio, para las mujeres se requirió un puntaje de corte 17 para clasificar al 81.4% de los sujetos que simulaban estar mal y que realmente eran simuladores malos, este mismo puntaje de corte clasificó al 85.71% de las pacientes como pacientes (Ver Tabla 5).

DETECCION DE PERFILES DE SUJETOS QUE SIMULAN ESTAR MUY BIEN

Los perfiles obtenidos por ambos sexos en condiciones de simular estar muy bien adaptados fueron muy parecidos a los datos reportados con el MMPI por Graham, (1987).

A continuación se muestran las figuras 7, 8 y 9 para hombres y; 10, 11 y 12 para mujeres, en donde se pueden observar las diferencias entre los perfiles de los sujetos que respondieron el inventario honestamente y los que lo respondieron simulando estar muy bien adaptados.

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
**Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota-2**

Perfil de escalas básicas

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA 1942, 1943 (RENOVADO 1970). Este perfil generado desde 1988.
 Derechos Reservados. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. Dept. de la Universidad de Minnesota.
 El MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____

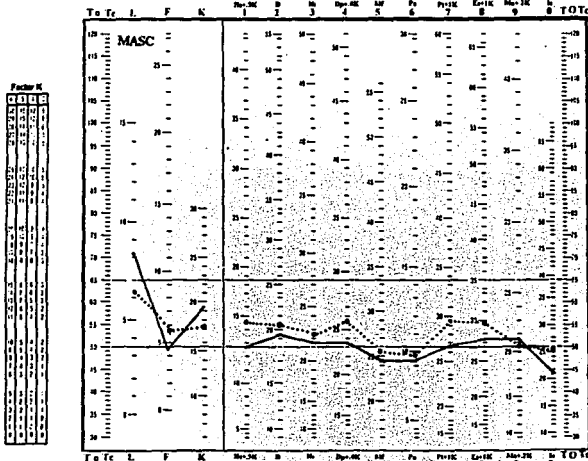


FIGURA 7

--- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
 — ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION BUENA

Puntaje crudo _____
 Puntaje crudo ? _____
 Factor K agregado _____
 Puntaje crudo con K _____

UNAM

MMPI-2

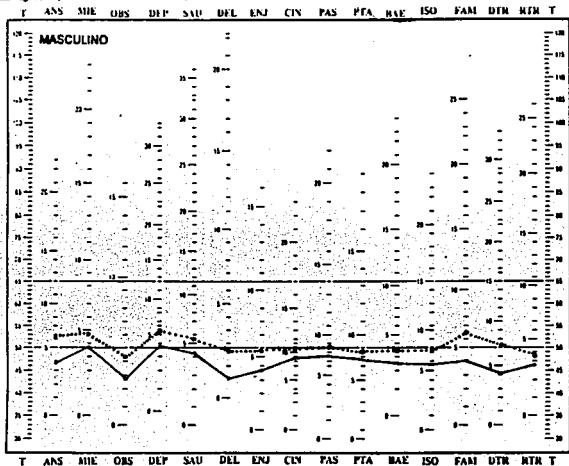
S.R. Hathaway y J.C. McKinley
**Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota**

Perfil de escalas de contenido
 (Acker, Graham, Williams y Ben-Porath (1989))

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA 1982, 1983 (RENOVADO 1970) Este perfil pertenece desde 1988
 a los derechos reservados. Contribuido electrónicamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. (Siga Inc. de la Universidad de Minnesota)

© MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota. Impresos en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____



Puntaje
 crudo: _____

FIGURA 8

134

UNAM

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas suplementarias

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
MINNESOTA 1942, 1940 (RENOVADO 1970) Este perfil pertenece desde 1969
Directivos reservados. Distribuido electrónicamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Dept. C. de la Universidad de Minnesota

"El MMPI-2" y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
están registrados por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del que calificó: _____

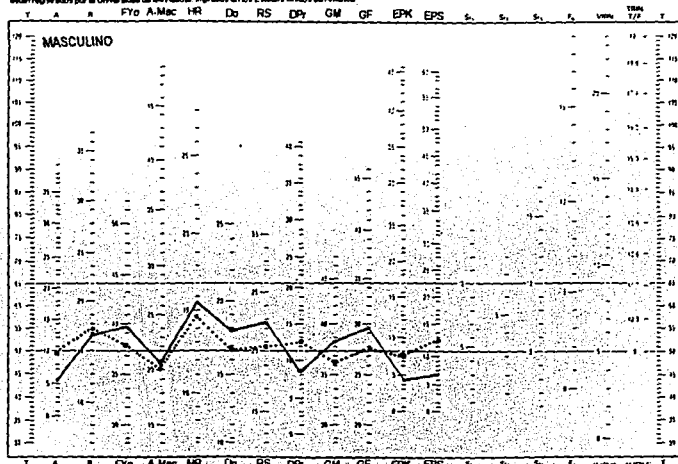


FIGURA 9

ESTUDIANTES BAJO
INSTRUCCIONES
ESTANDAR

ESTUDIANTES BAJO
INSTRUCCIONES DE
SIMULACION BUENA

Puntaje
crudo

UNAM

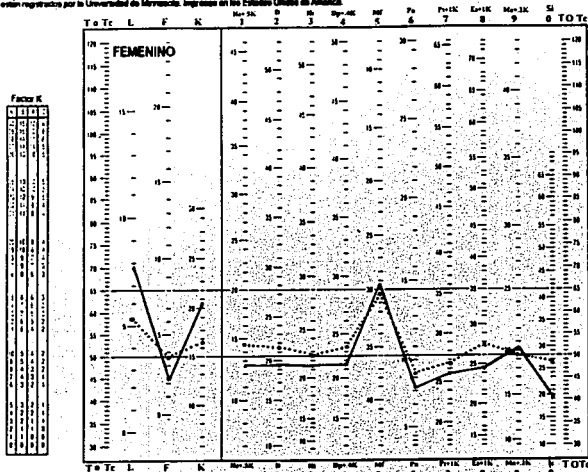
MMPI-2

S. R. HANSMAN y J. C. MURPHY
**Inventario Multifásico de la
 Personalidad de Minnesota-2**

Perfil de escalas básicas

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
 Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE
 MINNESOTA 1942, 1943 (RENOVADO 1970). Este perfil pertenece desde 1988
 Derechos reservados. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
 SYSTEMS INC. Dept. Inc. de la Universidad de Minnesota.
 *El MMPI-2 y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
 están registrados por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó _____



Puntaje crudo _____
 Puntaje crudo 7 _____
 Factor K agregado _____
 Puntaje crudo con K _____

FIGURA 10

--- ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR
 - - - ESTUDIANTES BAJO INSTRUCCIONES DE SIMULACION BUENA

UNAM

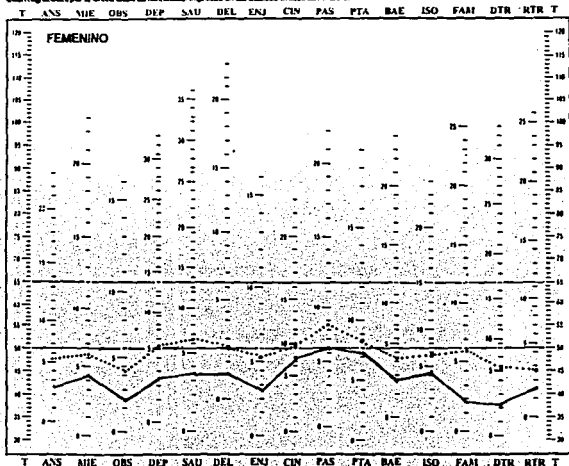
MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas de contenido
Ducner, Orphan, Williams y Ben-Porath (1989)

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECCION DE LA UNIVERSIDAD DE
MINNESOTA 1962, 1963 (RENOVIADO 1977) Esta es una publicación de 1989.
Dirección electrónica: Distribuido electrónicamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Dept. Inc. de la Universidad de Minnesota
"El MMPI-2" y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
son registros por la Universidad de Minnesota. Imprenta en las Escuelas Unidas de América.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del que calificó: _____



Puntaje
crudo

137

FIGURA 11

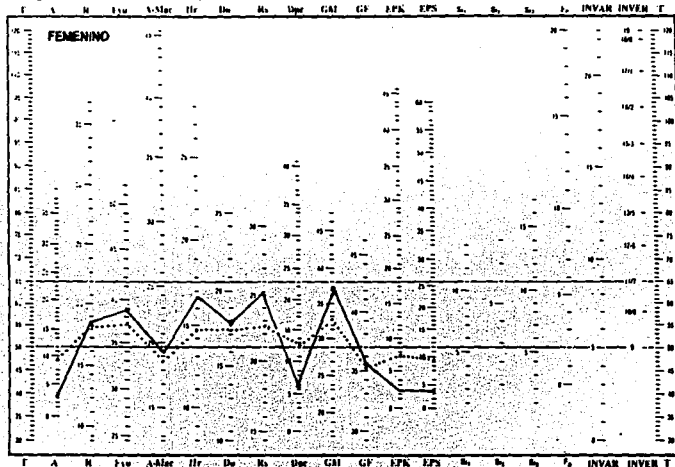
UNAM

MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2

Perfil de escalas suplementarias

Instrumento Multiaxial de la Personalidad de Minnesota-2
Copyright © POR LA DIRECTIVA DE LA LEY, SINDICATO DE
LABORALISTA (1962, 1963) (RENOVADO 1970). Este perfil pertenece Anual 1988.
Derechos reservados. Distribuido exclusivamente por NATIONAL COMPUTER
SYSTEMS INC. Dept. K, de la Universidad de Minnesota
13 South 2^a y el Instrumento Multiaxial de la Personalidad de Minnesota
son registrados por la Universidad de Minnesota. Impreso en los Estados Unidos de América

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplic. _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Edo. Civil _____
 Refeido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del que calificó: _____



Perfil
crudo

FIGURA 12

Los resultados muestran puntajes mucho más elevados en las escalas L y K que en la F, así como también una ligera disminución en el puntaje T de todas las escalas clínicas y de contenido para ambos sexos, es decir, puntajes T menores a 50 o ligeramente por arriba de este, excepto para la escala 5 (Masculinidad-Femeneidad {Mf}) para las mujeres.

La figura 10 muestra el perfil obtenido por la muestra femenina en las escalas básicas, aquí se puede observar un pico en la escala 5 alcanzando un puntaje T=66, ésto sugiere que la mujer trata de crear una impresión favorable enfatizando la asertividad, la competitividad y la orientación al logro.

En cambio, en las figuras 9 y 12, se muestra que tanto los hombres como las mujeres que respondieron el inventario con la intención de estar muy bien adaptados, trataron de enfatizar rasgos de una persona equilibrada, bien adaptada, optimista, segura de sí misma, con iniciativa, perseverante, responsable, etc.

La prueba "t" de student utilizada para comparar las diferencias de las escalas entre los perfiles de sujetos que respondieron el inventario bajo instrucciones estándar y los que simularon estar muy bien, se observan en las tablas 8 y 9 para hombres y mujeres respectivamente.

TABLA 8

Medias, Desviaciones estándar y "t" de student para estudiantes bajo instrucciones estándar e instrucciones de simulación buena

Escala	Instrucciones estándar			Instrucciones de simulación buena	
	Md	DS	t de student	Md	DS
Hombres					
L	6.13	3.7	1.74 *	8.09	3.72
F	5.72	4.72	-0.98	4.4	4.17
K	17.18	5.11	1.41	19.18	4.28
Hs	14.5	5.07	-1.28	12.72	4.63
D	20.36	5.42	-0.78	19.13	5
Hi	22.63	6.12	-0.63	21.59	4.82
Dp	25.81	4.96	-1.02	23.59	5.04
Mf	25.5	4.32	-1.46	24.68	4.36
Pa	9.95	3.24	-0.87	9.31	2.33
Pt	29.36	4.68	-1.91 *	26.72	4.45
Es	29.81	7.13	-1.25	27.13	7.03
Ma	20.81	3.41	0.56	21.36	3.03
Is	25.27	8.82	-1.31	21.4	10.63
Fp	2.09	4.23	-2.3 *	1.54	2.28
INVAR	9.4	0.59	0.22	9.45	0.73
INVER	7.13	2.66	-1.9 *	5.77	2.09
Ans	6.72	4.01	-2.56 *	3.81	3.51
Mie	4.95	3.47	-0.94	3.63	2.57
Obs	4.31	3.21	-1.5	2.9	3.02
Dep	5.5	4.96	-1.09	3.81	5.29
Sau	5.59	4.62	-1.02	4.27	3.95
Del	1.77	2.24	-2.07 *	0.72	0.76
Enj	5.68	3.41	-2.11 *	3.77	2.52
Cin	10.45	4.64	-1.09	8.95	4.49
Pas	8.86	3.54	-1.1	7.59	4.06
Pta	8.9	3.86	-0.89	7.9	3.58
Bae	3.59	4	-0.8	2.59	4.23
Iso	7.13	3.94	1.15	5.63	4.68
Fam	6.59	3.44	-2.4 *	4	3.7
Dtr	7.18	6.36	-1.61	4.09	6.32
Rtr	3.77	3.58	-0.64	2.95	4.81
A	9.72	8.14	-1.78 *	5.45	7.73
R	17.31	5.26	-0.29	16.86	4.97
Fyo	38.09	3.96	1.59	39.72	2.74
A-Mac	20.09	3.74	0.34	20.45	3.23
Hr	14.72	3.31	0.83	15.59	3.56
Do	16.9	2.89	1.18	17.9	2.7
Rs	20.68	3.89	1.73 *	22.59	3.41
Dpr	12.45	6.69	-1.86 *	8.54	7.2
Gm	36.36	5.16	1.62	38.72	4.46
Gf	27.9	4.34	1.48	29.72	3.76
Epk	7.68	6.22	-1.64 *	4.63	6.09
Eps	12.04	8.88	-1.94 *	6.72	9.31

" t " de student entre sujetos estándar y sujetos bajo instrucciones de simulación buena $N_1=22$, $N_2=22$.

*p .05,

TABLA 9

Medias, Desviaciones estándar y "t" de student para estudiantes bajo instrucciones estándar e instrucciones de simulación buena

Escala	Instrucciones estándar			Instrucciones de Simulación Buena	
	Md	DS	t de student	Md	DS
Mujeres					
L	5.2	2.71	3.64 ****	7.91	3.36
K	3.64	2.66	-2.62 ****	2.26	1.54
Hs	16.85	4.78	3.49 ****	20.55	3.93
D	14.64	4.16	-2.3 **	12.79	2.15
D	21.52	4.79	-1.85 *	19.55	3.91
Hi	22.17	5.34	-0.99	21.14	2.79
Dp	23.44	4.64	-1.84 *	21.64	3.27
Mf	29.91	3.04	-1.09	29.11	2.97
Pa	9.02	2.54	-1.87 *	8.08	1.46
Pt	26.67	4.13	-1.05	25.76	2.92
Es	27.05	5.25	-2.34 **	24.61	3.08
Ma	19.76	4.02	0.39	20.11	3.49
Is	26.44	6.8	-4.42 ****	19.73	5.66
Fp	1.61	1.51	-1.41	1	2.05
INVAR	9.35	0.64	-0.66	9.26	0.44
INVER	7.23	2.87	-2.99 ****	5.02	3.2
Ans	5.2	3.59	-3.67 ****	2.55	2.19
Mie	6.26	3.08	-2.67 ****	4.32	2.91
Obs	3.35	2.08	-2.38 **	1.41	1.35
Dep	5.26	3.17	-4.17 ****	2.44	2.35
Sau	6.32	3.8	-3.75 ****	3.52	2.09
Del	1.55	1.54	-2.68 ****	0.67	1.14
Enj	5.11	3.23	-3.84 ****	2.7	1.71
Cln	9.64	4.59	-2.28 **	7.17	4.3
Pas	8.73	3.44	-2.57 **	6.35	4.15
Pta	8.44	3.19	-2 **	7.02	2.58
Bae	3.02	2.32	-2.6 ****	1.73	1.72
Iso	6.94	3.89	-3.19 ****	4.23	3.04
Fam	5.97	4.21	-4.85 ****	1.97	2.31
Dtr	5.85	3.81	-4.89 ****	2.2	2.08
Rtr	2.82	2.22	-2.46 ****	1.58	1.9
A	9.35	5.54	-5.71 ****	3.23	2.88
R	18.2	3.38	0.27	18.41	2.89
Fyo	37.2	3.58	2.29 **	38.94	2.59
A-Mac	18.73	2.65	0.87	19.29	2.63
Hr	14.79	3.07	2.92 ****	16.73	2.35
Do	17.23	1.89	1.36	17.82	1.66
Rs	22.67	3.17	3.58 ****	25.05	2.22
Dpr	12.44	6.14	-4.76 ****	6.55	3.75
Gm	32.79	4.82	4.45 ****	37.29	3.38
GF	35.17	2.91	0.28	35.41	3.87
Epk	7.05	5.16	-4.45 ****	2.29	3.5

t de student entre sujetos estándar y sujetos bajo instrucciones de simulación buena. N₁=34, N₂=34.

*p .05, **p .025, ***p .01, ****p .005

Los resultados muestran que es más difícil detectar a los sujetos que simulan estar bien, que a los sujetos que simulan estar mal de los sujetos honestos. En general se observó que hubo menos diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas: de validez, clínicas, de contenido y suplementarias entre las dos condiciones.

En las escalas clínicas únicamente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas L, 7 (Psicastenia), Fp e INVER para los hombres (Ver Tabla 8); y para las mujeres todas las escalas de validez y clínicas fueron significativas excepto las escalas Fp e INVAR, y las escalas 3 (Hi), 5 (Mf), 7 (Pt) y 9 (Ma) (Ver Tabla 9).

Por otro lado en las escalas de contenido se obtuvieron diferencias significativas en Ans, Del, Enj y Fam para los hombres, y para las mujeres todas las escalas de contenido fueron significativas pero con diferentes grados de confianza.

Por último en las escalas suplementarias se observan diferencias estadísticamente significativas en la escala A, Rs, Dpr, Epk y Eps para los hombres, y para las mujeres todas las escalas fueron estadísticamente significativas excepto las escalas R, A-Mac, Do y Gf. Para las mujeres la escala Fyo (fuerza del yo) tuvo una diferencia significativa con un nivel de confianza de .025 y las escalas A (ansiedad), Hr (hostilidad reprimida), Rs

(responsabilidad social), Dpr, Gm (género masculino) y Epk obtuvieron un nivel de confianza de .005 para las mujeres.

La Tabla 10 muestra los nuevos puntajes de corte desarrollados para las condiciones de simular estar bien, donde un puntaje de 7 en la escala L clasificó correctamente al 85.29% de las mujeres bajo condición estándar, pero solamente clasificó al 70.59% de las mujeres bajo instrucciones de simular estar muy bien adaptadas. En contraste, se requirió un puntaje de corte de 8 para los hombres para clasificar correctamente al 72.79% de los honestos y al 63.64% de los simuladores muy bien adaptados.

TABLA 10

PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CORRECTAMENTE CLASIFICADOS BAJO INSTRUCCIONES ESTANDAR Y DE SIMULACION BUENA

L	MUJERES		HOMBRES	
	ESTANDAR	SIMULACION	ESTANDAR	SIMULACION
0	0	100	0	100
1	5.88	100	9.09	100
2	17.65	100	9.09	95.45
3	32.35	91.18	8.33	90.91
4	47.06	85.29	45.45	81.82
5	50	79.41	59.09	77.27
6	67.65	70.59	59.09	72.73
7	85.29	58.82	63.64	68.18
8	88.24	47.06	72.79	63.64
9	91.18	38.24	77.27	59.09
10	94.12	32.35	81.82	45.45
11	100	14.71	90.91	27.27
12	100	2.94	95.45	13.64
13	100	0	95.45	4.55
14	100	0	100	4.55
15	100	0	100	4.55
16	100	0	100	0
	N=34	N=34	N=22	N=22

Los niveles de predicción para la escala L, muestran que un puntaje de corte de 8 para los hombres clasifica al 66.67% de los sujetos honestos como honestos y al 70% de los sujetos simuladores buenos como simuladores (Ver Tabla 11). En cambio, un puntaje de corte de 7 para las mujeres clasificó al 74.36% de los sujetos honestos como honestos y al 82.76% de los sujetos que simularon estar muy bien adaptados como simuladores buenos (Ver Tabla 12).

TABLA 11
NIVELES DE PREDICCIÓN PARA HOMBRES

ESCALA	PUNTAJE DE CORTE	HONESTOS %	SIMULACION BUENA %
ESCALA "L"	7	66.67	65.22
	8	66.67	70
	9	65.38	72.22
	10	60	71.43
	11	55.56	75
ESCALA "K"	17	71.43	60
	18	72.22	65.38
	19	68.18	68.18
	20	65.38	72.22
	21	60.61	81.82
ESCALA "L+K"	21	75	65.52
	22	75	64.29
	23	70.5	62.96
	25	73.68	68
	26	72.73	72.73
	27	69.57	71.43
	28	66.67	70
ESCALA "K-F"	13	58.33	53.13
	14	65	62.5
	15	68.18	68.18
	16	66.67	70
	17	65.38	72.22

TABLA 12

NIVELES DE PREDICCIÓN

MUJERES

	PUNTAJE DE CORTE	HONESTOS %	SIMULACION BUENA %
ESCALA "L"			
	6	69.7	68.57
	7	74.36	82.76
	8	68.18	83.33
	9	63.27	84.21
ESCALA "K"			
	14	80	58.49
	15	82.35	60.78
	16	80	67.44
	17	76.92	66.67
	18	72.41	66.67
	19	71.88	69.44
	20	73.53	73.53
	21	69.23	75.86
	22	65.22	81.82
ESCALA "L+K"			
	17	70	53.45
	19	81.25	59.62
	20	80	62.5
	21	65.38	59.52
	22	75	63.64
	23	76.92	66.67
	24	64.71	69.23
	25	70.59	70.59
	26	68.57	69.7
ESCALA "K-F"			
	14	72	62.79
	15	75	67.5
	16	71.88	69.44
	17	69.44	71.88
	18	65.79	70

TABLA 13

**PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CORRECTAMENTE CLASIFICADOS BAJO
INSTRUCCIONES ESTANDAR Y DE SIMULACION BUENA**

ESCALA K	MUJERES		HOMBRES	
	ESTANDAR	SIMULACION	ESTANDAR	SIMULACION
5	0	100	0	100
6	2.94	100	4.55	100
7	2.94	100	4.55	100
8	2.94	100	9.09	100
9	8.82	100	9.09	95.45
10	11.76	100	9.09	95.45
11	17.65	100	13.64	90.91
12	23.53	97.06	18.18	90.91
13	23.53	97.06	22.73	90.91
14	35.29	91.18	22.73	90.91
15	41.18	91.18	31.82	90.91
16	58.82	85.29	36.36	90.91
17	58.82	82.35	45.45	81.82
18	61.76	76.47	59.09	77.27
19	67.65	73.53	68.18	68.18
20	73.53	73.53	77.27	59.09
21	79.41	64.71	90.91	40.91
22	88.24	52.94	90.91	13.64
23	91.18	26.47	90.91	13.64
24	94.12	20.59	90.91	4.55
25	100	11.76	95.45	4.55
26	100	5.88	95.45	4.55
27	100	0	95.45	4.55
28	100	0	100	4.55
29	100	0	100	4.55
30	100	0	100	0

En la escala K un puntaje de corte de 20 clasificó correctamente al 77.27% y al 73.53% de los sujetos honestos para hombres y mujeres respectivamente, y al 59.09% y al 73.53% de los sujetos bajo condiciones de simular estar bien los clasificó correctamente. Se requirió un puntaje de corte más elevado de 23 para clasificar correctamente al 90.91% y al 91.18% de los sujetos honestos (Ver Tabla 13).

El puntaje de corte óptimo en nivel de predicción para los hombres en la escala K fué de 18, el cual clasificó correctamente al 72.22% de los sujetos honestos como honestos y al 65.38% de los sujetos que simulaban estar bien como simuladores (Ver Tabla 11). En cambio las mujeres requirieron un puntaje de corte de 20 para clasificar al 73.53% de los honestos como honestos y al 73.53% de los sujetos simuladores buenos como simuladores (Ver Tabla 12).

La tabla 14 que a continuación se presenta muestra que la escala L+K requirió un puntaje de corte de 25 para las mujeres, para clasificar correctamente al 70.59% de los sujetos honestos y al 70.59% de los simuladores buenos, y para los hombres un puntaje de corte de 26 clasificó correctamente al 72.73% y al 72.73% de los sujetos honestos y simuladores buenos, respectivamente (Ver Tabla 14). Por lo anterior, se requirió un puntaje de corte más elevado de 32 para clasificar correctamente al 97.06% y al 90.91% de los sujetos honestos para mujeres y hombres respectivamente.

TABLA 14
 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CORRECTAMENTE CLASIFICADOS BAJO
 INSTRUCCIONES ESTANDAR Y DE SIMULACION BUENA

L + K	MUJERES		HOMBRES	
	ESTANDAR	SIMULACION BUENA	ESTANDAR	SIMULACION BUENA
6	0	100	0	100
7	0	100	4.55	100
8	0	100	4.55	100
9	2.94	100	4.55	100
10	5.88	100	4.55	95.45
11	5.88	100	4.55	95.45
12	8.82	100	9.09	95.45
13	14.71	100	9.09	95.45
14	14.71	97.06	9.09	90.91
15	17.65	97.06	18.18	90.91
16	17.65	94.12	18.18	90.91
17	20.59	91.18	22.73	90.91
18	26.47	91.18	22.73	90.91
19	26.47	91.18	22.73	90.91
20	47.06	88.24	22.73	90.91
21	50	82.35	36.36	86.36
22	52.94	82.35	54.55	81.82
23	58.82	82.35	54.55	77.27
24	64.71	79.41	54.55	77.27
25	70.59	70.59	63.64	77.27
26	70.59	67.65	72.73	72.73
27	79.41	64.71	72.73	68.18
28	79.41	58.82	72.73	63.64
29	82.35	58.82	72.73	54.55
30	85.29	55.88	81.82	50
31	91.18	47.06	90.91	27.27
32	97.06	35.29	90.91	18.18
33	97.06	32.35	90.91	4.55
34	97.06	26.47	90.91	4.55
35	97.06	23.53	90.91	4.55
36	100	14.71	90.91	4.55
37	100	11.76	95.45	4.55
38	100	2.94	95.45	4.55
39	100	0	95.45	4.55
40	100	0	95.45	4.55
41	100	0	95.45	4.55
42	100	0	100	4.55
43	100	0	100	4.55
44	100	0	100	4.55
45	100	0	100	0

TABLA 15

PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CORRECTAMENTE CLASIFICADOS BAJO
INSTRUCCIONES ESTANDAR Y DE SIMULACION BUENA

K - F	MUJERES		HOMBRES	
	ESTANDAR	SIMULACION BUENA	ESTANDAR	SIMULACION BUENA
0	2.94	100	13.64	100
1	8.82	100	18.18	100
2	8.82	100	18.18	90.91
3	8.82	100	18.18	90.91
4	8.82	100	18.18	90.91
5	8.82	100	18.18	90.91
6	8.82	100	18.18	90.91
7	11.76	100	22.73	90.91
8	20.59	100	22.73	90.91
9	29.41	94.12	22.73	90.91
10	38.24	94.12	17.65	81.82
11	44.12	91.18	20.59	81.82
12	50	85.29	26.47	81.82
13	50	85.29	32.35	77.27
14	52.94	79.41	59.09	68.18
15	61.76	79.41	68.18	68.18
16	67.65	73.53	72.73	63.64
17	71.53	67.65	77.27	59.09
18	71.53	61.76	95.45	50
19	76.47	55.88	95.45	11.82
20	85.29	52.94	95.45	13.64
21	91.18	41.18	95.45	4.55
22	91.18	23.53	95.45	0
23	97.06	17.65	100	0
24	100	14.71	100	0
25	100	5.88	100	0
26	100	5.88	100	0
27	100	0	100	0

Como se observa en la tabla 15 la escala K-F requirió un puntaje de corte de 15 para clasificar correctamente al 61.76% y 68.18% de los sujetos honestos, y al 79.41% y al 68.18% de los sujetos bajo instrucciones de simular estar muy bien adaptados para mujeres y hombres respectivamente. Se requirió un puntaje de corte más elevado de 23 para clasificar correctamente al 97.06% y al 100% de los sujetos honestos para mujeres y hombres respectivamente. Y un puntaje menor-igual a 0 clasificó correctamente al 100% de los simuladores. No se requirieron diferentes puntajes de corte en los niveles de predicción.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y DISCUSION

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, se acepta la hipótesis "Existen diferencias estadísticamente significativas en la discriminación de algunas de las escalas de validez, escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre sujetos simuladores y sujetos honestos", y se rechaza la hipótesis nula "No existen diferencias estadísticamente significativas en la discriminación de algunas de las escalas de validez, escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre sujetos honestos y simuladores".

En general, los resultados obtenidos en éste estudio muestran muchas similitudes a los obtenidos por Graham y cols. (1991); Grow y cols. (1980), excepto en los puntajes de la media de los perfiles en donde la muestra clínica femenina en las escalas 2 (depresión) y 3 (Histeria) obtuvieron puntajes menores a los obtenidos por los estudiantes honestos femeninos.

Los resultados muestran una pequeña diferencia en la escala 2 (depresión) en los puntajes T, obtenidos entre los pacientes psiquiátricos femeninos (T=56) y los estudiantes femeninos bajo instrucciones estándar (T=54). Esta diferencia de puntajes puede deberse a varios factores (Ver Fig. 4).

Un factor importante puede ser debido a las diferencias que existen entre las muestras clínicas, ya que la muestra psiquiátrica femenina está compuesta por varios tipos de diagnóstico de esquizofrenia, y la muestra clínica masculina únicamente está compuesta por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Además de que el 100% de la muestra psiquiátrica femenina estaba controlada con medicamentos psicotrópicos al momento de responder el MMPI-2, y solo el 20.69% de la muestra psiquiátrica masculina estaba controlada con medicamentos psicotrópicos al momento de responder el MMPI-2. Estos factores pudieron influir en los resultados obtenidos por la muestra femenina, de manera que las pacientes reportaron sentirse muy bien (puntaje alto en la escala 9 [manía] T=80) al momento de responder el inventario (Ver Fig. 4).

Otro factor que es importante de retomar, es que la escala 2 (depresión) no solo mide signos y síntomas de la depresión, sino otros contenidos tales como: características básicas de personalidad que incluye la responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencias a sentirse frecuentemente culpables. Estos factores explican en gran medida el por qué las estudiantes que contestaron el inventario honestamente obtuvieron un puntaje ligeramente mayor en la escala 2 (depresión) que la muestra clínica femenina (Ver Fig. 4). Estos resultados muestran que las estudiantes que respondieron el inventario honestamente se mostraron más responsables, con normas personales más estrictas, con tendencias a sentirse más culpables y estar más

angustiadas (quizá por los problemas económicos, políticos y sociales por los cuales atraviesa nuestro país en este momento) en comparación a como se mostraron las pacientes psiquiátricas, ya que estas últimas obtuvieron la escala 9 (Manía) muy elevada, lo cual muestra una falta de contacto con la realidad (Ver Fig. 4).

Los puntajes obtenidos en la escala 2 (depresión) por las pacientes psiquiátricas reportan que son sujetos que no están deprimidos (puntaje elevado en la escala 9) (Ver Fig. 4), sin embargo; el perfil obtenido en las escalas de contenido por estas mismas pacientes muestran una elevación del puntaje ($T=68$) en la escala DEP (depresión) (Ver Fig. 5), lo cual sugiere que son personas no deprimidas pero que se sienten tristes en ocasiones, melancólicas, con cierto desinterés hacia la vida, sin esperanzas y con una sensación de vacío interior.

Las escalas que resultaron ser más exitosas en la detección de los sujetos que simulan estar mal, tanto para hombres como para mujeres fueron las escalas F, Fp y el índice F-K. Todas ellas con un nivel de confianza de .005 (Ver Tabla 1 y 2).

En este estudio el puntaje óptimo de corte para la escala F fué 18, el cual clasificó correctamente al 95.83% de los sujetos hombres que fingían tener esquizofrenia paranoide y al 100% de los hombres honestos. En cambio un puntaje de corte de 13 clasificó correctamente al 97.44% de las mujeres que simulaban tener esquizofrenia paranoide y al 100% de las mujeres honestas. Este

puntaje de corte fué igual al utilizado por Graham y cols. (1991), y muy parecido al reportado por Richard Grow, William Mcvaugh y Thomas D. Eno (1980) con el MMPI original. Meel y Hathaway (1946) también sugirieron un puntaje de 15 o más. Sin embargo, se requirieron puntajes de corte de 31 y 30 para la escala F para hombres y mujeres, respectivamente, para clasificar correctamente a los pacientes psiquiátricos, los cuales son ligeramente más elevados que los reportados por Graham y cols. (1991) (de 27 y 29, respectivamente).

En cambio, la escala Fp resultó ser más exitosa para clasificar correctamente a un mayor porcentaje de pacientes que el reportado Graham y cols. (1991). Se requirió un puntaje de corte 29 para clasificar correctamente al 94.83% y 90.63% de los pacientes hombres y mujeres respectivamente.

Un puntaje corte menor al reportado por Graham y cols. (1991) resultó ser más exitoso en la detección de los sujetos honestos, se requirió un puntaje de corte de 13 para clasificar correctamente al 100% de los estudiantes honestos de ambos sexos. Este mismo puntaje clasificó a un alto porcentaje de sujetos que simulaban estar mal (Ver Tabla 6).

El índice F - K requirió puntajes de corte mucho menores a los reportados por Graham y cols. (1991), un puntaje de corte de 2 para la mujeres y de 11 para hombres fueron los óptimos para detectar a un alto porcentaje de sujetos honestos y simuladores de

esquizofrenia paranoide (Ver Tabla 7). Los rangos utilizados para los puntajes de corte para el índice F - K varió de manera importante desde 0 (Anthony, 1971) hasta 24 o más (Gendreau et al., 1973). Se requirieron puntajes de corte ligeramente menores a los reportados por Graham y cols. (1991) para clasificar a un alto porcentaje de pacientes. Estos resultados también coinciden con los reportados por J. Sue Austin (1992).

Se puede concluir que el dar información específica a los estudiantes acerca del desorden que se pretende que finjan no resultó ser un factor importante para que los estudiantes evadieran la detección del MMPI-2 (Lucio, 1995), ya que fueron detectados el 100% de los estudiantes que simulaban estar mal. Estos resultados son consistentes a los encontrados por R. Rogers, M. Bagby, D. Chakraborty (1993).

Los resultados obtenidos para detectar a los sujetos que simulaban estar bien fueron muy parecidos a los reportados por Graham y cols. (1991), los cuales muestran que fué más difícil de detectar a los sujetos que simulaban estar bien que los sujetos que simulaban estar mal.

La escala L resultó ser la más exitosa para detectar a los sujetos que simulan estar muy bien, un puntaje de corte de 7 y 8 para mujeres y hombres respectivamente fué el óptimo (Ver Tabla 10). Aunque los resultados muestran que no fué tan fácil identificar a los sujetos que simulaban estar muy bien adaptados ya que el

25.64% de los sujetos honestos mujeres fueron clasificados como sujetos que simulan estar bien y el 33.33% de los hombres honestos los clasificó como sujetos que simulan estar muy bien adaptados. Estos porcentajes tan elevados de mala clasificación quizá se deban a que muchos de los sujetos que responden el inventario con instrucciones estándar, realmente lo responden con la intención de dar una buena imagen de sí mismos (Ver Figs. 7 y 10).

Para la escala K se requirieron puntajes de corte elevados para clasificar a un gran porcentaje de los sujetos honestos (Ver Tabla 9), aunque no resultaron ser tan exitoso en la detección de los sujetos que simulaban estar bien.

El índice L + K y el índice F-K resultaron ser también indicadores importantes para la detección de los sujetos que simulan estar bien (Ver Tabla 10 y 11, respectivamente). Los resultados obtenidos en este estudio con índice F-K fueron más exitosos a los reportados por J. Sue Austin (1992).

Cabe mencionar que aunque la mayoría de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-2 (Lucio, 1995), obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Ver Tablas 1, 2, 8 y 9) tanto para hombres como para mujeres, no resultaron ser indicadores importantes para la detección de sujetos simuladores.

Para las escalas de validez INVER E INVAR se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos masculinos que simulaban tener esquizofrenia paranoide de los pacientes psiquiátricos, se obtuvo un nivel de confianza de .005 para INVAR y de .025 para INVER. También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes honestos y los que fingían tener esquizofrenia paranoide, aunque con menores niveles de confianza (Ver Tabla 1).

En cambio, solo en la INVAR se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que simulaban tener esquizofrenia paranoide y la muestra psiquiátrica, sin embargo, para los estudiantes honestos femeninos y los estudiantes que simulaban signos y síntomas de esquizofrenia paranoide se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para ambas escalas INVER E INVAR, con un nivel de confianza de .01 (Ver Tabla 2).

También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escala INVER para ambos sexos, entre los sujetos honestos y los que simulaban estar bien, aunque se obtuvieron mejores niveles de confianza para las mujeres ((Ver Tablas 8 y 9). La escala INVAR no fué significativa para ningún sexo.

SUGERENCIAS

La escala F del MMPI-2 (Lucio, 1995) fué capaz de detectar un alto porcentaje de los perfiles de los sujetos que simulaban estar mal, sin embargo; como se obtuvieron puntajes tan elevados en esta escala se sugiere que sean estudiados en ulteriores investigaciones mediante un análisis de reactivos con población mexicana.

En vista de que fué más difícil detectar a los sujetos que simulaban estar muy bien adaptados que a los que simulaban estar mal, se sugiere realizar más investigación al respecto con la escala L.

También se sugiere realizar investigaciones con la escala 5 (Masculinidad-Femenidad [Mf]) en población mexicana, ya que los resultados obtenidos de la población americana y la mexicana difieren notablemente.

Por último se sugiere realizar otro estudio parecido a este aumentando la muestra psiquiátrica femenina y controlando que solo entren al estudio las pacientes con un solo diagnóstico (esquizofrenia paranoide).

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

BIBLIOGRAFIA

- Alatorre, R. J. (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Allport, W. G. (1961). Psicología de la Personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Ampudia, A. (1994). "El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes Universitarios". Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anastasi, A. (1958). Diferential psychology. Nueva York: MacMillan.
- Austin, J. S. (1992). The detection of fake good and fake bad on the MMPI-2. Educational and Psychological Measurement, 52 (3), 669-674.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1989). Métodos de investigación en Psicología clínica, Bilbao: Cesdeé Brower.
- Berry, D., Wetter, R. A. Baer, Widiger, T. A., Sumpster, J. C. Reynolds, S. K. y Hallam, R. A. (1991). Random answer detection in the MMPI-2: F, back F y VRIN scales utility. Psychological Assessment, 3 (3), 418-423.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y
Kaemer, F., (1989). MMPI-2 Minnesota Multifasic Personality
Inventory-2: Manual for administration and scoring. Minneapolis:
University of Minnesota Press.

Blake, D. D., Penk, W. E., Mori, D., Kleespies, P. M., Walsh, S. S.
y Keane, G. M. (1992). Validity and clinical scale comparasons
between the MMPI and MMPI-2 with psychiatric inpatients.
Psychological reports, 70, 323-332.

Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1966). Diseños experimentales y
cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos
Aires: Amorroutu editores.

Catell, R. (1965). The science scientific analysis of personality,
Aldine publishing Company Chicago.

Cueli, J., Reidi L., (1972). Teorías de la personalidad. México:
Trillas.

De la Torre, G. (1994). "Validez concurrente de las escalas de
contenido del MMPI-2 y una entrevista clínica en población
psiquiátrica". Tesis de Licenciatura, Universidad del Valle de
México.

Dickens, S. y Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation of the structured interview of reported symptoms. Psychological Assessment, 3 (1), 89-96.

English, L. T. y Glenn, W. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. Psychological Reports, 68, 203-210.

Graham, J. R., Watts, D. y Timbrook, R. E. (1991). Detecting fake good and fake bad MMPI-2 profiles. Journal of Personality Assessment, 57 (2), 264-277.

Guilford, B. F. (1984). Estadística aplicada a la psicología y la educación. México: Mc Graw Hill.

Hernandez, S. y Fernandez, C. (1994). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Horney, K. (1993). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. México: Paidós.

Hsu, L.M. y Santelli, J. (1989). Faking detention validity and incremental validity of response latencies to MMPI subtle and obvious items. Journal of Personality Assessment, 53 (2), 278-295.

Jeffrey, E. Cassisi y Workman, D. E. (1992). The detection of malingering and deception with a short form of the MMPI-2 based on the L, F, and K scales. Journal of Clinical Psychology, 48 (1). 54-58.

Kelinger, F. N. (1990). Investigación del comportamiento (3a. ed.). México: Mc Graw Hill.

Lees-Haley, P. R. y Fox, D. D. (1990). Escalas sutil-obvias del MMPI y fingimiento: Puntajes clínicos versus puntajes simulados. Psychological reports, 66 (3). 907-911.

Lees-Haley, P. R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scales and MCMI-II modifier scales for detecting spurious ptsd claims: F, F-K, Fake bad scale, ego strength, subtle-obvious subscales, dis, and deb. Journal of Clinical Psychology, 48 (5). 681-689.

Lucio, G. E. (1995). Manual para la administración y calificación del MMPI-2, versión en Español. Facultad de psicología. UNAM.

Lucio, G. E. y Reyes, L. I. (1992). VI Congreso Mexicano y II Iberoamericano de psicología clínica. Ponencia " Adaptación y estandarización del MMPI-2 al español, en un grupo de estudiantes universitarios ". Facultad de psicología. UNAM.

Lucio, G. E. y Reyes, L. I. (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 11 (1), 45-54.

Osborne, D. Colligan, R. C. y Offord, K. P. (1984). Tablas normativas para el índice F-K del MMPI basadas en una muestra normal contemporánea. Journal of Clinical Psychology.

Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1990). Psicología. México: Mc Graw Hill.

Pérez, J. M. (1995). "Un estudio de confiabilidad con el MMPI-2 en un grupo de estudiantes universitarios". Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Pick, S., y López, A. L. (1986). Cómo investigar en ciencias sociales. Trillas, México.

Porath, Y. S. (1994). The ethical dilemma of coached malingering research. Psychological Assessment, 6 (1), 14-15.

Porath, Y. y Butcher, J. N. (1989). Comparación de las escalas y perfiles del MMPI y del MMPI-2. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1 (4), 345-347.

Rogers, R., Bagby, R. M. y Chakraborty, D. (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. Journal of Personality Assessment, 60 (2), 215-226.

Siegel, S. (1978) Estadística no paramétrica. Trillas, México.

Timbrook, R. E., Graham, J. R., Keiller, S. W. y Watts, D. (1993). Comparison of the Wiener-Harmon Subtle-Obvious scales and the standard validity scales en detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. Psychological Assessment, 5 (1), 53-61.

Wetter, M. W., Baer, R. A., Berry, D. T., Robison, L. H. y Sumpter, J. (1993). MMPI-2 Profiles of motivated fakers given specific symptom information: A comparison to matched patients. Psychological assessment, 5 (3), 317-323.

Wetzler, S. y Marlowe, D. (1990). Faking bad on the MMPI, MMPI-2 and Millon-II. Psychological Reports, 76, 1117-1118.

APENDICE 1

APENDICE 1

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

La sintomatología esencial consiste en una preocupación sobre uno más ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas frecuentes relacionadas con un tema único. No hay síntomas característicos de los tipos catatónico y desorganizado, como incoherencia, afectividad embotada o inapropiada, conductas catatónicas o muy desorganizadas.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Con frecuencia se presenta una conducta interpersonal afectada, por su cualidad formal o su extrema intensidad.

El deterioro puede ser mínimo si la actividad no está influida por la producción delirante. El comienzo suele ser más tardío que en los otros tipos y sus características diferenciales son más estables en el tiempo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO

A) Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.

B) Ninguno de los síntomas siguientes: incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada, conducta catatónica, conducta muy desorganizada.

ESPECIFICAR DE TIPO ESTABLE Si los criterios A y B se han cumplido durante las fases activas anteriores y presentes del trastorno.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

A) Presencia de síntomas psicóticos característicos en la fase activa: o 1), 2), o 3), durante una semana como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente).

1) dos de los siguientes:

a) ideas delirantes

b) alucinaciones predominantes (a lo largo de todo el día durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas semanas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos).

c) incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa.

d) conducta catatónica.

e) afectividad embotada o claramente inapropiada.

2) ideas delirantes extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural, por ej., difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta).

3) alucinaciones predominantes (tal como se especifica en 1) b)) de una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

b) Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración.

c) Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, por ej., comprobando si a lo largo de la fase activa de la alteración ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maniaco, o si la duración global de todos los episodios de síndrome del estado de ánimo ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa de la fase residual de la alteración.

d) Signos continuos de la alteración durante 6 meses como mínimo. El período de 6 meses debe incluir una fase activa (de una semana como mínimo, o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

FASE PRODRÓMICA Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa no debido a una alteración del estado de ánimo ni a un

trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo, comprende dos de los siguientes síntomas señalados más abajo.

FASE RESIDUAL A continuación de la fase activa persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas

Síntomas prodrómicos o residuales:

- 1) aislamiento o retraimiento social.
- 2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa.
- 3) conducta peculiar llamativa (por ej., coleccionar basuras, hablar solo en público, o acumular comida).
- 4) notable deterioro en el aseo e higiene personal.
- 5) afectividad embotada o inapropiada.
- 6) lenguaje disgregado, vago, sobre elaborado, detallado o pobreza del lenguaje, o del contenido del lenguaje.
- 7) ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural, por ej., superstición, clarividencia, telepatía, sexto sentido, otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobre valoradas, autorreferenciales.
- 8) experiencias perceptivas inhabituales, por ej., ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente.
- 9) notable falta de iniciativa, interés, o energía.

E) No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

F) Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si hay ideas delirantes o alucinatorias.

CLASIFICACION DEL CURSO El curso de la alteración se registra con 5 dígitos.

1. SUBCRONICO El tiempo desde el inicio de la alteración es menor de 2 años pero ha de ser de 6 meses como mínimo. Durante este tiempo el sujeto empieza a mostrar más o menos continuamente signos de la alteración (comprendiendo las fases prodrómica, activa y residual).

2. CRONICO Lo mismo que el anterior, pero con una duración de más de 2 años.

3. SUBCRONICO CON EXACERBACION AGUDA Reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso subcrónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.

4. CRONICO CON EXACERBACION AGUDA Reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso crónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.

5. EN REMISION Deberá aplicarse en el caso de sujetos con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presentan signos de la alteración (tanto si están bajo tratamiento farmacológico como si no). La diferenciación entre la esquizofrenia en remisión y la ausencia de trastorno mental requiere la consideración de todos los niveles de actividad, el periodo de tiempo transcurrido desde el último episodio de la alteración, la duración total de ésta y si se está haciendo o no un tratamiento profiláctico.

6. NO ESPECIFICADO

ESQUIZOFRENIA

La sintomatología esencial consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad (en los niños o adolescentes, dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de 6 meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. Se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico no se establece si se demuestra una causa orgánica que inició o mantuvo la alteración, o bien, cuando los síntomas responden a un trastorno del estado de ánimo o a un trastorno esquizoafectivo.

DETERIORO DEL NIVEL PREVIO DE ACTIVIDAD Durante el curso de la alteración, la actividad en las áreas laborales, de las relaciones sociales y del cuidado personal está notablemente deteriorada con

respecto al nivel de actividad previo al inicio del trastorno. Si el inicio se da en la infancia o en la adolescencia, hay una dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado.

SINTOMAS CARACTERISTICOS QUE IMPLICAN MULTIPLES PROCESOS PSICOLOGICOS
Siempre se encuentran alteraciones características en alguna de las siguientes áreas: contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, relación con los demás y conducta psicomotora. (ninguno de estos síntomas está siempre presente en la esquizofrenia).

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Implica ideas delirantes, que a menudo son múltiples, fragmentadas o extrañas (fusión, robo e inserción del pensamiento, sentirse controlado por una persona muerta). Entre las ideas delirantes más frecuentes están las de tipo persecutorio y las autorreferenciales, y se observan con menor frecuencia las ideas delirantes de tipo somático, de grandeza, religiosas y nihilistas.

CURSO DEL PENSAMIENTO Con frecuencia hay alteración en el curso del pensamiento, hay pérdida de la capacidad asociativa, por lo cual las ideas cambian de un tema a otro sin relación o con relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente de que los temas están desconectados. Cuando es grave la pérdida de capacidad asociativa el lenguaje se vuelve incoherente e incomprensible. El contenido del lenguaje es pobre debido al exceso de abstracción, concreción, repetición o estereotipia. Los neologismos, la perseveración, la asonancia y los bloqueos son menos habituales.

PERCEPCION Corresponde a diversas alucinaciones, siendo más frecuentes de tipo auditivo (sonidos o voces). Puede haber alucinaciones táctiles que se manifiestan generalmente en forma de sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. También suele haber alucinaciones somáticas como hormigueo en el abdomen, visuales, olfativas y gustativas.

AFECTIVIDAD Comprende una afectividad inapropiada o aplanada. En la afectividad embotada hay una grave reducción en la intensidad de la expresión de los afectos, la voz es monótona y la cara inmóvil.

SENTIDO DEL YO Hay una alteración en el sentido del yo que se manifiesta por la pérdida del yo, y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y el significado de la propia existencia.

VOLUNTAD Es más frecuente en la fase residual, y casi siempre hay una alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, lo cual deteriora la actividad laboral. Hay falta de interés y motivación para terminar una meta.

CONDUCTA INTERPERSONAL Y RELACIONES CON EL MUNDO EXTERNO A menudo hay dificultad en las relaciones interpersonales que consiste en retraimiento social y en un distanciamiento emocional.

CONDUCTA PSICOMOTORA Puede haber una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad. En casos extremos es sujeto ignora el entorno (estupor catatónico), mantiene posturas rígidas (rigidez catatónica), puede tener movimientos estereotipados (excitación catatónica), mantener actitudes inapropiadas (actitud catatónica), resistirse a un cambio de posición (negativismo catatónico), puede mantener muecas o manerismos extraños.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA Casi cualquier síntoma puede presentarse como síntoma asociado, el sujeto puede estar perplejo, despeinado, o vestido y aseado de forma excéntrica, su lenguaje pobre, con respuestas breves, concretas y poco elaboradas. Frecuentemente se presentan ideas autorreferenciales, despersonalización, desrealización, e ilusiones, así como preocupaciones hipocondríacas. La conciencia de forma típica no está alterada, si bien durante los periodos de exacerbación del trastorno el sujeto puede estar confuso o incluso desorientado, o presentar un deterioro de su capacidad mnésica.

EDAD DE INICIO Generalmente es en la adolescencia o al inicio de la edad adulta aunque puede darse más tarde.

DETERIORO Se da en las relaciones sociales, el trabajo y en el cuidado personal. Es necesario de un cuidado especial debido al empobrecimiento de su juicio crítico, del deterioro cognitivo o de los actos derivados de sus ideas delirantes o de la respuesta a sus

alucinaciones. En incapacidades graves se requiere de hospitalización.

FACTORES PREDISPONENTES Es más frecuente en clases socioeconómicas bajas, ya que parece contribuir los cambios socioeconómicos en sentido descendente, la ausencia de progreso económico y el estrés intenso. Por la estructura de las interacciones familiares lo cual aún es objeto de controversia.

ANTECEDENTES FAMILIARES Los investigadores han encontrado una alta prevalencia entre los familiares de los sujetos con esquizofrenia. Aunque han sido probados factores genéticos implicados en el desarrollo de la enfermedad, la existencia de una sustancial discordancia en la incidencia del trastorno, incluso en gemelos univitelinos, indica la importancia de los factores no genéticos.