

11244

3
2 es.

**CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL
PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

por

Dr. Mario Alfredo Chávez López

Tesis entregada como parte de los
requerimientos para la obtención del
grado de

Especialista en Reumatología

Universidad Nacional Autónoma de
México

1998

255076

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

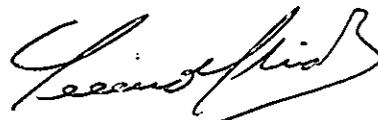
Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" del Centro

Médico Nacional Siglo XXI

Tema

CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN
EL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO
SISTEMICO: UTILIDAD DE LA SEGUNDA
VERSION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE
LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI-2)

por el Dr. Mario Alfredo Chávez López



Asesor de Tesis : Dr Francisco Medina Rodríguez
Médico adscrito al Departamento de Reumatología del Hospital de
Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.
Profesor adjunto de la Especialidad en Reumatología, Universidad
Nacional Autónoma de México.

Dr Niels Wacher Rodarte
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS

Dr Francisco Medina Rodriguez
Medico adscrito, Departamento de Reumatología
Profesor adjunto de Reumatología, UNAM
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI



Dr Antonio Fraga Mouret
Jefe de Servicio, Departamento de Reumatología
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
Profesor titular de Reumatología
UNAM

ANTECEDENTES

El lupus eritematoso sistémico (LES) tiene una prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas de 15% a 66% y se dividen básicamente en las que afectan al sistema nervioso central (SNC) donde pueden ser difusas, focales o mixtas, y las que lo hacen en el sistema nervioso periférico¹. La afectación del SNC puede ser primaria (LES) o secundaria (causas no relacionadas con el LES), como infección, hipertensión, desequilibrio electrolítico, hipoxia, fiebre, uremia medicamentos para el LES² o una combinación de varias causas. De las manifestaciones difusas, los síntomas psicológicos se han reportado en el 3% a 65% de los pacientes. Los más frecuentemente reportados son ansiedad, depresión, alucinaciones, problemas cognoscitivos y psicosis^{3,4}. Los mecanismos patogénicos sugeridos son variados y no necesariamente excluyentes. Los microinfartos cerebrales corticales multifocales asociados con daño microvascular son la característica predominante atribuida al LES neuropsiquiátrico (LESNP). La vasculitis como causa de LESNP, contrario a lo que podría esperarse, es rara, y se reporta, dependiendo de las series estudiadas, entre un 3 a 30% de los pacientes (necropsias)⁵. La teoría más profundamente estudiada es la que explica que la oclusión vascular e isquemia, se deben a vasculopatía (anticuerpos antifosfolípido), rara vez a vasculitis, leucoaglutinación o trombosis, y a disfunción o daño neuronal mediado por anticuerpos. Estos anticuerpos pueden producirse intratecalmente o pueden llegar al SNC pasando a través de una barrera hemato-encefálica alterada por el daño vascular^{6,7,8}.

El diagnóstico de las alteraciones neuropsiquiátricas focales es sencillo debido a los métodos de imagen tales como la imagen por resonancia magnética (IRM), la tomografía computada (TC) y la tomografía por emisión de fotón único (SPECT por las siglas en inglés)^{9,10,11}. Sin

embargo, las alteraciones difusas o de presentación compleja (difusa + focal y/o crisis convulsivas) requiere de métodos diagnósticos complementarios, entre los que se encuentran los anticuerpos antineuronales, antifilamento, anti-ribosomales P y antifosfolípidos¹², cada uno de ellos relacionado con manifestaciones difusas o focales. Además los estudios del LCR tienen suma importancia para descartar la presencia de infección del sistema nervioso central (SNC) y para relacionar la presencia en éste de anticuerpos con manifestaciones difusas o focales del LES^{13,14}.

De las manifestaciones difusas del LESNP, el daño orgánico cerebral (DOC) merece mención especial, ya que tiene una amplia variedad de síntomas, que van de alteraciones leves en la memoria (imperceptibles clínicamente) al delirio, estupor y coma. Este daño ha sido reportado hasta en 20% de los pacientes con LES¹⁴, sin embargo, actualmente el término *síndrome orgánico cerebral* prácticamente ha quedado en desuso y las alteraciones relacionadas al DOC se encuentran distribuidas en distintas categorías de alteraciones mentales, según el DSM-IV¹⁵.

Las alteraciones cognoscitivas han sido estudiadas mediante la aplicación de baterías neuropsicológicas, que intentan valorar la expresión conductual de una lesión orgánica cerebral, evaluando las funciones sensoriales, perceptuales, psicomotoras, de memoria, atención, lenguaje formación de conceptos y habilidades visoespaciales^{16,17}. Con estos estudios se han detectado alteraciones cognoscitivas en el 70% de los pacientes con LES^{18,19,20,21}. Hasta hoy no existen criterios diagnósticos de afectación neuropsiquiátrica en LES^{22,23}, por lo que el diagnóstico y el tratamiento resulta de la experiencia de los diferentes centros de estudio, apoyados en estudios inmunológicos, electrofisiológicos, de imagen y neuropsicológicos, ninguno de ellos con especificidad absoluta.

Resulta frecuentemente difícil, en el caso de los síntomas psicológicos, distinguir si son el resultado de la afectación por el LES al SNC, del tratamiento utilizado (esteroides) para el LES², de ser portador de una enfermedad crónica (LES) o que no se encuentren relacionados con el LES²⁴. Es importante señalar que en las enfermedades crónicas, no solo reumatológicas, el deterioro progresivo de la salud hace difícil la adaptación a la enfermedad y esta no siempre ocurre. La mayor parte de los pacientes con LES afrontan su enfermedad satisfactoriamente, sin embargo en algunos casos, los pacientes desarrollan síntomas psicológicos secundarios a la misma enfermedad²⁵. Además existen personas con problemas psicológicos pre-existentes, por lo que es difícil determinar el origen de la sintomatología psicológica. Lo anterior resulta importante si tomamos en cuenta que el modelo actual de la enfermedad es el biopsicosocial.

Se sabe por ejemplo, que en los pacientes con artritis reumatoide existe una prevalencia aproximada del 20% de depresión mayor²⁶. Se ha reportado que hasta en un 40% de los casos de pacientes con LES o artritis reumatoide (AR) existen alteraciones en las escalas del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI por las siglas en inglés)²⁷. El MMPI mide básicamente rasgos de personalidad y ésta es afectada por la presencia de enfermedades crónicas, por lo que el impacto de la enfermedad sobre la personalidad del individuo puede ser evaluado utilizando esta prueba^{28,29,30}. La evaluación de los síntomas psicológicos es de suma importancia dada la efectividad reportada de las intervenciones psicológicas en el marco del manejo multidisciplinario de la enfermedad.

Existen 3 reportes dignos de profundizar en cuanto a su contenido y su relación con el MMPI en enfermedades reumatológicas. Carbotte y colaboradores¹⁶ aplicaron a 62 mujeres con LES , 12 con artritis reumatoide (AR) y 35 controles sanos, pruebas neuropsicológicas para detectar daño cognoscitivo, el que se manifestó en 66% de las pacientes con LES , 17% de las pacientes con AR y 14% de los sujetos sanos. Además se estudió el distress psicológico (entendido como una combinación de síntomas depresivos y de ansiedad) mediante el MMPI, el cuál mostró alteraciones en 8 de 10 pacientes con LESNP activo, en ningún paciente con LESNP inactivo, y aproximadamente en 20% de los pacientes con LES sin antecedentes de afectación neuropsiquiátrica. Las alteraciones cognoscitivas y de distress psicológico fueron mutuamente excluyentes. Sin embargo, la definición de distress psicológico se reservó a los pacientes que obtuvieron una puntuación T mayor de 70 en 2 o más de las escalas clínicas, a excepción de las escalas 5(Mf:masculino-femenino) y 0 (Is: introversión social), con lo que pudo haberse sobreestimado la prevalencia de distress psicológico, ya que las escalas Hipocondriasis (Hs), Depresión (D) e Histeria (Hi), contienen reactivos en los que se refleja el estado de la enfermedad y no el psicológico, hecho reportado en el trabajo de Liang y colaboradores²⁷ en 1984, en el que se encontraron elevaciones, además de las escalas referidas , en la escala 8 (esquizofrenia), sin embargo no se realizó una interpretación clínica de esta observación. Pincus y colaboradores²⁶ , además de establecer que las elevaciones de las escalas clínicas del MMPI se debieron a los síntomas de la AR, encontraron elevación de la escala 8 (esquizofrenia) sin realizar una interpretación clínica. La falla en la interpretación psicológica de los resultados en estos estudios, resultó de la falta de parámetros diagnósticos que permitieran establecer conclusiones en cuanto al origen de la sintomatología encontrada. Cabe

aclarar que los resultados del MMPI no establecen diagnósticos psiquiátricos.

El MMPI es el instrumento psicológico de mayor utilidad y amplio uso en la evaluación de la personalidad. La forma original de este inventario de personalidad fué construida por Hathaway y McKinley alrededor de 1940²⁸, con el propósito original de detectar la presencia de ocho alteraciones mentales específicas. Estos autores buscaban un método objetivo y práctico para apoyar el diagnóstico psicológico en el ámbito psiquiátrico (Hospital de la Universidad de Minnesota), en el que además se proporcionara un indicador de severidad del trastorno, con el fin de detectar la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos.

Después de su publicación original, el MMPI sufrió algunas modificaciones , como la adición de la escala Mf (masculino-femenino) e Is (introversión social) con lo que finalmente se conformaron las 10 escalas clínicas tradicionales (1:Hs Hipocondriasis, 2:D Depresión, 3:Hi Histeria, 4:Dp Desviación psicopática, 5:Mf Masculino-femenino, 6:Pa Paranoia, 7:Pt Psicastenia, 8:Es Esquizofrenia, 9:Ma Manía y 0:Is Introversión social), complementadas con las escales L (mentiras), F (infrecuencia) ,K y ? (no puedo decir), también llamadas escalas de validez, con las que es posible determinar cuál fué la actitud del sujeto al responder el inventario (fingirse mal, fingirse bien, responder al azar, etc.)

Además de las modificaciones anteriores, otros autores se interesaron por extender los alcances del instrumento, implementando nuevas escalas que alcanzaron cierta popularidad; estas se abocan a evaluar estilos de comportamiento, actitudes, síntomas psicológicos y grados de ajuste, y

tienen una gran utilidad para complementar y matizar las descripciones obtenidas a partir de las escalas clínicas tradicionales.

A pesar de su uso difundido y lo favorable de sus resultados, en los inicios de la década pasada resultó evidente que el lenguaje del instrumento estaba resultando anacrónico para la época actual, ya que presentaba sesgos de tipo racista y sexual, además, la muestra normativa original ya no era representativa de la sociedad moderna^{31,32}. Por lo anterior, en 1982 se conformó un comité de reestandarización en la Universidad de Minnesota, cuyo objetivo fue mantener la estructura original del instrumento, pero actualizar su lenguaje y los tópicos que cubre. Otro de los propósitos de la reestandarización fue incluir en el MMPI-2, todas aquellas escalas que fueron desarrolladas por investigadores independientes y que demostraron su utilidad clínica y solidez psicométrica; estas escalas están incluidas en los dos nuevos perfiles: escalas de contenido y suplementarias (Ver Tabla 1). Es así como en 1989 se publica la segunda versión del Minnesota 2: el MMPI-2. La adaptación para nuestro país fue confiada a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Lucio E. y Reyes I. realizaron la versión al español (a través de un procedimiento de transliteración), además de la comprobación de sus propiedades psicométricas. Se trata de un instrumento válido y confiable (en población universitaria) y las normas estadounidenses no difieren significativamente de los estándares mexicanos, por lo que es posible su aplicación a la población adulta sana³³. Aún y cuando no existen en nuestro país estudios publicados con el MMPI-2 en enfermos crónicos, dada la similitud de los hallazgos en población universitaria estadounidense y mexicana, se puede deducir que, por analogía, los resultados en enfermos crónicos no presentarán una variación importante.

El MMPI-2 puede aplicarse a sujetos de 16 años o mayores, con nivel de lectura equivalente al segundo grado de secundaria. Su aplicación puede ser grupal o autoadministrada, no se computa el tiempo de realización, aunque el común de los sujetos completa la prueba en 75 minutos. La calificación del MMPI-2 puede realizarse a través de plantillas (una para cada escala) o por un procedimiento computarizado; ambos tipos de calificación proporcionan puntajes crudos. Para su interpretación, los puntajes crudos deben ser transformados a puntajes T normalizados, cuya media se ubica en T 50, con una desviación estándar de 15 puntos. En estudios clínicos con el MMPI-2, un puntaje T de 65 demostró ser el nivel de puntaje óptimo para separar a los grupos clínicos conocidos de la muestra normativa del MMPI-2. En consecuencia un puntaje T de 65 o mayor fue escogido para demarcar el "rango clínico" en el MMPI-2. En el MMPI-2, un puntaje T de 65 cae uniformemente en el percentil 92 para las ocho escalas clínicas y las escalas de contenido.

En el LES y la AR, como en otras enfermedades crónicas, se han detectado elevaciones en las escalas de Hipocondriasis, Depresión e Histeria, que pueden ser explicadas por la presencia de la misma enfermedad, sin embargo también se han reportado elevaciones en la escala de esquizofrenia (LES y AR). No se ha interpretado, en forma adecuada, este último hallazgo. El desarrollo del MMPI-2, con la adición de escalas de contenido y suplementarias, ha permitido la interpretación integral de las alteraciones de las escalas clínicas básicas. Lo anterior no se ha realizado en pacientes con enfermedades reumatológicas, en especial LES y AR, lo que resulta interesante, dada la elevación constante de la escala 8 (Es:esquizofrenia). Utilizando las nuevas escalas del MMPI-2, probablemente se pueda determinar la causa de esta

elevación en pacientes con LES, ya que este rasgo de personalidad puede deberse a alteraciones psicóticas, observadas en pacientes con LES.

OBJETIVOS

1. Describir las características de la personalidad en una muestra de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico utilizando la segunda versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el MMPI-2.
2. Evaluar la utilidad de las nuevas escalas del MMPI-2 en la interpretación de los resultados de las escalas clínicas básicas.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR por las siglas en inglés) de 1982³⁹.
2. Educación secundaria completa
3. Edad mayor o igual a 16 años
4. Consentimiento informado por escrito

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Presencia de otra enfermedad autoinmune
2. Negación a participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. No resolver por completo el inventario
2. No cubrir los requisitos de validez del inventario (la prueba, mediante las escalas de validez, puede discriminar quién la contestó apegado a las instrucciones)

MATERIAL Y METODOS

Se invitó a participar en el estudio a pacientes de la consulta externa del Departamento de Reumatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI mediante carteles y llamadas telefónicas (muestreo no probabilístico). Ingresaron al estudio los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión dentro del lapso de 60 días que duró el periodo de convocatoria.

El diseño del estudio fue transversal y descriptivo. No se conformó un grupo control por 2 razones: en primer lugar la falta de aceptación de población normal a participar en una prueba psicológica con una duración aproximada de 75 o más minutos, como el MMPI-2, y en segundo lugar, la utilidad de los resultados de validación realizados en población universitaria sana (las normas estadounidenses no difieren de las observadas en México, por lo que, analógicamente, se espera que en enfermos crónicos tampoco existan diferencias significativas), expresados en la prueba como una desviación estándar de 50 ± 15 .

Se recabaron por interrogatorio y por revisión del expediente clínico datos como: edad, sexo, duración de la enfermedad, estado civil, medicamentos antidepresivos y dosis de prednisona al momento del estudio.

Se realizó la aplicación del MMPI-2 a 56 pacientes que aceptaron participar en el estudio en forma grupal en una sola ocasión en un solo espacio físico. La aplicación de la prueba fue realizada y supervisada por psicólogos. Cada 6 pacientes fueron supervisados por un psicólogo y en el caso de pacientes con necesidades especiales (débiles visuales, control

motor fino deficiente) se les ayudó en la forma correspondiente para que pudieran completar el inventario.

Los resultados de las hojas de respuestas se expresaron en puntaje $T \pm$ desviación estándar y se interpretaron de la siguiente forma: T 60-64: elevaciones medias (tendencias en la personalidad del individuo), T 65-75 : características marcadas de la personalidad y T 76 o mayor : elevaciones significativas (probable patología)³³.

Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) .

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis a 34 pacientes con perfiles de respuesta válidos, lo que indica que 22 pacientes fueron excluidos debido a que en la aplicación de las escalas de validez se demostró la falta de apego a las instrucciones de llenado del inventario. Entre los pacientes excluidos hubo 3 hombres.

La edad promedio de la muestra fue de 30.5 ± 11.5 años. Todos los pacientes pertenecieron al sexo femenino (100%). La duración de la enfermedad (LES) fue de 96.2 ± 95.9 meses. Solo 23 pacientes (81%) recibían prednisona al momento de realizar el inventario a una dosis promedio de 13 mg/día (1.25 - 45 mg/d).

Se observaron puntajes T con elevaciones medias en las escalas hipocondriasis (Hs) :65, depresión (D) :65, preocupación por la salud (SAU) : 65 y esquizofrenia (Es) : 65. No existieron elevaciones por arriba de 65 ni por debajo de 42. En las escalas clínicas básicas existieron elevaciones en Mf (63), Pa (61), Pt (61) y Ma (60), que aunque se encontraron en el rango de elevaciones medias, no representaron, desde el punto de vista psicológico, más que sintomatología, sin alcanzar el valor clínico observado en los pacientes con puntajes T de 65 (Hs,D,SAU y Es).



Hs hipocondriasis

D depresión

Hi histeria

Dp desv. psicopática

Mf masculino / fem.

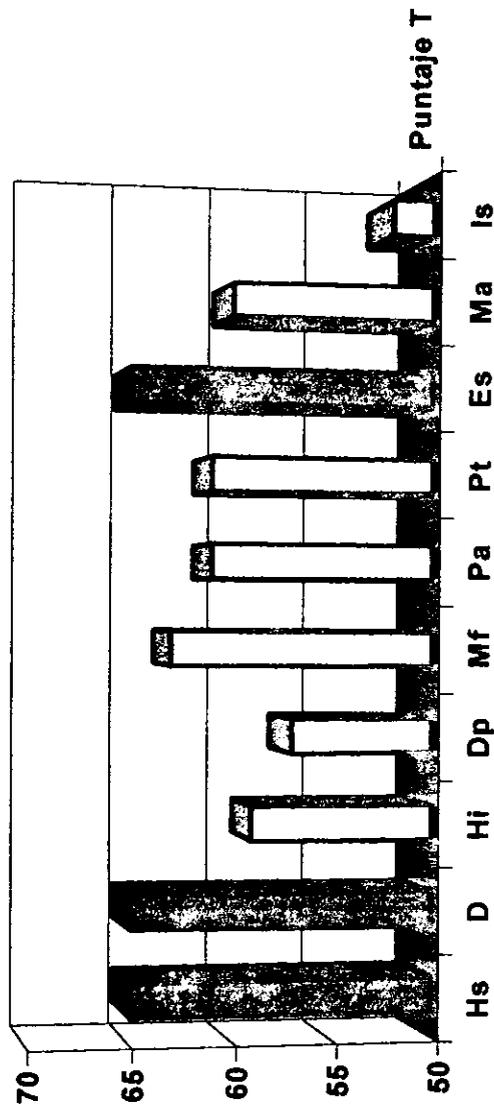
Pa paranoia

Pt psicastenia

Es esquizofrenia

Ma mania

Is introversión social



Grafica 1. Puntajes promedio de las 10 escalas básicas del MMPI-2

Discusión

Por primera vez se demuestra que las alteraciones de la personalidad encontradas en pacientes con LES, específicamente la elevación de la escala 8 (Es : Esquizofrenia), se debe a la tendencia al aislamiento que muestra este grupo de pacientes y no a la presencia de rasgos psicóticos, que pudieran esperarse de pacientes con LES. Las afirmaciones anteriores se sustentan en el uso e interpretación de las nuevas escalas de contenido y suplementarias incluidas en el MMPI-2³³.

La personalidad de los individuos sanos y enfermos se ha estudiado formalmente desde hace casi 50 años, con la aparición del MMPI y otras pruebas psicológicas . En enfermedades reumatológicas , incluso se llegó a definir la personalidad del paciente artrítico como un patrón constante^{34,35}, sin embargo, debido a la comparación con sujetos portadores de otras enfermedades crónicas y con sujetos sanos, se demostró que esto era un mito³⁶.

La introducción del MMPI-2 a la práctica clínica en 1989 en Estados Unidos y en 1995 en México, ha permitido interpretar y depurar las probables asociaciones con enfermedades mentales, ya que es importante aclarar que los resultados del inventario no determinan diagnósticos psiquiátricos, sino rasgos de personalidad que un momento dado pueden representar psicopatología. El término distress psicológico, frecuentemente encontrado en la literatura anglosajona^{16,26,27,37} , en ocasiones para referirse a las alteraciones observadas en el MMPI, denota, en la mayoría de las series reportadas una combinación de síntomas de ansiedad y de depresión, hecho criticable, ya que esto no da una idea clara de lo que en realidad mide el MMPI , dado que la

personalidad no puede reflejarse exclusivamente en sintomatología depresiva o de ansiedad.

Liang y colaboradores²⁷ estudiaron los rasgos de personalidad, mediante el MMPI en 76 pacientes con LES y los compararon con 23 pacientes con AR (no hubo controles sanos). En 74% de los pacientes con LES, la duración de la enfermedad fue menor a los 10 años, comparada con 8 años en el grupo de AR. La edad promedio varió en los 2 grupos (38 años en LES y 44.5 en AR). Se encontraron elevaciones de las escalas Hs:Hipocondriasis, D:Depresión e Hi:Histeria, con un puntaje de T mayor de 60 (puntaje aplicable a la versión original como significativo, a diferencia del MMPI-2, en donde es de 65 o mayor) en los 2 grupos. En el grupo de LES se encontró elevación significativa en la escala 8 Es:Esquizofrenia (puntaje $T > 60$), a diferencia del grupo de AR (puntaje $T < 60$), sin que se comenten hipótesis al respecto. No se determina si las elevaciones son el resultado de neurosis, ajuste psicológico o respuesta a una enfermedad crónica.

Por otro lado, 2 años después, Pincus y colaboradores²⁶ estudiaron a 34 mujeres con AR y las compararon con 2 grupos controles de 130 y 23 mujeres sanas cada uno (cada grupo control de lugares de residencia distintos, para descartar variaciones geográficas). Los resultados en cuanto a las elevaciones de Hs, D e Hi no variaron en cuanto a estudios previos, mostrando elevación de las mismas, en rangos significativos (puntaje $T > 60$). La escala 8 (Es:Esquizofrenia) obtuvo un puntaje T de 60, sin interpretación del mismo. Los autores concluyeron que las elevaciones de Hs, D e Hi reflejaron tanto la presencia como la severidad de la artritis reumatoide y no el estado psicológico de las pacientes. Proponen la revalidación del MMPI en pacientes con AR y otras enfermedades crónicas.

Nuestros resultados muestran las elevaciones en las escalas Hs, D y Es con un puntaje de T de 65 (clínicamente significativo para el MMPI-2). La escala Hi no mostró elevación significativa, hecho interesante si tomamos en cuenta que no se modificaron los reactivos de esta escala en comparación con el MMPI original. Hasta aquí los resultados muestran similitud con lo previamente publicado, por lo que podemos concluir que el MMPI-2 no ha variado en cuanto a su función de medir rasgos de personalidad. El hallazgo relevante es que la elevación de la escala 8 Es:Esquizofrenia se puede interpretar psicológicamente para tratar de determinar su causa. Esto quiere decir, que revisando la puntuación obtenida en la escala Del (pensamiento delirante, puntaje T:56=normal) y Dp (Desviación psicopática, puntaje T:57=normal) se puede determinar si realmente existen síntomas psicóticos relacionados, en este caso, con el componente psicótico de la escala Es, hecho que no ocurrió en nuestra muestra de pacientes. Otra posibilidad es que otro componente del rasgo esquizofrenia, como lo es el aislamiento afectivo (autismo), sea la causa de esta elevación. Las escalas frecuencia (F), Frecuencia posterior (Fp), relacionadas con sintomatología psicótica presentaron valores normales en nuestro estudio. Lo anterior aunado a la elevación de Es:Esquizofrenia, indica una tendencia al aislamiento y la ausencia de sintomatología psicótica como causa de elevación de la misma, hecho descrito, mas no interpretado clínicamente anteriormente, debido a la ausencia de escalas suplementarias y de contenido, incluídas actualmente en el MMPI-2.

CONCLUSIONES

1. El MMPI-2 ofrece ventajas sobre la versión original en cuanto a la interpretación de las elevaciones en las escalas clínicas básicas, en esta muestra de pacientes con LES.
2. Las elevaciones de las escalas hipocondriasis (Hs), depresión (D) y preocupación por la salud (SAU) se explican por la enfermedad de base (LES) y no reflejan una reacción adaptativa en la enfermedad.
3. La elevación de la escala 8 , esquizofrenia (Es) refleja, en esta muestra de pacientes, una tendencia al aislamiento, como reacción psicológica de adaptación a su enfermedad (LES) y no relacionada con síntomas psicóticos, no analizada previamente.
4. Las escalas suplementarias, en este caso frecuencia (F), frecuencia posterior (Fp) y pensamiento delirante (DEL), las tres relacionadas con sintomatología psicótica y con valores normales en nuestro estudio, nos permitieron confirmar la ausencia de síntomas psicóticos como causa de la elevación en la escala Es.

COMPARACIÓN ENTRE EL MMPI ORIGINAL Y EL MMPI-2

MMPI original

566 reactivos

16 reactivos repetidos

Incluye áreas de contenido inconveniente: preferencia sexual, religión, funcionamiento intestinal y urinario. Estilo anticuado de lenguaje de algunos reactivos. Numerosos reactivos que no se puntúan ni se utilizan

Contiene 4 escalas de validez: ?, L, F, K

Contiene 10 escalas básicas: Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma e IS

La corrección de K se debe agregar a las escalas H, Dp, Pt, Es y Ma

Evalúa problemas en relación al consumo de alcohol y drogas: Contiene la escala Mac de 49 reactivos

Se dispone de las subescalas Harris-Lingoes, las cuales aportan hipótesis basadas en el contenido de los reactivos para la interpretación de las escalas clínicas

Se dispone de las subescalas Serkownek para la escala Si, las cuales sirven para desarrollar hipótesis basadas en el contenido de los reactivos

Las escalas de contenido de Wiggins constituyen una medida psicométricamente sólida del contenido de las respuestas de los sujetos

MMPI-2

567 reactivos

No reactivos repetidos

Eliminación de reactivos inconvenientes y anticuados.

El lenguaje de alrededor del 14% de los reactivos se modernizó

Eliminación de reactivos no utilizados y sustitución con nuevos que se refieren al suicidio, el abuso de drogas, alcohol, conducta tipo A, relaciones interpersonales y la disposición al tratamiento

Contiene 7 escalas de validez: ?, L, F, Fp y dos escalas de Consistencia de las respuesta INVAR e INVER

Contiene las 10 escalas básicas pero con algunos reactivos eliminados por contenido poco conveniente de las escalas F, Hs, D, Mf e Is

La corrección K se agrega a las escalas Hs, Dp, Pt, Es y Ma

Evalúa problemas en relación al consumo de alcohol y drogas: Contiene la escala Mac revisada, de 49 reactivos. Se eliminaron 4 reactivos inconvenientes que fueron sustituidos por cuatro reactivos nuevos, los cuales diferencian empíricamente entre pacientes alcohólicos y otros pacientes psiquiátricos. Se desarrollaron dos nuevos indicadores de abuso de sustancias: la ETA (escala de tendencia a la adicción) y la ERA (escala de reconocimiento de adicción)

Se dispone de las subescalas Harris-Lingoes en el MMPI-2

Se dispone de nuevas subescalas para formular hipótesis acerca del contenido de los reactivos para la escala Is

Se desarrolló un nuevo grupo de 15 escalas de contenido para evaluar las principales dimensiones de contenido de los reactivos en el MMPI-2. Estas escalas construidas con una base racional poseen indicadores altamente confiables y válidos de las principales áreas de contenido en el MMPI-2

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Las normas del MMPI original se basaron en 724 visitantes del hospital de la Universidad de Minnesota y algunos grupos especiales</p> | <p>La muestra normativa del MMPI-2 fue obtenida aleatoriamente de varios estados: California, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington. Fueron incluidos un total de 1138 hombres y 1462 mujeres.</p> |
| <p>La omisión de reactivos era permitida y de hecho, promovida en la recolección de los datos del MMPI original, lo que producía altos puntajes de "no puedo decir". Esto provocaba puntajes promedios menores en el grupo normativo original, comparados con las muestras más recientes, en las que se promovió no dejar reactivos sin responder</p> | <p>En el MMPI-2 se promueve que el sujeto responda a todos los reactivos Los perfiles medios son menos afectados por la omisión de reactivos</p> |
| <p>Los puntajes T originales para el MMPI fueron puntajes T lineales. No se hicieron esfuerzos para tener puntajes T equivalentes entre las escalas</p> | <p>Los puntajes T del MMPI-2 para las ocho escalas clínicas y las quince escalas de contenido son puntajes T uniformes basados en una única escala compuesta. Un determinado nivel de T es equivalente en términos de rango percentilar a lo largo de las escalas clínicas básicas y las de contenido</p> |
| <p>Los rangos percentilares a lo largo de las escalas varían para una determinada elevación del puntaje T</p> | <p>El rango percentilar para un determinado puntaje T es uniforme a lo largo de las ocho escalas clínicas originales y las quince escalas de contenido</p> |
| <p>No se obtuvieron datos test-retest para el grupo normativo del MMPI original</p> | <p>Se dispone de datos de test-retest de una semana para una submuestra del grupo normativo del MMPI-2 (N=82 hombres y 111 mujeres). La confiabilidad varió de .78 a .91. La mayoría de las escalas tuvieron una confiabilidad mayor a .75</p> |
| <p>La muestra original estuvo compuesta por hombres y mujeres blancos, residentes en una zona rural de Minnesota</p> | <p>La muestra del MMPI-2 fue más diversa en términos del nivel socioeconómico, la pertenencia a grupos étnicos y el lugar de residencia de los sujetos participantes</p> |
| <p>Se dispone de una versión del MMPI con manual, hojas de respuesta, perfiles de escalas básicas y plantillas</p> | <p>Se dispone de una versión del MMPI-2 con manual, hojas de lectora óptica para calificación manual y de computadora, perfiles para las escalas clínicas básicas, de contenido y suplementarias, así como plantillas para los tres tipos de escalas</p> |

LAS ESCALAS CLINICAS BASICAS DEL MMPI-2

En el MMPI-2 se incluyen las mismas escalas clínicas básicas que en el MMPI original aunque con algunas modificaciones. Para la interpretación de las escalas clínicas del MMPI-2 se considera elevación moderada a la puntuación T entre 60 y 64 y alta a la puntuación T igual o mayor a 65. Las puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas clínicas no se interpretan como presencia de cualidades particulares. Excepción a esta regla de interpretación son las escalas 0 (introversión social, Is) y la escala 5 (Masculino/femenino, Mf), cuyo significado es bipolar. Esto es, que las escalas Mf y Si se interpretan tanto en las puntuaciones bajas como en los rangos elevados.

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis) 32 reactivos

Los reactivos de esta escala no están restringidos a un sistema del cuerpo; o a un patrón de síntomas, más bien, incluyen malestar general, debilidad, fatiga y mala salud, además de problemas estomacales, dificultad respiratoria, debilidad visual y otros problemas sensoriales, trastornos del sueño, mareos y entumecimiento.

Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala muestran preocupaciones corporales excesivas, síntomas somáticos vagos y quejas como fatiga, dolor y debilidad física.

Escala 2 (D: Depresión) 57 reactivos

Los reactivos que conforman esta escala reflejan no solo sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación que caracterizan al individuo deprimido, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpables. Las personas con puntajes elevados se muestran deprimidos, infelices y pesimistas. Pueden ser además autocríticos en exceso y con tendencia a la culpa. Expresan preocupaciones somáticas, fatiga, poca energía y tensión. Esta escala tiende a estar un poco más elevada en población mexicana que en la norteamericana.

Escala 3 (Hi: Histeria) 60 reactivos

Los reactivos de la escala 3 están divididos en los componentes sutiles y obvios de Wiener-Harmon y en las cinco áreas de contenido de Harris-Lingoes: negación de ansiedad social, necesidad de afecto, abandono-malestar, dolencia somática e inhibición de la agresión. Los individuos con puntuación alta son psicológicamente inmaduros, caprichosos e infantiles. Por su egocentrismo y narcicismo esperan atención y afecto en

exceso por los demás. Pueden mostrar un entusiasmo inicial por el tratamiento , pero los esfuerzos por cambiar su conducta resultan ineficaces por su resistencia a las interpretaciones psicológicas.

Escala 4 (Dp: Desviación psicopática) 50 reactivos

El contenido de los reactivos es muy heterogéneo lo que hace muy complejo la interpretación de la escala. Sin embargo el puntaje total está altamente correlacionado con comportamientos que indican problemas familiares o conductuales de naturaleza agresiva, manipulación interpersonal e impulsiva. Los sujetos con puntajes altos son hostiles, agresivos y sarcásticos. Pueden mostrarse además cínicos, resentidos, rebeldes y opositoristas. Estas personas muestran pocas posibilidades de cambio y carencia de metas definidas.

Escala 5 (Mf: masculino-femenino) 56 reactivos en hombres y 56 reactivos en mujeres

Los reactivos en esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes, sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos, en los que hombres y mujeres , generalmente difieren. Esta escala se debe interpretar con mucha reserva en las mujeres de nuestro país, pues el patrón de respuestas encontrado en las mujeres mexicanas es muy diferente del encontrado en muestras norteamericanas.

Escala 6 (Pa: Paranoia) 40 reactivos

El contenido de los reactivos en la escala 6 refleja susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. En algunos de estos reactivos se incluyen también el estar centrado en sí mismo y la inseguridad. Los individuos con puntuaciones elevadas ($T > 80$) muestran a menudo conducta francamente psicótica. Los diagnósticos más frecuentemente aplicados a individuos con elevaciones extremas en PA son esquizofrenia, paranoia o personalidad paranoide. Los individuos con elevaciones marcadas ($T = 65$ a 79), manifiestan frecuentemente una predisposición paranoide. Estos sujetos tienen un pronóstico pobre en terapia debido a su negación para hablar de problemas emocionales y dificultad para establecer una relación adecuada con el terapeuta.

Escala 7 (Pt: Psicastenia) 48 reactivos

La escala en general refleja más bien ansiedad o angustia (o emotividad negativa), así como normas morales estrictas, tendencia a culparse por que las cosas no salen bien y

esfuerzos para controlar rigidamente los impulsos. Las personas con puntuaciones elevadas tienden a ser ansiosas, tensas y agitadas; manifiestan incomodidad y preocupación constante, temen al fracaso y tienen poca confianza en ellos mismos. Muestran introspección en relación a sus problemas, tienden a intelectualizar y racionalizar.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia) 78 reactivos

Dada la complejidad de la escala y el gran número de personalidades y conductas somáticas que evalúa, la interpretación puede modificarse, dependiendo de la elevación de la escala. Es posible, por ejemplo, que un individuo obtenga una elevación moderada en la escala (T=60-65) si tiene algún deterioro sensorial o lleva una vida poco convencional. Una elevación marcada en la escala (mayor que 70) sugiere síntomas y problemas de personalidad significativos. Pueden mostrarse incapaces de mostrar sus sentimientos y refugiarse en sus fantasías y ensoñaciones ante el estrés.

Escala 9 (Ma: Hipomanía) 46 reactivos

Muchos individuos de las muestras normales pueden obtener puntuaciones elevadas, por lo que la interpretación de esta escala debe ser cautelosa. Los sujetos con puntuación mayor de 75 son hiperactivos, presentan lenguaje acelerado y pueden tener alucinaciones o delirios de grandeza. Tienen baja tolerancia a la frustración y pueden ser impulsivos e irritables.

Escala 0 (Is: Introversión social) 69 reactivos

esta escala evalúa una dimensión bipolar de la personalidad, en la cual los puntajes elevados indican introversión social y los puntajes bajos extroversión social. A diferencia de otras escalas básicas del MMPI-2, las puntuaciones de Is, bajas y altas, pueden ser interpretadas clínicamente. Los puntajes arriba de la media en esta escala reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por permanecer solo y carencia de autoafirmación social. Por el contrario los puntajes bajos reflejan las tendencias contrarias hacia la participación y ascendencia social

LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2

El uso de estas escalas tiene un considerable valor para precisar o refinar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas. Las escalas de contenido pueden ser interpretadas aplicando los significados particulares de cada elevación de la escala de contenido. Estas

escalas evalúan cuatro áreas clínicas generales: 1) síntomas o tensiones internas, 2) tendencias agresivas externas, 3) autoconcepciones negativas, y 4) área de problemas generales: sociales, familiares, en el trabajo y en el tratamiento.

1) CONDUCTAS SINTOMATICAS INTERNAS

ANS (ANSIEDAD) 23 reactivos

Las personas con puntuaciones altas en esta escala reportan síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (por ejemplo: palpitaciones cardíacas o falta de aire), dificultad para dormir, preocupaciones y falta de concentración. Tienen miedo de perder el juicio, sienten tensión constante en la vida y tienen dificultad para tomar decisiones. Se muestran concientes de estos síntomas y problemas.

MIE (MIEDOS) 23 reactivos

La elevación del puntaje en esta escala indica la presencia de miedos específicos, como ver sangre, estar en lugares altos, manejo de dinero, temor a ciertos animales. Implica también temor de dejar el hogar, miedo al fuego, a las tormentas y desastres naturales, miedo al agua, oscuridad, al estar encerrado y a la suciedad.

OBS (OBSESIVIDAD) 16 reactivos

Las personas con puntajes elevados presentan dificultad para la toma de decisiones y meditan excesivamente acerca de sus asuntos y problemas, provocando que los demás se impacienten. Estas personas tienden a preocuparse en exceso lo que puede llevarlos frecuentemente a abrumarse por los propios pensamientos.

DEP (DEPRESION) 33 reactivos

Los puntajes altos de esta escala indican pensamientos depresivos significativos. Pueden implicar además de sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida. Los sujetos con puntajes elevados pueden verbalizar ideas suicidas o deseos de estar muerto. Estos sujetos perciben a las demás personas como carentes de interés en ellos e incapaces de apoyarlos.

DEL (PENSAMIENTO DELIRANTE) 24 reactivos

Los pensamientos delirantes que se manifiestan en las personas con puntuaciones elevadas en esta escala son característicos de los procesos psicóticos del pensamiento.

Estos sujetos pueden manifestar alucinaciones auditivas, olfatorias o visuales, además de reconocer que los pensamientos propios son extraños y peculiares.

2) TENDENCIAS AGRESIVAS EXTERNAS

ENJ (ENOJO) 16 reactivos

Los puntajes altos en esta escala representan problemas de control del enojo, estos sujetos se consideran a si mismos como irritables y gruñones además de impacientes, temperamentales y tercios. A veces sienten deseos de maldecir o destrozar cosas. Pueden perder el autocontrol y dañar físicamente a la gente o a los objetos.

CIN (CINISMO) 23 reactivos

Los sujetos con puntajes altos manifiestan ideas misantrópicas. Estas personas suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de los demás. Pueden mantener actitudes negativas hacia las personas cercanas, incluyendo compañeros de trabajo, familiares y amigos.

PAS (PRACTICAS ANTISOCIALES) 22 reactivos

Los puntajes elevados en esta escala indican, además de actitudes misantrópicas similares a las de la escala CIN, problemas de conducta durante los años escolares y prácticas antisociales como robar o hurtar en mercados lo que puede fdr lugar a problemas con la ley. Estos sujetos creen que no está mal evitar el cumplimiento de la ley.

PTA (CONDUCTA TIPO A) 19 reactivos

Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala son muy trabajadoras, activadas y orientadas hace el trabajo, frecuentemente se muestran impacientes , irritables y tensas. Para ellos, no hay suficiente tiempo en el día para terminar sus tareas por lo que ni les gusta esperar o ser interrumpidos. Son directos y pueden ser desagradables en sus relaciones con los otros, a quienes presionan con su agresividad.

3) (AUTOCONCEPTO NEGATIVO)

BAE (BAJA AUTO-ESTIMA) 24 reactivos

Las personas con puntajes elevados en esta escala tienen una opinión pobre de sí mismos. Creen que no les agradan a los demás. Tienen poca confianza en sí mismos y encuentran

difícil aceptar cumplidos de otros. Se sienten abrumados por los defectos que ven en su persona.

4) AREA DE PROBLEMAS GENERALES

ISO (INCOMODIDAD ANTE SITUACIONES SOCIALES) 24 reactivos

A los sujetos con puntajes elevados en esta escala les cuesta trabajo relacionarse con los demás y prefieren estar solos. Es probable que en situaciones sociales se sientan aislados y poco integrados al grupo. Se consideran a sí mismos tímidos y no les agradan las reuniones sociales.

FAM (PROBLEMAS FAMILIARES) 25 reactivos

Los sujetos con puntuaciones elevadas en esta escala manifiestan pleitos importantes, describen a los miembros de su familia como desagradables o poco afectuosos. Recuerdan haber sufrido abusos en su infancia y consideran sus matrimonios infelices y faltos de afecto.

DTR (DIFICULTADES EN EL TRABAJO) 33 reactivos

Las puntuaciones elevadas en esta escala indican conductas o actitudes que provocan un desempeño laboral pobre. Algunos de los problemas de estas personas se relacionan con poca confianza en sí mismos, falta de concentración, obsesividad y tensión, así como dificultad para tomar decisiones.

RTR (RECHAZO AL TRATAMIENTO) 26 reactivos

Los sujetos con puntuaciones elevadas en esta escala manifiestan actitudes negativas hacia los médicos y tratamiento de la salud mental. No creen que alguien pueda comprenderlos y ayudarlos. Prefieren pasar por alto una crisis que afrontarla.

Bibliografia

1. West SG. Neuropsychiatric lupus. *Rheum Clin Dis North Am* 1994;20:129-158
2. Kohen M, Asherson R, Gharavi AE, Lahita RG. Lupus psychosis: differentiation from the steroid-induced state. *Clin Exp Rheumatol* 1993;11:323-326
3. Boumpas DT, Austin III HA, Fessler BJ, Balow JE, Klippel JH, Lockshin MD. Systemic Lupus Erythematosus: Emerging Concepts : Part 1: Renal, Neuropsychiatric, Cardiovascular, Pulmonary, and Hematologic Disease. *Ann Intern Med* 1995;122:940-950
4. Kremer JM, Rynes IR, Bartholomew LE, Rodichok LD, Pelton EW, Block EA, Tassinari RB, Silver RJ. Non-organic, non-psychotic psychopathology (NONPP) in patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11:182-189
5. Ellis SG, Verity MA. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: A review of neuropathological findings in 57 cases, 1955-1977. *Semin Arthritis Rheum* 1979;8:212-221
6. Denburg JA, Temesvari P. The pathogenesis of neuropsychiatric lupus. *Can Med Assoc J* 1983;128:257-260
7. Bruyn GAW. Controversies in lupus: nervous system involvement. *Ann Rheum Dis* 1995;54:159-167
8. Calabrese LV, Stern TA. Neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus. *Psychosomatics* 1995;36:344-359
9. Emmi L, Bramati M, De Cristofaro MT, Mascalchi M, Dal Pozzo G, Marconi GP, Massai G, Passaleva A. MRI and SPECT investigations of the CNS in SLE patients. *Clin Exp Rheumatol* 1993;11:13-20
10. Stimmler MM, Coletti PM, Quismorio FR Jr. MRI of the brain in neuropsychiatric SLE. *Semin Arthritis Rheum* 1993;37:307-315
11. Nossent JC, Hovestadt A, Schonfeld DHW, Swaak JG. Single-photon emission computed tomography of the brain in the evaluation of cerebral lupus. *Arthritis Rheum* 1991;34:1397-1403

12. Schneebaum AB, Singleton JD, West SG, Blodgett JK, Allen LG, Cheronis JC, et al. Association of psychiatric manifestations with antibodies to ribosomal P proteins in systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1991;90:54-62
13. West SG, Emlen W, Wener MH, Kotzin BL. Neuropsychiatric lupus erythematosus: a 10-year prospective study on the value of diagnostic tests. *Am J Med* 1995;99:153-163
14. Belmont HM, Abramson SB, Lie JT. Pathology and pathogenesis of vascular injury in systemic lupus erythematosus. Interactions of inflammatory cells and activated endothelium. *Arthritis Rheum* 1996;39:9-22
15. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC.
16. Carbotte RM, Denburg SD, Denburg JA. Prevalence of cognitive impairment in systemic lupus erythematosus. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:357-364
17. Wekking EM, Nossent JC, van Dam AP, Swaak AJJG. Cognitive and emotional disturbances in systemic lupus erythematosus. *Psychother Psychosom* 1991;55:126-131
18. Ginsburg KS, Wright EA, Larson MG, Fossel AH, Albert M, Schur PH, et al. A controlled study of the prevalence of cognitive dysfunction in randomly selected patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1992;35:776-782
19. Denburg SD et al. Cognitive deficits in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 1993;19:815-832
20. Carbotte RM, Denburg SD, Denburg JA. Cognitive deficit associated with rheumatic diseases: neuropsychological perspectives. *Arthritis Rheum* 1995;38:1363-1374
21. Hanly JG, Fisj JD, Sherwood G, Jones E, Jones VJ, Eastwood B. Cognitive impairment in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1992;19:562-567
22. Singer J, Denburg JA: Ad Hoc Neuropsychiatric Lupus Workshop Group: Diagnostic criteria for neuropsychiatric systemic lupus

erythematosus. The result of a consensus meeting. *J Rheumatol* 1990;17:1397-1402

23. Kassan SS, Lockshin MD. Central nervous system lupus erythematosus: the need for classification. *Arthritis Rheum* 1979;22:1382-1385

24. van Dam AP, Wekking EM, Oomen HACP. Psychiatric symptoms as features of systemic lupus erythematosus. *Psychother Psychosom* 1991;55:132-140

25. Iverson GL. Psychopathology associated with systemic lupus erythematosus: a methodological review. *Semin Arthritis Rheum* 1993;22:242-251

26. Pincus T, Callahan LF, Bradley LA, Vaughn WK, Wolfe F. Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis Rheum* 1986; 29:1456-1466

27. Liang MH, Rogers M, Larson M, Eaton HM, Murawski BJ, Taylor JE, Swafford J, Schur PH. The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1984;27:13-19

28. Hathaway SP, McKinley JC. A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. construction of the schedule. *J Psychology* 1940;10:249-254

29. McKinley JC, Hathaway SR. The identification and measurement of the psychoneuroses in medical practice: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *JAMA* 1943; 122:161-167

30. Moos RH, Solomon GF. Minnesota Multiphasic Personality Inventory response patterns in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1964;8:17-28

31. Smythe HA. Problems with the MMPI (editorial). *J Rheumatol* 1984;11:417-418

32. Colligan RC, Osborne D, Swenson WM, Offord KP. The aging MMPI: development of contemporary norms. *Mayo Clinic Proc* 1984;59:377-390

33. Lucio E, Ampudia A. Introducción al uso de la nueva versión del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en la evaluación psicológica. Facultad de Psicología UNAM. Ed. 1996
34. Naiven FB, O'Brien JF. Personality patterns of rheumatoid arthritic patients. *Arthritis Rheum* 1964;7:18-28
35. Polley HF, Swenson WM, Steinhilber RM. Personality characteristics of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics* 1970;11:45-49
36. Spergel P, Erlich GE, Glass D. The rheumatoid arthritic personality: a psychodiagnostic myth. *Psychosomatics* 1978;19:79-86
37. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. *Scand J Rheumatol* 1996;25:377-382
38. Denburg JA, Denburg SD, Carbotte RM, Sakic B, Szechtman H. Nervous system lupus: pathogenesis and rationale for therapy. *Scand J Rheumatol* 1995;12:263-273
39. Tan EM, Cohen AS, Fries JF et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25:1271-1275
40. Nelson A, Fogel BS, Faust D. Bedside cognitive screening instruments: a critical assessment. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:73-83