

# MMPI-2™

## Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley

Comité de tipificación del MMPI-2:

J.N. Butcher, W. Grant Dahlstrom,  
J.R. Graham, A. Tellegen y B. Kaemmer

# MANUAL

Adaptación española:  
Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez

(3ª edición, revisada y ampliada)



PUBLICACIONES DE PSICOLOGÍA APLICADA  
TEA Ediciones, S. A.  
MADRID - 2002

# ÍNDICE

PREFACIO A LA VERSIÓN ESPAÑOLA .....	5
AGRADECIMIENTOS .....	7
PREFACIO .....	11
1. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. Propósito del MMPI-2 .....	13
1.2. Desarrollo del MMPI original .....	13
1.3. La necesidad de una nueva tipificación .....	15
1.4. Nueva tipificación original del cuestionario .....	16
1.5. Preparación de los baremos nacionales americanos .....	18
2. APLICACIÓN .....	23
2.1. Cualificaciones básicas de los usuarios del MMPI-2 .....	23
2.2. Responsabilidad ética del usuario del test .....	24
2.3. Aplicación del MMPI-2 .....	24
2.4. Condiciones del examen .....	26
2.5. Ficha técnica .....	27
2.6. Materiales del test .....	28
3. CORRECCIÓN Y CODIFICACIÓN .....	29
3.1. Corrección manual de las Hojas de respuestas .....	29
3.2. Elaboración del perfil básico .....	29
3.3. Codificación del perfil .....	31
4. INTERPRETACIÓN .....	35
4.1. Interpretación del MMPI-2 .....	35
4.2. Determinación de la validez del protocolo .....	36
4.3. Las escalas clínicas .....	44
4.4. Combinaciones de los códigos .....	59
4.5. Índices y procedimientos de clasificación .....	60
4.6. Las escalas suplementarias .....	62
4.7. Las escalas de contenido .....	68
4.8. Subescalas .....	72
5. LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA .....	77
5.1. El MMPI en España .....	77
5.2. El proceso de adaptación del MMPI-2 .....	78
5.3. Convergencias y diferencias de la nueva versión española del MMPI-2 respecto de las otras versiones en lengua española .....	80
5.4. El proceso de validación .....	82
5.5. Características estructurales de la versión española en la población normal .....	84
6. EJEMPLO DE INFORME CLÍNICO .....	89

7. LA ADAPTACIÓN ARGENTINA .....	93
7.1. Introducción .....	93
7.2. El desarrollo de la adaptación argentina del MMPI-2 .....	93
7.3. Estudios sobre validez y fiabilidad .....	94
7.4. Normas para la interpretación .....	95
7.5. Comparación transcultural .....	96
8. BIBLIOGRAFÍA .....	101
APÉNDICES .....	111

## PREFACIO A LA VERSIÓN ESPAÑOLA

Desde la publicación de los primeros trabajos sobre el MMPI-2 ha existido un interés creciente sobre las novedades que la renovación del MMPI original supone. España nunca ha sido un territorio tan prometedor para el MMPI como lo ha sido Estados Unidos, debido en gran medida a las deficiencias que presentó la versión española de la primera edición del Cuestionario, los problemas de los baremos españoles -que no pudieron ser aceptados oficialmente al no autorizarlo la Universidad de Minnesota, y a pesar de los esfuerzos de TEA al respecto- junto con la crisis que atravesó la cultura de la evaluación conducida bajo criterios psicométricos, crisis que duró durante los setenta y parte de los ochenta. Con todo, el MMPI ha sido, junto al 16PF, Rorschach y el TAT, uno de los instrumentos más utilizados, válidos y fiables en la evaluación de la personalidad con objetivos clínicos.

Tras el espejismo que supuso durante dos décadas el neto reduccionismo a una evaluación conductual excesivamente estrecha, la evaluación psicológica de corte psicométrico se ha abierto de nuevo camino, y muy especialmente como respuesta a las necesidades que la clínica demanda: más y mejor evaluación sobre bases sistemáticas y objetivas. Ciertamente el MMPI-2 no ha resuelto todas las controversias heredadas de su antecesor, principalmente sobre la carencia de modelo teórico, pero el refinamiento psicométrico logrado es indudable, convirtiéndose así en un instrumento a tener en cuenta para una amplia variedad de usos de investigación y profesionales.

El equipo de investigadores que ha acogido, por encargo de la Universidad de Minnesota, la tarea de realizar la versión española del MMPI-2 tiene la esperanza de que este instrumento de evaluación (y su hermano gemelo el MMPI-A [Adolescentes], actualmente en fase de adaptación), contribuya a clarificar y mejorar el panorama de la evaluación clínica de base psicométrica en España. El impulso e interés que nos ha transmitido James N. Butcher, y las experiencias intercambiadas con los investigadores que llevan a cabo las numerosas versiones internacionales del MMPI-2 y el MMPI-A, confrontadas en el taller celebrado en Brujas en Julio de 1992, fueron la base para nuestra tarea. Desde ahí, y con el apoyo inestimable de la propia Universidad de Minnesota, hemos culminado un trabajo que nos enorgullece.

**Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez**

Universidad de Salamanca, España.



## **NOTA A LA 3ª EDICIÓN**

Se ha ampliado esta edición incorporando un nuevo capítulo con motivo de la adaptación argentina del MMPI-2, realizada por la profesora María Martina Casullo. En él se presenta toda la información referente a la construcción del Cuadernillo argentino y a los estudios de validez y fiabilidad de la adaptación, así como las pautas de interpretación en función de la muestra normativa y las comparaciones transculturales entre los sujetos norteamericanos, españoles y argentinos. Por último, se presentan en un nuevo apéndice (apéndice E) los baremos argentinos de todas las escalas, con medio millar de casos de cada sexo.

## AGRADECIMIENTOS

Los coordinadores del proyecto de adaptación española del MMPI-2, en el marco de la Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Universidad de Salamanca, desean expresar su gratitud por la ayuda desinteresada proporcionada por un amplio número de investigadores y profesionales que en diversas regiones ha hecho posible culminar este proyecto:

### EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL MMPI-2

#### DIRECCIÓN

Prof. Alejandro Ávila-Espada

#### COORDINACIÓN

Prof. Fernando Jiménez-Gómez

#### REVISIÓN TÉCNICA

Prof. Victoria Ferrante (U. Buenos Aires); D. Nicolás Seisdedos, D.ª Sara Corral y D. Jaime Pereña (TEA Ediciones, Madrid)

#### EQUIPO DE APOYO A LA COORDINACIÓN DEL PROYECTO

##### Traducciones:

D.ª Raquel Victoria Arroyo Sánchez

D.ª Victoria Ferrante

D. Fernando Jiménez Gómez

##### Procesamiento y análisis de datos:

D.ª Guadalupe Sánchez Crespo

D. Jesús R. Herrero Sánchez

#### ANDALUCÍA

##### Coordinador de zona:

Profs. Alfonso Blanco Picabia y

Jose Manuel Rodríguez González

##### Administración de pruebas y recogida de datos:

Prof. Blanca Moreno Mitjana

D.ª Monserrat Gómez de Terreros

D.ª Rosario Antequera Jurado

D.ª M.ª José López López

#### ASTURIAS

##### Coordinador de zona:

Prof. Antonio Aguado León

##### Administración de pruebas y recogida de datos:

Prof. Julio Bobes García

D.ª M.ª Ángeles Alcedo Rodríguez

D.ª M.ª Teresa Bascarán Fernández

D.ª M.ª Ángeles Flores García

D.ª M.ª Paz González García Portilla

D.ª Matilde Navarro Dorbert

D. Manuel Bousoño García

#### BALEARES

##### Coordinador de zona:

Prof. Serafín Carballo

##### Administración de pruebas y recogida de datos:

D.ª Elena Carlderón Marcos

D.ª Joana Castell Colom

D.ª Julia M.ª Mejías Rodríguez

D.ª Mar Coral Mínguez Artiguez

D.ª M.ª Rosa Montiel García

D.ª Francisca Torrandell Pieras

#### CANARIAS

##### Coordinador de zona:

Prof. J. L. González de Rivera y Revuelta

##### Administración de pruebas y recogida de datos:

D. Carlos de las Cuevas Castresana

D.ª Ana Luisa Monterrey Llanes

#### CANTABRIA

##### Coordinador de zona:

Prof. Jose Antonio del Barrio

##### Administración de pruebas y recogida de datos:

D.ª Ada Jeanette Afane Castro

D.ª M.ª Teresa Fernández Mallo

## CATALUÑA

*Coordinador de zona, administración de pruebas y recogida de datos:*

Prof. Gloria Aguirre Llagostera

## COMUNIDAD DE MADRID

*Coordinador de zona:*

Prof. Carlos Rodríguez Sutil

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D. Cándido Sánchez

Prof. Isabel Calonge Romano

D.ª Isabel M.ª Martínez Higuera

D.ª María Luz Rubí Cid

## EXTREMADURA

*Coordinador de zona:*

Prof. Joaquín Ingelmo Fernández

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

Prof. Margarita Gozalo Delgado

Prof. M.ª Isabel Ramos Fuentes

## MURCIA

*Coordinador de zona:*

Prof. José Buendía Vidal

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D.ª Pilar Balanza Martínez

D. José Manuel Mira Engo

D. Antonio Riquelme Marín

D. Juan Carlos Sánchez Sánchez

## NAVARRA

*Coordinador de zona:*

D.ª Adoración Mainer

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D.ª Juana María Biedma López

## CASTILLA Y LEÓN/CASTILLA-LA MANCHA

*Coordinador de zona:*

Prof. Fernando Jiménez Gómez

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D. Vicente Merino Barragán

Prof. Jesús R. Herrero Sánchez

Prof. Antonio García de la Hoz

D. Agustín Mendoza Martín de Rodrigo

Prof. Guadalupe Sánchez Crespo

D.ª Nuria Herrero

## COMUNIDAD VALENCIANA

*Coordinador de zona:*

Prof. Elena Ibáñez Guerra

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

Prof. Doroteo García Riaño

Prof. José Soriano

D.ª Rocío Romero

## GALICIA

*Coordinador de zona:*

D. José M.ª. López Campos

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D.ª M.ª Dolores Sebío Brandariz

## LA RIOJA

*Coordinador de zona, administración de pruebas y recogida de datos:*

Prof. Nicolás Fernández Losa

## PAÍS VASCO

*Coordinador de zona:*

Prof. Maite Garaigordobil Landazábal

*Administración de pruebas y recogida de datos:*

D.ª Concepción Alegre de Vega

D.ª Yolanda Ballorca

D.ª Dolores Casal

D. Okon Martínez de Martioda

D.ª Mercedes Larrázabal

D. Jerónimo Melchor García

D.ª M.ª Soledad Modragón

D. Bitzori Odriozola

D. Javier Ogando

Prof. Mikel Plazaola

D. Patxi Sansinenea

D. Federico Verastegui

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. PROPÓSITO DEL MMPI-2

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI-2) es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Puede aplicarse fácilmente individual o grupalmente. Se requiere un nivel de comprensión lectora de 2º de ESO, así como un nivel satisfactorio de cooperación y de compromiso para responder al Cuestionario completo. El test proporciona controles internos en el caso de que estos requisitos generales no se satisfagan. El MMPI-2 proporciona puntuaciones objetivas y perfiles determinados a partir de baremos nacionales bien documentados. Los resultados de años de investigación acerca de las escalas componentes del MMPI y de sus patrones de interrelación están disponibles para guiar la interpretación de las puntuaciones del MMPI-2. La literatura sobre las investigaciones del MMPI proporciona abundantes datos sobre el modo en que el MMPI-2 puede ser aplicado en numerosos campos de evaluación.

## 1.2. DESARROLLO DEL MMPI ORIGINAL

El Cuestionario fue desarrollado en el hospital de la Universidad de Minnesota con grupos de no-pacientes (visitantes de las salas y clínicas que se prestaron voluntarios para hacer el test, para ocupar el tiempo mientras esperaban a amigos o parientes que recibían tratamiento médico). Estos no-pacientes eran representativos de la población adulta del estado de Minnesota durante los años 30: la mayoría estaban casados, con edades entre 16 y 65 años -con un promedio de treinta y tantos años-

vivían en pequeñas ciudades o áreas rurales, y con un nivel de escolarización de octavo grado.

Hathaway y McKinley empezaron a trabajar en el test a finales de 1930 con ayuda financiera de la Universidad de Minnesota. En 1940 publicaron su primer artículo sobre el Cuestionario (Hathaway y McKinley, 1940). En él, resumían los pasos que habían seguido para escribir y editar los ítems del *Minnesota Personality Schedule*. Varios años antes, los autores habían conseguido ideas para los potenciales ítems a partir de muchas fuentes, incluidos numerosos textos de entrevista psiquiátrica y diagnóstico diferencial, actitudes sociales y emocionales y procedimientos en personalidad. Cada ítem fue escrito en forma de declaración de alguna experiencia personal, creencia, actitud o interés.

Los autores desarrollaron un conjunto de más de 1000 ítems potenciales, pero eliminando los muy similares y los mal redactados, redujeron el conjunto de ítems a 504. Cada frase fue redactada gramaticalmente para evitar la impresión de afectación, examen formal o interrogatorio. Posteriormente, muchas de esas frases, referidas a contratiempos, molestias e incluso experiencias raras, fueron redactadas en forma de ítems negativos para evitar la probabilidad de un patrón uniforme de respuestas a Verdadero.

El contenido de los ítems originales reflejaba el rango de trastornos psiquiátricos médicos y neurológicos en los que los investigadores estaban interesados. Después de un considerable trabajo preliminar con la lista, Hathaway y McKinley añadieron nuevos ítems para cubrir las características del rol de género y un estilo defensivo de

auto-presentación. Estas adiciones convirtieron el número original de ítems en 550 (algunas versiones del MMPI incluyeron la duplicación de 16 ítems para facilitar la corrección mecánica disponible en esa época, lo cual convertía el número total de ítems en 566).

La primera escala desarrollada para el MMPI se basó en un contraste sistemático entre las respuestas dadas al test por un grupo de pacientes neuróticos cuidadosamente seleccionados que manifestaban un trastorno hipocondríaco y las respuestas dadas por un grupo de visitantes del hospital, no-pacientes. Los ítems a los que se respondió de forma diferente por estos dos grupos, en un grado estadísticamente significativo, fueron identificados y combinados en una escala preliminar de Hipocondría (McKinley y Hathaway, 1940). Entonces se recogió una muestra adicional de neuróticos hipocondríacos, y la escala preliminar tuvo una validación cruzada en estos nuevos casos para demostrar que esta medida proporcionaba una base formal para separar pacientes de no-pacientes.

Se llevaron a cabo estudios de comparación y validación cruzada similares en otros grupos de pacientes neuróticos: histeria de conversión (McKinley y Hathaway, 1944), psicastenia (McKinley y Hathaway, 1942), y reacción depresiva (McKinley y Hathaway, 1942). Se desarrollaron tres escalas más usando pacientes que manifestaban trastornos psicóticos: psicosis maníaco-depresiva, fase maníaca (McKinley y Hathaway, 1944), paranoia y esquizofrenia (Hathaway, 1956). Dos últimas escalas completaron el conjunto básico de las escalas clínicas del MMPI: Desviación Psicopática (McKinley y Hathaway, 1944) y Masculinidad-Feminidad (Hathaway, 1956). Posteriormente se añadió al conjunto una décima escala: la de Introversión social, desarrollada en la Universidad de Wisconsin por L.E. Drake (Drake, 1946; Drake y Thiede, 1948). Como

veremos después, estas mismas escalas, con modificaciones, componen el conjunto actual de escalas clínicas en el perfil del MMPI-2.

Cuando el MMPI se publicó por primera vez en 1942, Hathaway y McKinley proporcionaron al usuario tres indicadores de validez de las respuestas dadas al test por un sujeto: el número de ítems del Cuestionario dejados sin contestar (puntuación en Interrogante), una medida de fingimiento defensivo (Escala L) y una medida de respuestas al test extremadamente desviantes o azarosas (Escala F). Estos indicadores ayudaban al usuario del Cuestionario a evaluar la posibilidad de que el registro del instrumento estuviera contaminado o viciado por el fracaso del sujeto para respetar de una u otra forma las instrucciones del test. Posteriormente se añadió un cuarto indicador de validez: la escala K (Corrección) (Meehl y Hathaway, 1946; McKinley, Hathaway y Meehl, 1948), para valorar la posibilidad de que el sujeto hubiera contestado al MMPI con una tendencia sutil, pero persistente, tanto a encubrir (puntuaciones altas) como a exagerar (puntuaciones bajas) sus problemas y dificultades. Como se explicará después, además de este papel como indicador de validez, la puntuación de la escala K puede usarse también para añadir ponderaciones correctivas a cinco de las escalas del conjunto clínico.

Los datos procedentes del grupo de varones y mujeres no-pacientes de Minnesota se usaron para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones lineales T de las escalas de validez y clínicas. Estos baremos del test han sido usados en los perfiles estándar del MMPI por todo Estados Unidos y en muchos otros países (también se han desarrollado baremos especiales para algunas traducciones del MMPI [Butcher y Pancheri, 1976]). Además se desarrollaron conjuntos alternativos de baremos para adolescentes, escolares y personas mayores



(Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972). Cada una de esas aplicaciones utilizó la composición de escalas en el perfil estándar, si bien no se utilizaron correcciones K en los baremos de adolescentes. En algunos programas informáticos, las puntuaciones T normalizadas reemplazaron a las puntuaciones lineales T desarrolladas por Hathaway y McKinley (Finney, 1969; Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983). Sin embargo, las transformaciones de las puntuaciones T normalizadas se convirtieron en perfiles que son bastante diferentes a los perfiles basados en las puntuaciones T originales de Hathaway y McKinley (Hsu, 1984).

### 1.3. LA NECESIDAD DE UNA NUEVA TIPIFICACIÓN

Después de 1950, se estableció el formato del MMPI. Su aceptación creció sin parar en los Estados Unidos y, traducido a otras lenguas, su uso se extendió por todo el mundo. En muchos nuevos ámbitos en los que ha sido introducido con una gran variedad de propósitos (p.ej., selección de personal, admisión en programas académicos, instrucción militar) han surgido cuestiones acerca de algunos de los ítems que tratan del ajuste sexual, funciones corporales y temas religiosos. Si bien estos temas tienen evidente relevancia para las evaluaciones médicas y psiquiátricas para las que el test fue originariamente desarrollado, en otros contextos frecuentemente fueron considerados como innecesariamente intrusivos y censurables (Butcher y Tellegen, 1966; Walker, 1967). Como la cultura ha cambiado, casi cinco décadas después de que los ítems fueran originariamente escritos por los autores del test, también han surgido cuestiones acerca de términos sexistas, expresiones idiomáticas anticuadas y referencias a material literario y actividades de recreo cada vez más desconocidas.

El extendido uso del test y esos cambios culturales han hecho necesario reeditar los ítems del MMPI. Lo que es más importante, la creciente evidencia de que la población ahora responde a algunos de esos ítems de forma sustancialmente distinta (Colligan y otros, 1983; Dahlstrom, Lachar y Dahlstrom, 1986) creó la necesidad de una tipificación con baremos actuales.

Hathaway y McKinley planificaron recoger un número sustancialmente mayor de sujetos para sus muestras de no-pacientes (2.500+), pero las limitaciones de fondos en el período de depresión económica les obligaron a conformarse con menos de un tercio de lo que pretendían (724). Aunque la validación intergrupos fue posible, por los variados grupos de criterio en pacientes, no fue posible una validación intergrupos de no-pacientes. Por tanto, los baremos se establecieron sobre una sola muestra normativa. Un resultado esperable fue que muchas de las transformaciones de las puntuaciones T de las escalas básicas resultaron demasiado bajas. Otro factor significativo que redujo los baremos de Hathaway y McKinley en relación a los nuevos baremos, fue el mayor número de omisiones en las originarias muestras normativas. Las muestras originales usadas para establecer los baremos del MMPI resultaron también limitadas por la inadecuada representación de adultos de diferentes regiones, marcos culturales y grupos étnicos y raciales. Aunque la muestra de no-pacientes recogida por Hathaway y McKinley fue representativa de la población de Minnesota de los años 30 -en términos de rango de edad, nivel educativo y antecedentes socioeconómicos-, fueron reclutados pocos negros, nativos americanos o miembros de otras minorías debido a sus procedimientos de muestreo. Un programa de muestreo a nivel nacional proporcionaría la oportunidad de subsanar esas limitaciones de los baremos del test original.

#### 1.4. NUEVA TIPIFICACIÓN ORIGINAL DEL CUESTIONARIO

Se preparó una forma especial de investigación del MMPI para el proyecto de tipificación, denominada "Cuadernillo AX" (adulto experimental). Se mantuvieron los 550 ítems originales (82 de ellos modificados por las razones señaladas y anulados los 16 duplicados). Se añadieron 154 ítems provisionales, formando un total de 704 ítems en la forma AX. Algunos de estos nuevos ítems fueron versiones revisadas de otros ya existentes, introducidos para determinar si podrían constituir mejoras sobre la terminología original. Pero la mayoría de las adiciones fueron diseñadas para proporcionar una mejor cobertura de temas y áreas de interés que no habían recibido atención adecuada en el originario conjunto de ítems (Schofield, 1966). Estos ítems se destinaron a reemplazar a otros que eran culturalmente inadecuados o psicométricamente poco fiables, así como a servir como fuente de medidas suplementarias en las áreas de conducta familiar, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, buena disposición para el tratamiento y la rehabilitación o interferencias en el trabajo.

Se crearon formas adicionales para reunir información biográfica y suplementaria acerca de la muestra de adultos cuyas respuestas podrían usarse para establecer los nuevos baremos del test. La información suplementaria incluyó una medida de recientes cambios significativos en las vidas de los sujetos<sup>1</sup> y, en individuos que se prestaron voluntarios para ser examinados junto con sus cónyuges o parejas<sup>2</sup>, del grado de

satisfacción que experimentaban en sus relaciones<sup>3</sup>.

Se contactó con sujetos de entre 18 y 90 años a través de varios métodos, principalmente mediante correspondencia directa a partir del listín telefónico y de listas de propaganda. En una localidad -Chapel Hill, Carolina del Norte- los sujetos fueron requeridos mediante avisos y llamadas especiales, así como mediante respuestas a contactos con sujetos apuntados en listas de zonas estratificadas de captación. La muestra fue extraída de comunidades de siete estados: California, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington. Además se añadieron, proporcionalmente a la muestra, sujetos de grupos de individuos evaluados en reservas indias y en varias bases militares, ya que estos sujetos no podrían haber sido contactados a través de otros métodos de reclutamiento. Como ya señalamos, se hizo un especial esfuerzo por reclutar parejas que estuvieran casadas o conviviendo durante un año como mínimo. Esto permitió obtener diversas evaluaciones de personalidad y conducta de la muestra de sujetos a partir de personas que probablemente conocían bien a los sujetos.

Inicialmente se aplicó el test a alrededor de 2900 sujetos para incluirlos en la muestra de tipificación. Un examen del acabado y de la validez de las hojas de respuestas e información de los antecedentes redujeron el número total de sujetos de las muestras normativas a 1138 varones y 1462 mujeres, un total de 2600. La razón más frecuente para eliminar a un sujeto de la muestra fue la de un protocolo MMPI inaceptable: excesivas omisiones de ítems (40 o más de los 704 ítems); o una puntuación excesiva-

<sup>1</sup> Adaptado a partir de Holmes y Rahe, 1967.

<sup>2</sup> Adaptado a partir de la Escala Katz de Ajuste, Forma R (Katz, 1968).

<sup>3</sup> Adaptado a partir de la Escala de Ajuste Diático de Spanier (Spanier, 1976).



**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS SUJETOS EN LA MUESTRA DE TIPIFICACIÓN ORIGINAL**

Localidad	VARONES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
California	112	9,8	132	9,0
Minnesota	266	23,4	296	20,3
Carolina del Norte	181	15,9	307	21,0
Ohio	196	17,2	254	17,4
Pensylvania	123	10,8	182	12,5
Virginia	109	9,6	144	9,9
Washington	106	9,3	111	7,6
Militares (a)	18	1,6	6	0,4
Reserva india (b)	27	2,4	30	2,1
Total	1.138	100,0	1.462	100,2

(a): Personal en servicio activo evaluado en varias bases militares de EE.UU.

(b): Nativos americanos adultos residentes en la reserva federal del estado de Washington.

mente alta (de 20 o más) en cualquiera de las escalas F: la escala F estándar o la escala comparable Fb, de 64 ítems, derivada de la segunda mitad del cuadernillo del test AX, usando el mismo criterio de respuesta (10% o menos) que los autores utilizaron para construir la escala F. Fuentes adicionales de casos problemáticos fueron el tener incompletos o ausentes los datos biográficos o los referentes a sucesos recientes de su vida y omitir la identificación de fecha de nacimiento o de sexo.

En la Tabla 1 hay una lista de la distribución geográfica de los varones y mujeres incluidos en la muestra de tipificación. La muestra de nativos americanos procede de Taconá, Washington, y la muestra militar de numerosas bases militares de cuatro estados. Las distribuciones de puntuaciones de las diferentes regiones geográficas son bastante cotejables sobre las escalas. Estos descubrimientos apoyan la conclusión de que los métodos diferentes de reclutamiento proporcionaron grupos similares de varones

y mujeres en la muestra de tipificación. Asimismo, dado que las valoraciones de los voluntarios varían mucho entre las diferentes muestras, la similaridad de sus distribuciones sugiere contundentemente que los factores de influencia de los voluntarios no han incidido significativamente en los baremos.<sup>1</sup>

Los antecedentes étnicos y raciales de estos varones y mujeres se muestran en la Tabla 2 comparados con el censo de los Estados Unidos (Bogue, 1985)<sup>1</sup>. Aunque las proporciones son bastantes comparables con las de negros y minorías de nativos americanos en este país, el subgrupo hispano y el asio-americano están poco representados en la muestra de tipificación.

Comparaciones similares entre el censo de 1980 y la muestra de tipificación por edades (Tabla 3), años de escolarización completados (Tabla 4) y estado civil (Tabla 5), revelan que las características más dispares de la muestra en comparación con

<sup>1</sup> Dado que la oficina del Censo de los Estados Unidos no suele incluir una división adicional para hacer que estos datos se ajustasen a las cifras del censo, arbitrariamente, el 56% de los que se autoidentificaron como de origen hispano se incluyeron como "blancos" y el 44% como "otros" (EE.UU. Oficina del Censo, 1983).

los datos reales del Censo de EE.UU. se refieren a sus antecedentes educacionales. En la muestra normativa existe un exceso de varones y mujeres adultos con educación postuniversitaria y una baja representatividad de los que completaron la escolaridad media o secundaria, o que no obtuvieron diploma de bachiller. Los datos ocupacionales y de ingresos reflejan ese

mismo sesgo hacia niveles socioeconómicos altos en el grupo normativo (ver tablas 6 y 7). No obstante, las distribuciones de las muestras normativas sobre estos diversos índices de estatus socioeconómico parecen estar próximas a las de los sujetos típicos que suelen ser examinados con el MMPI en varios lugares de los Estados Unidos.

**TABLA 2. ORÍGENES ÉTNICOS DE LOS SUJETOS EN LA MUESTRA. COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Grupo étnico	VARONES				MUJERES			
	Reestandarización			Censo	Reestandarización			Censo
	Frecuencia	%	Aj.%		Frecuencia	%	Aj.%	
Asiáticos	6	0,5	0,5	1,5	13	0,9	0,9	1,5
Negros	126	11,1	11,1	10,1	188	12,9	12,9	10,9
Hispanos	35	3,1	*	*	38	2,6	*	*
Indios Americanos	38	3,3	3,3	0,5	39	2,7	2,7	0,5
Blancos	933	82,0	83,7	85,2	1184	81,0	82,4	84,7
Otros	0	0	1,3	2,7	0	0	1,1	2,3
Total	1138	100,0	99,9	100,0	1462	100,1	100,0	99,9

\*: Ajuste conforme a las categorías del Censo de EE.UU. (Los hispanos fueron clasificados como: 56% "Blancos", 44% "Otros") (EE.UU. Oficina del Censo, 1983).

### 1.5. PREPARACIÓN DE LOS BAREMOS NACIONALES AMERICANOS

El primer paso en el desarrollo de las conversiones en puntuaciones T de las escalas básicas del MMPI implica considerar los ítems que han sufrido algún cambio de edición. Como se indica en la Tabla 8, algunos ítems fueron retirados de las escalas básicas por razones relativas a su contenido. Estas anulaciones redujeron los rangos de puntuación directa de cinco escalas básicas (escalas F, 1, 2, 5 y 0). Además, algunos ítems de todas las escalas sufrieron cambios en su formulación, que oscilan, en orden de importancia, entre una o dos

palabras cambiadas y un sustancial esclarecimiento. (Ver Tabla 8).

El potencial impacto de estas modificaciones fue evaluado examinando los cambios en las respuestas a los ítems; calculando las correlaciones de los ítems con las escalas (corregidas de la participación del mismo ítem) en las escalas en cuestión; y mediante un estudio especial test-retest. Ben-Porath y Butcher (1988) compararon las respuestas de los sujetos a los ítems del MMPI original y del revisado y encontraron que la mayoría de ellas no diferían significativamente de las respuestas de un segundo grupo de sujetos al que se le aplicaron los ítems con terminología original dos veces. En los ítems cuyo patrón de

**TABLA 3. EDAD DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.  
COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Rango de edad	VARONES			MUJERES		
	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo
18-19	20	1,8	5,7	30	2,1	5,1
20-29	268	23,6	26,4	373	25,5	24,1
30-39	331	29,1	20,1	438	30,0	18,7
40-49	177	15,6	14,4	224	15,3	13,7
50-59	144	12,7	14,3	177	12,1	14,3
60-69	134	11,8	11,0	143	9,8	12,0
70-79	55	4,8	6,0	65	4,5	9,0
80-84	9	0,8	2,2	12	0,8	4,0
Total	1138	100,2	100,1	1462	100,1	100,9

**TABLA 4. AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.  
COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Educación	VARONES			MUJERES		
	Frecuencia	%	Censo (a)	Frecuencia	%	Censo (a)
Parte de BUP	61	5,4	32,7	68	4,7	34,2
Bachillerato	242	21,3	31,1	398	27,2	37,7
Sin terminar la Universidad	272	23,9	16,1	379	25,9	15,3
Licenciado	310	27,2	9,8	390	26,7	7,5
Postlicenciado	253	22,2	10,3	227	15,5	5,3
Total	1138	100,0	100,0	1462	100,0	100,0

(a): Los datos del Censo de EE.UU. se basan en adultos de 25 o más años de edad.

**TABLA 5. ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.  
COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Estado Civil	VARONES			MUJERES		
	Frecuencia	%	Censo (a)	Frecuencia	%	Censo (a)
Casado	823	72,3	61,6	894	61,2	56,3
Viudo	12	1,1	2,5	77	5,3	11,9
Divorciado	59	5,2	4,8	161	11,1	6,6
Separado	23	2,0	1,8	33	2,9	2,8
Soltero	221	19,4	29,3	297	20,3	22,4
Total	1138	100,0	100,0	1462	100,0	100,0

(a): Los datos del Censo de EE.UU. se basan en adultos de 25 o más años de edad.

**TABLA 6. OCUPACIÓN DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.  
COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Ocupación	VARONES			MUJERES		
	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo
Especialistas	479	42,1	15,5	581	39,7	15,7
Directivos	168	14,8	16,8	109	7,6	5,5
Cualificados	164	14,4	37,8	51	3,5	13,1
Administrativos	37	3,3	12,4	328	22,4	42,0
Trabajadores	132	11,6	17,3	73	5,0	23,8
Otros	154	13,5		309	21,1	
Sin datos	4	0,4		11	0,6	
Total	1138	100,1	99,8	1462	100,0	100,1

respuestas cambió significativamente, no se encontraron diferencias apreciables cuando se comparó su contribución a las escalas clínicas y suplementarias con las de los ítems escritos originalmente. Todos estos resultados indican que la nueva redacción de los ítems no alteró sus propiedades psicométricas.

Se obtuvieron las distribuciones de las puntuaciones directas de forma separada para varones y mujeres en las 13 escalas, de validez y clínicas. Un examen de estas distribuciones reveló que el sesgo positivo que caracterizó la distribución de la mayoría de las escalas en los baremos del MMPI de

1940, también aparece en la distribución de las escalas en el grupo normativo actual, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, también fue claro, como lo fue en el caso de los baremos de 1940, que la forma general y grado del sesgo de estas distribuciones de puntuaciones directas varían un poco. Consecuentemente, cuando se calculan las tradicionales puntuaciones T lineales, la misma puntuación T, por ejemplo una puntuación T de 70, representa diferentes centiles en diferentes escalas. Esta característica poco deseable ha sido eliminada ahora con un mínimo cambio, derivando a puntuaciones T uniformes (Tellegen, 1988b).

**TABLA 7. INGRESOS DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.  
COMPARACIÓN CON EL CENSO DE 1980**

Ingresos	Parejas de marido/mujer			Cabeza de familia varón			Cabeza de familia mujer		
	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo
\$ 0- 4999	39	1,5	1,6	6	0,2	0,1	30	1,2	1,1
\$ 5- 9999	44	1,7	4,8	10	0,4	0,1	43	1,7	1,7
\$ 10-19999	254	9,8	15,6	23	0,9	0,3	86	3,3	2,3
\$ 20-29999	382	14,7	16,8	22	0,9	0,3	61	2,4	1,1
\$ 30-44999	549	21,1	14,2	16	0,6	0,2	36	1,4	0,6
\$ 45-59999	231	8,9	9,6	10	0,4	0,1	6	0,2	0,3
\$ > 60000	189	7,3	9,2	4	0,2	0,1	5	0,2	0,1
Sin datos	29	1,1		3	0,1		4	0,2	
Total	1717	66,1	71,8	94	3,7	1,2	271	10,6	7,2

Ingresos	Varones solos			Mujeres solas			TOTAL		
	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo	Frecuencia	%	Censo
\$ 0- 4999	23	0,9	1,5	32	1,2	2,4	130	5,0	6,7
\$ 5- 9999	27	1,0	1,8	34	1,3	2,9	158	6,1	11,3
\$ 10-19999	58	2,2	3,0	91	3,5	3,6	512	19,7	24,8
\$ 20-29999	42	1,6	1,5	49	1,9	1,2	556	21,4	20,9
\$ 30-44999	41	1,6	1,0	39	1,5	0,5	681	26,2	16,5
\$ 45-59999	10	0,4	0,2	19	0,7	0,1	276	10,6	10,3
\$ > 60000	14	0,5	0,1	21	0,8	0,0	233	9,0	9,5
Sin datos	6	0,2		12	0,5		54	2,1	
Total	221	8,4	9,1	297	11,4	10,7	2600	100,0	100,0



TABLA 8. ANULACIONES Y CAMBIOS DE ÍTEMS Y SU EFECTO SOBRE LAS ESCALAS BÁSICAS.

Escala	NUMERO DE ÍTEMS			TIPOS DE CAMBIOS			
	Anulados	Permanecen	Cambiados	A	B	C	D
L	-	15	2	1	1	-	-
F	4	60	12	1	5	6	-
K	-	30	1	-	1	-	-
Hs	1	32	5	-	1	3	1
D	3	57	2	1	1	-	-
Hy	-	60	9	-	4	2	3
Pd	-	50	4	-	2	1	1
Mf	4	56	6	1	2	1	2
Pa	-	40	2	1	-	-	1
Pt	-	48	2	-	-	1	1
Sc	-	78	13	-	1	7	5
Ma	-	46	7	4	2	1	-
Si	1	69	6	-	3	2	1
No pertenecientes a ninguna escala básica:			16	3	7	3	3

A= Eliminación de posible terminología sexista.

B= Modernización en su idioma y uso.

C= Clarificación gramatical (tiempo, voz, adición menor o supresión)

D= Simplificación.

Las puntuaciones T uniformes tienen una distribución que se aproxima a la distribución de las puntuaciones T lineales típicas de las escalas clínicas del MMPI-2. Más específicamente, esta distribución típica puede verse como una composición de 16 distribuciones, a saber, las distribuciones de puntuaciones T lineales sin corrección K de 8 de las escalas clínicas (omitiendo las escalas 5 y 0) en ambos grupos normativos (varones y mujeres). El cálculo de las primeras puntuaciones lineales T se obtuvo usando la fórmula  $T = 50 + [10 (X - \bar{X})]/Dt$ , en la que X es la puntuación directa y  $\bar{X}$  y Dt son la media y la desviación típica de las puntuaciones directas en una escala determinada de cada grupo normativo. A continuación un conjunto de valores normativos de "composiciones de puntuaciones T", asociado a una serie de valores en centiles, se obtuvo como sigue: para cada centil, la puntuación T lineal asociada se derivó a partir de cada una de las 16 distribuciones

y se hizo el promedio de esos 16 valores. Las series resultantes de ese promedio o compuesto de puntuaciones T (correspondientes a la serie de centiles) se usaron, entonces, como el patrón uniforme en la derivación de las fórmulas de regresión y las tablas vistas para las escalas individuales (separadas por sexo). Las tablas anteriores transforman las puntuaciones directas de cada escala en las estimaciones correspondientes de composiciones de puntuaciones T. Estas estimaciones constituyen las puntuaciones T uniformes de esa escala. Como se deseaba, las distribuciones de las puntuaciones T uniformes son muy similares de una escala a otra con, aproximadamente, igual número de puntuaciones en cada nivel de altura de la puntuación T.

Usando siempre el mismo conjunto de composiciones de puntuaciones T (el ya descrito), las puntuaciones T uniformes se derivaron para las puntuaciones directas con y sin corrección K de las escalas clíni-

cas básicas<sup>1</sup> y para las puntuaciones directas de las nuevas escalas de contenido. Para todas las demás escalas, los valores de las puntuaciones T lineales se obtuvieron usando la fórmula  $T = 50 + [10(X - \bar{X})/Dt]$ , donde X es la puntuación directa y  $\bar{X}$  y Dt son la media y la desviación típica de las puntuaciones directas de una escala determinada de cada grupo normativo.

También es importante señalar que el rango de las puntuaciones T uniformes no se aparta marcadamente del de las distribuciones originales de puntuaciones T lineales. En la tipificación original se realizó una comparación de las distribuciones de puntuaciones T de una muestra de pacientes psiquiátricos a los que se les aplicó el test en Ohio y Minnesota, empleando cuatro tablas normativas: los baremos originales establecidos por Hathaway y McKinley con varones y mujeres de Minnesota usando puntuaciones T lineales; los baremos de Mayo (Colligan y otros, 1983) basados en puntuaciones T normalizadas; un conjunto de valores de puntuaciones T lineales calculadas sobre las medias y desviaciones típicas de las muestras de tipificación; y las puntuaciones T uniformes descritas anteriormente. Tanto las puntuaciones T lineales como las uniformes basadas en la muestra actual fueron algo más bajas que las puntuaciones T generadas por esos pacientes en los baremos originales, pero el rango de valores no está muy restringido en ninguna de las transformaciones negativas. Sin embargo, los valores de los baremos de Mayo difieren marcadamente en los rangos superiores de puntuaciones T, con pocas puntuaciones que caen fuera de un valor

80. Además, se realizaron comparaciones adicionales del impacto del cambio de los valores normativos de referencia. La frecuencia relativa de cada puntuación alta que aparece en los perfiles básicos de esos pacientes psiquiátricos cuando se consideran esos mismos conjuntos de puntuaciones se da tanto si no se considera el nivel absoluto de la puntuación más alta como en los perfiles en los que la puntuación más baja supera el valor 70 en puntuaciones T.

Finalmente se hizo el estudio de las comparaciones entre los baremos originales de Minnesota y los valores de las puntuaciones T uniformes, de códigos de combinaciones de dos escalas y de la escala más alta. En esta muestra particular de pacientes psiquiátricos, aproximadamente dos tercios de los pares de códigos permanecen igual, sea cual sea el conjunto de puntuaciones T utilizado. Sin embargo, uno de cada tres pacientes obtiene diferente código de dos puntos respecto de la escala más elevada cuando se aplican las nuevas tablas normativas a las escalas de perfiles, a pesar del particular nivel de elevación usado como punto de referencia (podrían esperarse resultados similares usando códigos de combinación de tres escalas y escala más alta).

Las interpretaciones de las escalas clínicas del MMPI tienden a dirigirse a las elevaciones de las escalas. Aunque debería reconocerse que en la línea divisoria entre las elevaciones normales y anormales, generalmente es útil tratar las puntuaciones T 65 o superiores como clínicamente significativas, en vez del nivel T 70 o superior recomendado por el MMPI original.

<sup>1</sup> Excepto para las escalas 5 y 0 que se excluyeron debido a su método diferente de obtención y distribución.

## 2. APLICACIÓN

### 2.1. CUALIFICACIONES BÁSICAS DE LOS USUARIOS DEL MMPI-2

Cualquier instrumento psicológico diseñado para evaluar varios atributos de personalidad en una sola aplicación (por ejemplo, un test de amplio espectro), requiere el entrenamiento y cualificación de la persona que lo elige para la valoración individual de clientes o pacientes. Aunque el MMPI-2 es relativamente fácil y sencillo de aplicar y corregir, su interpretación requiere un alto nivel de preparación psicométrica, clínica, personal y profesional, así como un fuerte compromiso con los principios éticos del uso de los tests.

#### CUALIFICACIONES PSICOMÉTRICAS

##### **Mínimo: Nivel de titulado en evaluación psicológica**

Una preparación en teoría de los tests es esencial para comprender cómo se utiliza el MMPI-2. El entrenamiento en esta área incluye el conocimiento de diversos tipos de baremos y su evaluación, selección y aplicación. De forma similar, el usuario debe tener un conocimiento básico del modo en que un registro individual se expresa mediante varias puntuaciones estándar, junto con sus transformaciones, correcciones y configuraciones. También se requiere saber apreciar los intervalos de confianza de estas puntuaciones y sus errores típicos de medida. Además, el usuario debería estar informado acerca de los efectos de base al valorar la certeza de varias decisiones y clasificaciones cuando aplica los resultados del test a cuestiones particulares de evaluación. También debería estar familiarizado con el alcance y limitaciones

del uso de variables supresoras en el escalamiento psicológico. La codificación del perfil, las reglas de decisión y el uso de puntuaciones de corte apropiadas constituyen los principios y conceptos psicométricos básicos.

#### PREPARACIÓN EN PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

##### **Mínimo: Nivel de titulado en psicopatología**

Es también esencial estar familiarizado con la estructura, dinámica y desviación de la personalidad. Tanto si las hipótesis interpretativas están generadas a partir del material estándar del MMPI como a partir de procesos informáticos, el usuario del Cuestionario debe ser capaz de integrar estas hipótesis y recomendaciones con un conocimiento detallado de las características del individuo con el que está trabajando. Para generar una formulación acerca del paciente o cliente, precisa y equilibrada, el usuario debe estar al corriente de los actuales conceptos psicodiagnósticos y sistemas diagnósticos. La formulación de esas recomendaciones implica necesariamente, tanto un conocimiento profundo del Cuestionario, como una comprensión amplia de las complejidades de la personalidad humana.

#### RELACIONES INTERPROFESIONALES

La persona responsable del uso del MMPI-2 puede no ser la persona que habitualmente corrige o aplica el Cuestionario. Sin embargo, es esencial que esté cualificada para supervisar la realización técnica de esas tareas y sea capaz de entrenar a otro individuo sobre los detalles de la aplicación



y corrección del MMPI-2, y sobre el uso ético del test. La supervisión debe asegurar que los técnicos den habitualmente los pasos necesarios para controlar la precisión, prevengan el uso de métodos inapropiados de evaluación y permanezcan vigilantes en cuanto a las potenciales fuentes de invalidez del test (ver más adelante *Determinación de la validez del protocolo*).

El MMPI-2 se usará a menudo en respuestas a informes pedidos por colegas de profesiones afines. Es importante que el usuario del MMPI-2 sea capaz de comunicar la información y conclusiones generadas por los resultados del MMPI-2 de forma que sea comprensible para esos profesionales. El simple informe de las puntuaciones del test o de los patrones de codificación no es suficiente o apropiado cuando el receptor carece de las cualificaciones básicas señaladas anteriormente. Se requieren informes verbales precisos para la mayoría de las comunicaciones interprofesionales.

## **2.2. RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL USUARIO DEL TEST**

Es esencial que el usuario del MMPI-2 controle el rango de su aplicación, las condiciones en las que es aplicado y corregido, así como la confidencialidad de los resultados del test y los informes finales. Debe ser conocedor de las limitaciones del test y restringir su uso a los problemas y clientes apropiados. No deben proporcionarse las puntuaciones del test a personas que no estén lo suficientemente preparadas como para hacer un uso profesional de ellas. Se debe ser serio y sensible al proporcionar las interpretaciones y recomendaciones del test al cliente o paciente en cuestión (ver más adelante *Uso ético del test*).

## **2.3. APLICACIÓN DEL MMPI-2**

Existen numerosas consideraciones implicadas en la aplicación del MMPI-2 aparte de las inherentes al uso de cualquier instrumento psicológico. Se insta al usuario del test a que se familiarice con esas novedades y siga las siguientes recomendaciones en todas las aplicaciones del Cuestionario, ya sean de investigación, formación o evaluación clínica.

### **USO ÉTICO DEL TEST**

La facilidad con que el MMPI-2 puede ser aplicado y corregido (ver la sección siguiente) puede relajar las exigencias de uso de este instrumento por parte de algunos profesionales, de manera que puede comprometer las garantías éticas y profesionales que exigen todas las medidas de evaluación psicológica. Cualquier aplicación del MMPI-2 debe realizarse de forma que garantice la intimidad del sujeto o cliente, la ausencia de distracciones e intrusiones y la total seguridad de que los resultados del examen serán respetados, protegidos y usados en beneficio y aumento del bienestar de la persona. El descuido en la aplicación o corrección, la falta de cuidado en la protección y reserva de los resultados, u otra evidencia de insensibilidad en las comunicaciones inherentes a la aplicación del test pueden dañar seriamente el valor de la información reunida por medio del MMPI-2. Los individuos en los que descansa la responsabilidad de la aplicación rutinaria del test deben estar cuidadosamente entrenados y bien informados acerca de los pasos necesarios para obtener un protocolo de test válido y útil. Esto es particularmente importante si la persona encargada de estas tareas es un técnico o empleado que carece de cualquier preparación profesional o de la experiencia y reconocimiento requeridos en psicometría o evaluación, resumidos anteriormente en *Cualificaciones básicas de*

los usuarios del MMPI-2. La supervisión por parte de un profesional totalmente cualificado es tan esencial en el uso del MMPI-2 como en el de cualquier otro instrumento de evaluación. Debe controlarse periódicamente el uso del test para asegurar el mantenimiento de normas correctas.

### SUJETOS A LOS QUE LES ES APLICABLE

La utilidad de la información obtenida mediante el MMPI-2 depende en gran medida de la capacidad del sujeto para comprender las instrucciones del test, cumplir con las demandas de la tarea, comprender e interpretar el contenido de los ítems en relación a sí mismo y registrar estas auto-atribuciones de modo sincero. Numerosos estados emocionales o condiciones físicas pueden perjudicar esta capacidad. Es vital que el aplicador del instrumento esté alerta a la presencia de algunas condiciones incapacitantes, tales como: agudeza visual limitada, dislexia o afasia receptiva, trastorno de aprendizaje, intoxicación por drogas o alcohol o estado de "ausencia mental", reacciones tóxicas a diversos agentes infecciosos u otros delirios orgánicos, desorientación causada por daño cerebral, confusión posterior al ataque en un trastorno epiléptico, daño neurológico residual por regímenes polifarmacológicos prolongados, estados confusionales durante episodios catatónicos o ataques de alucinaciones, el profundo retraso psicomotor de una condición grave de depresión, o la extrema distractibilidad de una reacción maníaca. Cualquiera de estos estados o grados similares de perjuicio a la fiabilidad de la aplicación pueden limitar la capacidad del sujeto al que se aplica el test para cumplir con las relativamente simples tareas de leer los ítems del MMPI-2 y registrar sus respuestas.

Además, la persona que aplica el test debe determinar si el sujeto puede leer el

contenido de los ítems e interpretar su significado en el contexto cultural del que se han obtenido. Es decir, no basta con verificar que el individuo puede reproducir oralmente las palabras de una frase dada (una capacidad en el rango de algunos sujetos muy precoces de diez años de edad). El contenido del ítem debe tener significado para el sujeto de acuerdo con su tipo de experiencia en la vida (algo más difícil para los más jóvenes, los intelectualmente limitados, los discapacitados para el aprendizaje, los gravemente limitados culturalmente, o los que han emigrado recientemente a este país para los que el significado de muchos términos españoles pueden ser poco claros). Aunque en el MMPI-2 existen controles de validez que pueden servir para cuestionar la aceptabilidad de una aplicación del test, es mucho mejor intentar evaluar esos problemas antes de empezar el test, y sustituirlo por una forma más manejable del Cuestionario, o aplicarlo en más de una sesión. En algunos casos de aplicaciones colectivas puede ser imposible identificar esa clase de complicaciones; es entonces cuando puede ser necesario confiar en los controles de validez del test para detectar los protocolos inaceptables.

Hathaway y McKinley intentaron que las habilidades de lectura necesarias para comprender los ítems del MMPI-2 fueran aproximadamente las de un nivel de quinto grado (2º de ESO). Inmediatamente a la publicación del test, los estudios realizados confirmaron que generalmente este nivel de competencia lectora es suficiente, pero informaron que se requería un nivel de sexto grado o ligeramente superior para comprender adecuadamente algunos ítems. Como parte de la tipificación del MMPI, se realizaron nuevos estudios sobre el nivel de dificultad de lectura de sus ítems. Se calculó en cada ítem un índice de dificultad lectora y de comprensión denominado "Valor Léxico"<sup>1</sup>. Este índice se basó en la longitud

**TABLA 9. VALORES LÉXICOS MEDIOS EN LAS ESCALAS BÁSICAS**

Escala	Número de ítems	Valor léxico <sup>a</sup> medio
L	15	518,62
F	60	579,89
K	30	656,42
Hs	32	580,05
D	57	534,17
Hy	60	609,21
Pd	50	569,26
Mf	56	453,74
Pa	40	606,33
Pt	48	592,08
Sc	78	589,21
Ma	46	824,69
Si	69	611,63

<sup>a</sup>: Léxico= Un índice especial de dificultad lectora y comprensión desarrollado por Metamétricos de Durham, Nc. (Stenner, Horabin, Smith y Smith, 1988).

de la frase, la frecuencia de las palabras en diversas clases de literatura popular y la complejidad de la frase; el rango posible de estos valores comienza algo por debajo de 0 y llega hasta 1600. Un valor léxico de 300 corresponde aproximadamente a un nivel de dificultad lectora de segundo grado, 400 a tercer grado, etc., siendo 1300 equivalente a un nivel de graduado en el Instituto.

La Tabla 9 muestra una lista del valor léxico promedio de los ítems que comprende cada una de las escalas básicas del MMPI-2. Como puede verse, algunas de las escalas contienen ítems con un mayor promedio de dificultad lectora y de comprensión para los sujetos<sup>2</sup>. Basándose en los actuales niveles de eficacia lectora, hoy se requerirá un nivel de lectura de octavo grado para comprender el contenido de todos los ítems del MMPI-2 y responder a ellos adecuadamente. Si existen serias dudas acerca de la competencia lectora del sujeto, se recomienda la ayuda de otro test para determinar la comprensión lectora

(por ejemplo, el PIAT-R [Markwardt, 1989]), que se aplicaría primero.

#### **ADECUACIÓN DEL MMPI PARA LOS ADOLESCENTES**

Los miembros del Comité de Tipificación están actualmente analizando datos de adolescentes. Hasta que los baremos estén disponibles, recomendamos que se utilice el MMPI original con los adolescentes<sup>3</sup>.

#### **2.4. CONDICIONES DEL EXAMEN**

La situación típica para aplicar el MMPI-2 requiere un espacio adecuado en una mesa para colocar el Cuadernillo de preguntas y la Hoja de respuestas, buena iluminación, una silla confortable y un ambiente silencioso libre de intrusiones y distracciones. Sin embargo, a menudo no es posible proporcionar un entorno de aplicación ideal. Por ejemplo, puede ser necesario ayudar al sujeto a responder al test en una sala de espera o mientras está internado en una sala del hospital. En estos casos

<sup>1</sup> Desarrollado por Metametrics de Durham, NC; ver Stenner, Horabin, Smith y Smith, 1988.

<sup>2</sup> En la versión americana.

<sup>3</sup> Está ya disponible el MMPI-A (únicamente en la versión americana; la española está en preparación).



hay que tomar precauciones para que la persona que responde al test no sea molesta por otros de la habitación o para que no reciba influencias de otros pacientes. Generalmente se permite al sujeto dejar el test durante intervalos de tiempo limitados, como por ejemplo, antes y después de una interrupción para procedimientos rutinarios.

La aplicación a grupos numerosos requiere medidas especiales para asegurar la máxima cooperación y cuidar la realización del test. En un grupo pequeño, el aplicador del test puede actuar solo. Sin embargo, la mayoría de los aplicadores prefieren tener al menos otra persona que les ayude. Generalmente puede ser necesario un encargado adicional por cada 20 ó 25 sujetos. Puede ser necesaria una ayuda adicional cuando se dan condiciones especiales en la habitación donde se lleva a cabo la aplicación, tales como evaluar a los sujetos más jóvenes en una habitación atestada. Suele ser también necesario, en tales circunstancias, tener a uno o más ayudantes a los que los jóvenes conozcan de nombre y que puedan ejercer un control efectivo sobre éstos para asegurar su cooperación y atención correcta al test.

Los que ayudan en la sesión de test deben conducirse con la misma seriedad y madurez profesional que la recomendada para el examinador. Los ayudantes acostumbrados a la estrecha supervisión que requieren los tests de aptitudes con límite de tiempo deben ser explícitamente instruidos para ser más flexibles. Durante la aplicación de un cuestionario de personalidad, como el MMPI-2, los sujetos sensibles pueden interpretar hasta la más casual de las conversaciones entre ayudantes como un comentario sobre sus respuestas a los ítems del test. De forma similar, permanecer mucho tiempo en un sitio de la habitación puede ser interpretado como excesiva curiosidad por lo que están contestando los

sujetos de esta área. Sólo debe atenderse a detectar errores al marcar, ausencia de persistencia o copia de las respuestas de otros.

Algunos sujetos pueden responder en voz alta al contenido de algunos de los ítems y provocar una serie de comentarios de otros, que puede ser molesto, si no el "principio del fin". Los ayudantes pueden ser interrogados a menudo para clarificar el contenido de determinados ítems; deben proporcionar definiciones simples de palabras y emplear frases coloquiales y modismos y evitar discusiones largas. Usualmente, es suficiente con decir: "indica la forma en que tú lo ves".

## 2.5. FICHA TÉCNICA

- **Nombre:** *Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI-2.*
- **Nombre original:** *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2.*
- **Autores:** S.R. Hathaway y J.C. McKinley.
- **Procedencia:** University of Minnesota, Minneapolis. Publicado por *University of Minnesota Press.*
- **Adaptación española:** Alejandro Ávila Espada y Fernando Jiménez Gómez, Universidad de Salamanca.
- **Aplicación:** individual y colectiva.
- **Duración:** variable, de 60 a 90 minutos.
- **Edad:** solamente adultos (19-65 años). Existe una versión (MMPI-A) para adolescentes (en preparación).
- **Finalidad:** evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad a través de tres grupos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Contiene también un grupo de escalas referentes a la validez, y otras adicionales como las subescalas de Harris-Lingoes.

- **Baremación:** tablas de puntuaciones típicas normalizadas en cada una de las escalas debidamente diferenciadas por sexos.

## 2.6. MATERIALES DEL TEST

El MMPI-2 se ha diseñado para adecuarse a los usuarios que trabajan en diferentes áreas y que evalúan a gran variedad de sujetos. Los usuarios deben familiarizarse con estas características antes de emplear los materiales.

### Cuadernillos

Este formato permite una aplicación individual o en grupo. Los ítems se presentan en un Cuadernillo reutilizable y una Hoja de respuestas separada para cada persona. El Cuadernillo presenta 567 ítems; las escalas básicas se evalúan con los primeros 370 elementos, pero es conveniente que el sujeto complete todos los ítems del test para que se puedan evaluar las demás escalas.

### Hojas de respuestas y corrección

Hay dos tipos de Hojas de respuestas, el primero para corrección manual y el segundo para corrección mecanizada mediante lectura automática de marcas ópticas, aunque el diseño de las dos hojas es análogo.

Existen tres formas de corregir la versión española del MMPI-2:

- Corrección manual: Mediante el sistema clásico de aplicar las plantillas transparentes pueden corregirse las 3

escalas de validez, las 10 básicas y las 15 de contenido.

- Plantilla informática: Mediante la plantilla informática suministrada por TEA Ediciones pueden obtenerse los resultados de 77 escalas. Para ello es necesario introducir mediante el teclado del ordenador las respuestas dadas por el sujeto a los 567 ítems.
- Corrección mecanizada: TEA Ediciones ofrece servicios de corrección mecanizada que permiten obtener las puntuaciones de 77 escalas y el perfil gráfico del sujeto mediante la lectura automática de las Hojas de respuesta especiales para lectora óptica de marcas. Esta opción requiere siempre el uso de las Hojas de respuestas para corrección mecanizada, y es muy recomendable para evitar errores de corrección y obtener de forma rápida toda la riqueza de información que permite el MMPI-2, sobre todo cuando haya que evaluar a varios sujetos.

### Hojas de perfil

Se dispone, asimismo, de Hojas de perfil destinadas a recoger en forma gráfica los resultados de los sujetos. El perfil recoge sólo las 28 escalas que pueden obtenerse mediante la corrección con plantillas manuales, aunque en el mismo impreso pueden recopilarse también las puntuaciones de las restantes escalas, si la corrección se hace con la plantilla informática.

El impreso de perfil incorpora gráficamente los baremos de las 28 escalas principales, y existen baremos separados para varones y mujeres.

## 3. CORRECCIÓN Y CODIFICACIÓN

### 3.1. CORRECCIÓN MANUAL DE LAS HOJAS DE RESPUESTAS

Antes de corregir manualmente las Hojas de respuestas, deben separarse por sexo, dado que la escala Mf tiene plantillas separadas para varones y mujeres. Todos los ítems omitidos o marcados doblemente se rodearán con una marca y se tratarán como respuestas Interrogante. El número total de estos ítems rodeados constituye la puntuación Interrogante (?); este valor se anotará debajo de los datos de validez en la Hoja de perfil.

Las plantillas de corrección manual se usan para obtener las puntuaciones de los 3 indicadores adicionales de validez, de las 10 escalas clínicas y de las 15 de contenido. Cada plantilla se coloca sobre la Hoja de respuestas, se cuenta el número de respuestas que aparecen debajo de los pequeños recuadros de la plantilla (ignorando las rodeadas) y se anota el resultado como puntuación directa (PD) en el lugar adecuado en la Hoja del perfil. ***Asegúrese de que las puntuaciones se señalan correctamente en la Hoja de perfil según el sexo del sujeto.***

### 3.2. ELABORACIÓN DEL PERFIL BÁSICO

Las puntuaciones impresas dentro del perfil básico del MMPI-2 se basan en el conjunto de escalas derivadas de Hathaway y McKinley y en cierto grado modificadas en la tipificación del Cuestionario (ver anteriormente en *"Desarrollo del MMPI original"*). Se organizan en tres grupos: indicadores de validez, escalas básicas y escalas de contenido. Excepto la puntuación Interrogante, se trazan y unen de forma

separada en el perfil individual (la puntuación Interrogante [?] es una puntuación directa que se señala debajo del perfil). Los valores en puntuaciones T de las puntuaciones directas de cada una de esas escalas se muestran en el Apéndice A. Estos valores son puntuaciones T normalizadas. La fiabilidad test-retest y los datos de consistencia interna (coeficientes alfa) de cada una de estas medidas se comentan en el apartado 5.5.

Antes de trazar el perfil hay que recordar que bajo la fila de las puntuaciones directas anotadas en la Hoja del perfil hay una fila de espacios blancos etiquetados como "Fracción K" que aparecen bajo las siguientes escalas: Hs, Pd, Pt, Sc y Ma. La puntuación K, o una fracción de ella, se añade a las puntuaciones directas de la variable a corregir con K. Esta fracción se refiere siempre a la "puntuación directa" de K que ya ha sido determinada en el proceso de corrección de la Hoja de respuestas (ver anteriormente). Las fracciones de K que deben añadirse son: 0,5K a Hs; 0,4K a Pd; 1K a Pt; 1K a Sc y 0,2K a Ma. Véase la figura 1 con un ejemplo real.

Estos valores a añadir se representan también en las Hojas del perfil. Cuando se han determinado estas fracciones, se anotarán en los espacios de la línea bajo las puntuaciones directas que proporcionó la Hoja de respuestas y se calcula y anota el total corregido de las puntuaciones directas.

Deben señalarse varios aspectos en la elaboración del perfil básico:

- 1.- Debe utilizarse el perfil adecuado según el sexo del sujeto.
- 2.- Las puntuaciones directas se anotan en la base de la Hoja de perfil y se





marcan en el cuerpo del perfil; las columnas que aparecen a izquierda y derecha proporcionan los correspondientes valores en puntuaciones T de esas puntuaciones directas.

- 3.- Las puntuaciones directas corregidas deben utilizarse en aquellas escalas que se han corregido con el factor K.
- 4.- Deben colocarse puntos, círculos u otras pequeñas marcas en los puntos correspondientes a las puntuaciones directas de cada escala sobre el perfil y conectarse con una línea gruesa, rota entre las escalas de validez (a la izquierda del perfil), las escalas clínicas (que comienzan con Hs) y las de contenido.

Las Tablas A-1 a A-7 del Apéndice A, proporcionan la conversión en puntuaciones T de las puntuaciones directas, con correcciones K en su caso, de cada escala del Cuestionario (muestra española).

Puede suceder que algunos usuarios no deseen depender exclusivamente de las puntuaciones con corrección K y quieran tener acceso a las puntuaciones sin corrección K para utilizarlas en determinadas situaciones (ver más abajo la discusión sobre la escala K; ver también Hsu, 1986). Con este propósito pueden utilizarse valores T diferentes en cinco de las puntuaciones directas. En la base de la Tabla C-1 se

dan los estadísticos básicos de las puntuaciones directas sin corrección K de las 5 escalas básicas.

### 3.3. CODIFICACIÓN DEL PERFIL

Para resumir los patrones del test obtenidos en el MMPI-2, se utiliza un sistema de codificación que reduce el amplio rango de perfiles posibles a un número más manejable. En la codificación, se asigna un número a cada escala clínica: Hs se convierte en 1; D en 2; Hy en 3; Pd en 4; Mf en 5; Pa en 6; Pt en 7; Sc en 8; Ma en 9; y Si en 0. Estos números son las bases para los patrones de codificación del perfil, y muchos clínicos los usan habitualmente más que los nombres de las escalas o sus abreviaturas, para evitar implicaciones psiquiátricas que pueden llevar a conclusiones erróneas en un marco no clínico<sup>1</sup>. En el pasado se utilizaron dos sistemas diferentes con el MMPI: el método de codificación, original de Hathaway (1947), resumido en *"An MMPI Handbook"* (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972) y el procedimiento de codificación ampliado o total de Welsh (1948, 1951). El sistema de codificación de Welsh es el único que se ha utilizado en el MMPI-2.

Para ilustrar este método, podemos utilizar el siguiente ejemplo:

#### Ejemplo 1

Escalas	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Número				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Puntuación T	57	75	43	69	88	75	94	52	81	75	79	59	65

<sup>1</sup> Cualquier reducción estadística, como la de procedimientos de codificación que comentamos, implica el problema de reducir la gran cantidad de datos en una muestra con la que pueda trabajarse pero que conserve la suficiente información como para servir a los propósitos descritos.

El primer paso en la codificación del perfil es escribir debajo los dígitos que representan las escalas clínicas en orden decreciente según su puntuación T, desde el mayor al menor. La escala más alta es Pd con una puntuación de T=94, por lo que el dígito 4 deberá ser el primer número en el código. La segunda escala más alta es D=88; el código es ahora 4 2. La tercera más alta es Pa=81, y la cuarta es Sc=79. El código, entonces, se convierte en 4 2 6 8. Se sigue este procedimiento hasta que todas las escalas estén reflejadas en el código mediante el dígito, y en orden decreciente según sus puntuaciones T (si dos escalas tienen valores idénticos, se anotan por orden

numérico). Además de las escalas clínicas, las escalas de validez podrían codificarse, colocándolas separadas, a la derecha del código de las escalas clínicas<sup>1</sup>. La secuencia de dígitos en el ejemplo 1 es:

4 2 6 8 3 7 1 0 9 5 F L K

Es importante asegurarse de que todas las escalas estén incluidas en el código; se puede comprobar marcándolas a medida que se van codificando, o leyéndolas, una vez completo el código, por orden numérico. Por supuesto cada dígito debe aparecer una sola vez en esa serie. Si se ha omitido o repetido una escala, puede ser fácilmente detectada y hecha la corrección.

### Ejemplo 2

Escalas	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Número				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Puntuación T	52	101	35	68	68	47	67	62	90	79	81	72	75

En este ejemplo el código es: 6 8 7 0 9 1 2 4 5 3 F L K

A continuación las escalas cuya puntuación tienen el mismo valor, o difieren en un punto, se subrayan. Se añaden entonces,

símbolos de elevación, usando las siguientes caracteres para designar rangos de elevación de 10 puntos<sup>2</sup> en puntuación T:

\*\* = 100-109<sup>3</sup>                      - = 60-64  
 \* = 90-99                              / = 50-59  
 " = 80-89                             : = 40-49  
 ´ = 70-79                             # = 30-39  
 + = 65-69                              29 e inferiores se colocan a la derecha de #.

Algunos usuarios utilizan símbolos adicionales de elevación; las puntuaciones de 110-119 van seguidas de ! y 120 por !!. El que sea necesario y útil o no preservar esta información en el código, dependerá del número de casos que presenten tales elevaciones y la importancia diagnóstica encontrada para puntuaciones dentro de estos

rangos. Si añadimos estos caracteres a los ejemplos anteriores, los códigos son:

Ejemplo 1: 4\*26"837´10+95, F´-L/K

Ejemplo 2: 6\*8"709´124+5-/3 F\*\*-L/:K

Si no existe ninguna escala dentro del rango de 10 puntos (en puntuaciones T) dado, el correspondiente símbolo de eleva-

<sup>1</sup> Nótese que para el MMPI-2 la escala de interrogante no forma parte del código, ya que es una puntuación directa.

<sup>2</sup> En la revisión del Manual americano (1989) se ha reestructurado el intervalo 60-69 dividiéndose en dos: 65-69 y 60-64.

<sup>3</sup> Se ha añadido \*\* a las designaciones del Código de Welsh.

ción para el rango ausente, debe ser incluido (en el ejemplo 2, la escala 5 = 62 y la escala 3 = 47; el código final queda entonces así: 5-/3). Si hay un salto de 20 puntos, pueden incluirse los tres símbolos de elevación, aunque el símbolo del medio es redundante. Si D = 90 y Pt = 79, el código podría ser tanto 2\*''7 como 2\*'7; en la segunda secuencia sería evidente que no hay ninguna escala en el rango 80-89 de puntuación T.

Algunas utilidades del código son obvias. Por ejemplo, es fácil encontrar perfiles similares. En el código del ejemplo 1, está claro que la escala más alta del perfil es Pd, y la puntuación T es de 90 o superior,

que Mf está por debajo de 60 y que es la escala más baja. Cuando un conjunto de casos ha sido codificado y archivado secuencialmente, es posible una rápida localización de todos los casos que comienzan con 4 y terminan con 5. Si un tipo de código se ha especificado mediante las tres puntuaciones más altas, es fácil identificar los perfiles 426. Cuando el objetivo es el perfil igual, el grado de similitud deseado entre perfiles puede ser especificado tanto por orden de escala como por la elevación absoluta. Cuanto mayor es el grado de similitud buscado entre dos perfiles, menor es la probabilidad de encontrar un perfil semejante.

## 4. INTERPRETACIÓN

### 4.1. INTERPRETACIÓN DEL MMPI-2

A continuación se proporciona una breve guía para la interpretación de los patrones del MMPI-2. A los que empiezan a aprender estos métodos les urge familiarizarse por sí mismos con presentaciones más completas de la interpretación del perfil mediante el MMPI original<sup>1</sup>. Los artículos originales derivados de los autores del test aparecen en Dahlstrom y Dahlstrom (1980). La rica gama de artículos de investigación sobre el MMPI puede también consultarse para aplicaciones especiales.

La formación de hipótesis interpretativas a partir de los datos reflejados en el perfil clínico del MMPI-2 depende de tres aspectos interrelacionados de esas puntuaciones: la aceptabilidad de las puntuaciones del perfil, que está determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes frente a las normas incorporadas en los baremos de puntuaciones T; y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual. Estas configuraciones van reflejando la fiabilidad y los patrones de interrelación entre las escalas componentes. Se proporcionan posibilidades interpretativas adicionales a través de las puntuaciones sobre varias escalas suplementarias e índices, así como a partir de un examen de las respuestas particulares a los ítems, resumidos en listas de ítems críticos, diversos patrones de subescalas y puntuaciones en las escalas de contenido.

Para aproximarse paso a paso a la interpretación del perfil básico y de la información adicional a partir de un sujeto examinado con el MMPI-2, se requiere:

- 1.- Evaluar si se puede hacer una interpretación individual, lo que incluye alguna determinación de la actitud que el sujeto adopta al completar el Cuestionario y el grado en que este conjunto de respuestas es consistente con otras informaciones sobre esa persona.
- 2.- Examinar las puntuaciones de las escalas clínicas en el perfil estándar para generar una lista de posibles líneas de interpretación acerca de la personalidad y el estado emocional actual del sujeto.
- 3.- Consultar diversas guías interpretativas del MMPI para hacer correlatos comunes del patrón de código generado por el perfil clínico incluyendo posibles alternativas psicodiagnósticas.
- 4.- En las escalas elevadas hasta un cierto nivel, determinar los componentes de subescalas que están contribuyendo primariamente a esas elevaciones y anotar el tipo de temas de mayor preocupación para el sujeto.
- 5.- Señalar cualquier ítem crítico significativo que pueda haber sido contestado de manera que indique problemas especiales o síntomas o preocupaciones que no se habían sospechado.
- 6.- Examinar las puntuaciones en las escalas de contenido para elaborar las hipótesis interpretativas anteriormente generadas y formular un resumen coherente de la dinámica de la personalidad y el estatus diagnóstico del sujeto con los avisos pertinentes sobre lo relativo de esas conclusiones a la luz de las puntuaciones en los diversos indicadores de validez.

<sup>1</sup> En fuentes tales como Graham (1987), Greene (1989), Lachar (1974), Duckworth y Anderson (1986), Webb, McNamara y Rodgers (1986), Good y Brantner (1974), o Friedman, Webb y Lewack (1989). Otras fuentes adicionales útiles están disponibles en Butcher (1979); Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1972, 1975); Meyer (1983); Caldwell (1988); y Greene (1988).



A partir de las puntuaciones directas y transformadas, existe la posibilidad de obtener un informe de ayuda a la interpretación de manera automática (Informe MMPI-2. TEA Ediciones, 2002). Este informe interpretativo informatizado, realizado por un experto en evaluación con MMPI-2, engloba gran parte de los requerimientos anteriores y permite una apreciación bastante completa de la personalidad del sujeto y de sus posibles desviaciones o patologías.

#### 4.2. DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL PROTOCOLO

Para evaluar si una determinada aplicación del MMPI-2 es aceptable, los indicadores tradicionales de validez se usan por separado o en combinación. Además, han sido desarrolladas algunas pruebas suplementarias de validez (ver más adelante). Antes de hacer inferencias personalógicas o generar hipótesis diagnósticas, cada protocolo del test debe examinarse para determinar su aceptabilidad. Sólo si se asume que el individuo cumple el test marcando los ítems consistentemente de forma que seguramente refleja sus auto-percepciones, puede el clínico continuar con el proceso interpretativo.

Un sujeto puede responder de diversos modos que invalidan un registro: puede dejar sin responder numerosos ítems, o interpretar diversos roles que distorsionan el patrón real de auto-descripciones, o no respetar las instrucciones del test, o ser incapaz de leer y comprender el significado de los ítems y, consecuentemente, responder virtualmente al azar. Los indicadores de validez construidos en el MMPI-2 se diseñaron para ayudar a detectar tales fuentes de invalidez del protocolo y proporcionar una base para evaluar el impacto de tales distorsiones en el registro del test.

##### Omisiones de ítems

Cada sujeto debe responder Verdadero o Falso a la mayor cantidad de ítems del

MMPI-2 que le sea posible. Existen numerosas razones legítimas para dejar algunos de los ítems sin contestar. Por ejemplo, si un sujeto ha sido huérfano desde temprana edad, puede no sentirse capaz de responder a ítems concernientes a los sentimientos hacia los padres. Sin embargo, muchos sujetos interpretarán tales ítems como concernientes a padres adoptivos o a otros que fueron como padres para ellos, por lo que se sentirán en libertad para responder a ellos. Otros pueden tomar el contenido literalmente y ser incapaces de responder.

Algunos usuarios del MMPI han instado a los sujetos a hacer conjeturas sobre las respuestas a ítems con las que tengan dificultad. Tales instrucciones deberían evitarse cuando se aplica el test, aunque es aceptable pedir a los sujetos que vuelvan atrás y reconsideren los ítems que previamente dejaron sin contestar. Algunas personas encuentran más fácil responder a los ítems que dejaron antes en blanco, cuando ya han captado la mecánica a lo largo de todo el test.

La **puntuación ? (Interrogante)** no es una escala en el sentido usual de la palabra; es un simple recuento de los ítems que se dejaron sin contestar o que fueron respondidos por el sujeto como Verdadero y Falso a la vez. Dado que estos ítems no son puntuados, en realidad son omitidos del test. Cuanto más alta sea **la puntuación ?** más débil será la capacidad de discriminación de las escalas del test.

Como indica la Tabla 10, un sujeto puede omitir un gran número de ítems por varias razones. Los individuos depresivos pueden encontrar la tarea de responder a los ítems como algo pesado y difícil; los sujetos con un pobre nivel de lectura pueden tener dificultad para comprender algunas de las frases más complejas; algunas personas pueden evitar responder a ítems que sienten que son demasiado reveladores de sus problemas particulares. Todas estas circunstancias pueden llevar a la omisión

**TABLA 10. PUNTUACIÓN T (INTERROGANTE)**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Punt. directa	Utilidad del perfil	Origen de la elevación	Hipótesis interpretativas
PD ≥ 30	Probablemente inválido	Serios problemas de lectura o dislexia Retardo psicomotor Confusión Desafío Indecisión	Depresión grave Estado obsesivo
PD 11-29	Validez cuestionable	Problemas leves de lectura Ausencia de experiencia Supercauteloso o legalista	Falta de familiaridad con el idioma Ideación paranoide
PD 2-10	Probablemente válido (probar el contenido por omisiones selectivas)	Interpretación idiosincrásica	
PD 0-1	Válido		

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)<sup>1</sup>

de un número excesivo de ítems que no pueden ser puntuados.

Las omisiones de ítems tienden a ser menores en el perfil clínico<sup>2</sup>. Si el número de ítems dejados sin contestar excede de 30, el registro del test debe ser considerado como altamente sospechoso, si no completamente invalidado (ver Tabla 10).

### Representación de una personalidad idealizada

Al completar el MMPI-2, algunos individuos no siguen las instrucciones del test respecto a contestar los ítems según se adecuan a ellos mismos. Por el contrario, describen sistemáticamente a quien perciben como alguien que tiene una personalidad perfecta o un ajuste ideal. Los registros resultantes proporcionan bases pobres para hacer inferencias sobre estas personas. Es esencial disponer de algunos medios para detectar este fenómeno y captar sus efectos sobre los patrones del test. Hathaway y McKinley introdujeron la **escala L (Mentira)** para evaluar la probabilidad de que el indi-

viduo se hubiese aproximado al test con esta actitud. Para este indicador, sugerido por investigaciones realizadas por Hartshorne y May (1928) y Hartshorne, May y Shuttleworth (1930) en el "*Harvard Character Education Inquiry*", Hathaway y McKinley redactaron algunos ítems que proporcionaban al sujeto la oportunidad de rechazar varias faltas menores y defectos de carácter que la mayoría de los individuos confesaban voluntariamente que eran verdad en ellos mismos. Aunque la escala L puede reflejar engaño en la situación del test, no puede ser considerada como una medida de alguna tendencia general a mentir, inventar o engañar a otros en las actividades diarias. Más bien sirve como un índice de la probabilidad de que un determinado protocolo haya sido viciado por un estilo particular de respuesta.

Como se indica en la Tabla 11, una puntuación inferior al promedio en la escala L, indica que el sujeto estuvo completamente libre de la tendencia a colocarse a sí mismo en una posición inusualmente favorable<sup>3</sup>. Por otra parte, puntuaciones muy bajas en

<sup>1</sup> Algunas de estas Tablas pueden presentar ligeras variaciones en puntuaciones e hipótesis interpretativas con respecto al manual americano de 1990.

<sup>2</sup> Excepto en los valores en puntuación T de la escala 5 (Masculinidad-Feminidad) en mujeres, que son artificialmente elevadas por las bajas puntuaciones directas resultantes de los ítems sin contestar.

<sup>3</sup> Las puntuaciones altas en la escala K podrían también ser examinadas para detectar la posibilidad de que el individuo haya empleado una forma más sutil de auto-ensalzamiento.

**TABLA 11. ESCALA L (MENTIRA)**  
Implicaciones de las puntuaciones

Puntuaciones T	Utilidad del perfil	Origen de la elevación	Hipótesis interpretativas
T ≥ 80	Probablemente inválido	Fingir un buen ajuste	Prueba de resistencia o ingenuidad
T 70-79	Validez cuestionable	Respuestas al azar Rechazo de faltas	Estado de confusión Estilo represivo Falta de comprensión
T 60-69	Probablemente válido	Cuadro defensivo	Superconvencional y conformista Moralista Rígidamente virtuoso
T 50-59	Válido	Típica aproximación a los tests Puntuaciones dentro de la media	Conforme con su propia imagen
T < 50	Posible actitud de "mala imagen"	Cuadro de "buscar conseguir algo más" Todas las respuestas son "verdadero"	Auto-confiado e independiente Crítico, sarcástico

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992).

esta escala, pueden acompañarse de puntuaciones muy bajas en la escala K, lo que reflejaría un esfuerzo realizado para exagerar problemas emocionales y dificultades de ajuste.

Puntuaciones moderadamente altas en la escala L pueden no ser indicativas de una aproximación marcadamente defensiva al test, aunque pueden reflejar una perspectiva fuertemente moralista o muy reservada del individuo. Como en muchos otros resultados de validez del protocolo, en la evaluación de esta escala es importante tener una información general de la historia principal y los antecedentes del sujeto. Puntuaciones L marcadamente elevadas reflejarían bastante bien una orientación contaminada del test que afectaría negativamente al significado de las puntuaciones en las escalas clínicas. El resultado habitual es un conjunto de puntuaciones en el perfil clínico que está muy próximo a la media o incluso sustancialmente por debajo.

#### **Respuestas al azar y puntuaciones altas en F**

Los individuos que no quieren cooperar con las instrucciones del test pueden simular responder al MMPI-2, pero contestando

a los ítems de forma virtualmente azarosa. Otros, con capacidades de lectura extremadamente marginales o que tienen un precario contacto con la realidad, pueden hacer prácticamente lo mismo. Incluso otros pueden estar exagerando deliberadamente sus trastornos y problemas para asegurar que se les dará una atención o consideración especiales. Algunos de estos acercamientos al test pueden generar puntuaciones altas en la **escala F (Incoherencia)**. La escala está compuesta por 60 de los 64 ítems originales (ver Tabla 8); se han eliminado 4 ítems de contenido dudoso. Dado que cada ítem de esta escala fue respondido en la dirección significativa por un porcentaje mayor al 10% de los sujetos en el grupo normativo original, un individuo que conteste al test con el esmero y comprensión habituales, es improbable que obtenga una puntuación directa superior a 5 ó 6 puntos, o una puntuación T mayor a 55 (ver también Schretlen, 1988).

Algunos sujetos pueden obtener una puntuación algo superior en la escala F debido a que describen sentimientos o reacciones inusuales en circunstancias especiales a las que están enfrentándose (por ejemplo, problemas conyugales, aflicción o pérdida del trabajo), o debido a una



**TABLA 12. ESCALA F (INCOHERENCIA)**  
Implicaciones de las puntuaciones

Puntuaciones T	Utilidad del perfil	Origen de la elevación	Hipótesis interpretativas
T > 100	Perfil invalidado	Respuestas al azar Errores de corrección Grave dislexia Contestar todo como "Verdadero"	Actitud no cooperativa Fingir mala imagen de sí mismo Paciente psiquiátrico que puede estar desorientado, confuso, con un comportamiento claramente psicótico
T 80-100	Perfil invalidado Si válido, considerar serios problemas psicopatológicos	Fingir enfermedad Procesos psicóticos Responder "Falso" a todas las respuestas Exageración de problemas	Reafirmación Deseabilidad social Estado confusional
T 65-79	Probablemente válido	Fingir enfermedad Procesos psicóticos	Psicótico Neurótico severo Problemas de sociabilidad Propenso a cambios de humor, desasosegado, inquieto, insatisfecho Cambiante, impredecible
T 60-64	Probablemente válido		Problemas en un área particular (trabajo, salud, sexo, etc.)
T 50-59	Registro aceptable	Puntuaciones dentro de la media	Buen funcionamiento Típicas respuestas
T < 50	Registro aceptable	Conformidad Posible falsa imagen	Convencionalidad Sinceridad Conformidad social

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

patología significativa. Probablemente, estos individuos no producirán un registro inusual del test. Como indica la Tabla 12, las puntuaciones en F superiores a T 79 pero inferiores a T 100<sup>1</sup>, pueden indicar problemas emocionales de un grado significativo, aunque no necesariamente que el registro del test sea ininterpretable. Probablemente, un examen del patrón de elevaciones de las puntuaciones en el perfil clínico ayudará a clarificar o confirmar esta conclusión.

En relación al promedio, un registro completamente azaroso producirá una puntuación directa de 30 (5 ítems arriba, 5 abajo) en la escala F. Sin embargo, una puntuación de T 100 o mayor origina serias dudas sobre la utilidad de este registro para cualquier inferencia diagnóstica. Es útil

comparar también las puntuaciones directas de la primera mitad de la escala F con la puntuación obtenida en la segunda mitad. Si la contribución fundamental a la elevación de la escala F proviene de la segunda mitad de esta escala, es posible concluir que el sujeto empezó el cuestionario con una actitud positiva, pero poco después empezó a responder descuidadamente.

Dado que los ítems que comprenden las escalas clínicas básicas del perfil del test aparecen en los primeros dos tercios del cuadernillo de la prueba, las puntuaciones de la escala F reflejan principalmente la relatividad de las elevaciones de esas escalas. Debido a que muchas escalas adicionales se puntúan sobre ítems que aparecerán después del 370, la Escala Fb<sup>2</sup> debe también examinarse para determinar si un suje-

<sup>1</sup> En el manual americano (1990) hace referencia a las puntuaciones entre 71 y 90.

<sup>2</sup> Puntuación "F back" (posterior), llamada así por la localización de los ítems en el cuadernillo experimental AX.

to mantuvo su atención y cooperación durante toda la sesión. Las puntuaciones en Fb pueden usarse para probar la aceptabilidad de las puntuaciones en las escalas suplementarias.

Es importante intentar identificar la razón de una elevación en la escala F o en la Fb. De hecho, si el sujeto estuvo intentando cooperar con la tarea, pero fue incapaz de realizarla debido a las limitaciones sensoriales o motoras, es posible cambiar a una forma alternativa del MMPI-2 (p.ej., leído) para obtener un registro más válido. El fracaso al intentar obtener un protocolo aceptable puede ser irremediable cuando el sujeto tiene algún tipo de motivación especial para fingir un trastorno o para otra distorsión en su registro, pero la identificación de la razón por la que se fracasa al completar el test puede resultar de gran utilidad para la comprensión del diagnóstico y la evaluación clínica.

### Conjuntos especiales de registros del test

Existen numerosos conjuntos u orientaciones especiales de registro con los que un sujeto puede acercarse a un instrumento de evaluación como el MMPI (ver Graham, 1987; Greene, 1989). Los individuos pueden responder a todos los ítems como Verdadero o como Falso. Un patrón extremo como éste es fácilmente detectable examinando la Hoja de respuestas, pero una predisposición menos extrema en una u otra dirección puede no ser tan fácilmente detectable. El uso de las dos escalas de inconsistencia, TRIN<sup>1</sup> y VRIN<sup>2</sup> puede ser muy útil para esa valoración. La escala TRIN es sensible a la tendencia a dar un determinado tipo de respuestas a los ítems sin atender al contenido de los mismos (contestar repetidamente Verdadero o Falso). Las puntuaciones VRIN reflejan la tendencia general a no atender al conteni-

do de los ítems al marcar las respuestas al Cuestionario (ver más adelante la diferenciación entre TRIN y VRIN).

Otros conjuntos de respuestas que pueden utilizarse al responder al MMPI-2 son la intención de dar conformidad o respuestas mayoritarias a cada ítem o de dar una respuesta desviada (o "más provechosa"). Los efectos de cada uno de estos conjuntos de respuestas sobre los indicadores de validez se muestran en las Tablas 10-13.

Existen también formas menos obvias, en las que un sujeto puede alterar las puntuaciones del Cuestionario de personalidad. Los esfuerzos por aumentar la impresión de salud mental sin intentar crear una imagen totalmente increíble del propio ajuste, o a la inversa, forzando la impresión de tener serias dificultades emocionales, pueden alterar los niveles de puntuaciones y las configuraciones del perfil clínico. La detección de estas actitudes más sutiles al contestar al test, es más difícil. La puntuación en la escala K puede ser muy útil en esta detección.

**La escala K (Corrección)** es el más complejo de los indicadores de validez. El contenido de los ítems cubre un rango de características que muchos individuos prefieren negar acerca de sí mismos y de sus familias. Pero muchos otros sujetos encuentran esos mismos atributos inofensivos y hasta bastante positivos, por lo que los aplican a sí mismos o a sus familias. Por ello, en la escala K, las puntuaciones superiores a la media pueden reflejar la tendencia al sesgo, de forma sutil, de las propias respuestas en una dirección que minimiza las implicaciones de un pobre control emocional e ineficacia personal. Sin embargo, es importante señalar que los individuos que actúan bien, y que son emocionalmente estables, esencialmente tenderán a describirse en los mis-

<sup>1</sup> "True Response Inconsistency": Inconsistencia de las respuestas de verdadero.

<sup>2</sup> "Variable Response Inconsistency": Inconsistencia de respuestas variables.

**TABLA 13. ESCALA K (CORRECCIÓN)**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Utilidad del perfil	Origen de la elevación	Hipótesis interpretativas
T > 70	Perfil invalidado	Fingir buena imagen Marcada defensividad Contestar a todo como "Falso"	Implicación emocional acusada Inhibición, timidez Desconfianza Ausencia de comprensión
T 60-70	Validez cuestionada	Defensividad moderada Negación del problema	Clínicamente defensivo. Todo lo niega Intolerante Sin capacidad para la intuición
T 50-59	Perfil válido	Autoevaluación equilibrada	Muy ajustado. Independiente Inteligente Entusiasta. Intereses amplios
T < 50	Perfil invalidado	Fingir "hacerse el enfermo" Exageración de sus propios desajustes Contestar a todo como "Verdadero"	Confuso Autocrítico Conformista Introvertido Cínico, suspicaz

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

mos términos; es decir, sus vidas están tan bien dirigidas como informan en esta escala.

No obstante, es vital que se evalúe cualquier elevación particular en la escala K dentro del contexto de otra información sobre el sujeto: los datos de la historia del individuo y las circunstancias concurrentes son necesarios para distinguir entre un sujeto con buen comportamiento, psicológicamente sano, y un individuo que asume una actitud excesivamente defensiva y evitativa al contestar el Cuestionario. En este contexto, puede ser especialmente útil la comparación de las puntuaciones en los perfiles clínicos, con y sin corrección K (ver Graham, 1987; Greene, 1989). Algunos clínicos recomiendan también que ambos perfiles se tracen en individuos que puntúan muy bajo en la escala K.

Investigaciones sobre la escala K han indicado que las puntuaciones elevadas en esta medida están asociadas con niveles socioeconómicos más altos (mayor educación, ocupaciones mejores, mayores ingresos) (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975; Dahlstrom, Lachar y Dahlstrom, 1986). Los

sujetos con estatus o reputación social considerable pueden dudar sobre arriesgar revelaciones que podrían amenazar una pérdida de ese estatus o reputación como consecuencia de admitir problemas emocionales, dudas, inseguridades o, quizás, problemas en sus matrimonios o familias. Cuando se analiza el contenido de muchos ítems del MMPI-2, podría parecer que tales individuos intentan sesgar sus respuestas de modo que les protejan de amenazas de revelaciones personales. Así, las puntuaciones que superan la media en la escala K, pueden reflejar de forma incrementada esta sutil forma de auto-ensalzamiento y resistencia a aparecer como incompetente, poco ajustado o carente de autocontrol sobre la propia vida.

A la inversa, quizás con un menor estatus social que perder, algunos individuos de menor nivel socioeconómico, o menos privilegiados, pueden tener menor motivación para promover una apariencia de extrema competencia, eficacia interpersonal inusual o ausencia de ansiedades o inseguridades. Por lo tanto, en un test como el MMPI-2, estos individuos pueden ser más francos y



**TABLA 14. ESCALA Fb (F POSTERIOR)  
Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Utilidad del perfil	Origen de la elevación	Hipótesis interpretativas
T > 100	Perfil invalidado	Responder al azar Responder a todo como "Falso" Ofrecer una mala imagen de sí mismo	Paciente psiquiátrico que puede estar desorientado, confuso o que puede mostrar claramente su conducta psicótica
T 80-100	Perfil invalidado Si es válido, considerar serios problemas psicopatológicos	Responder a todo como "Falso" Hacerse el enfermo Exagerar sus desajustes	Posibles problemas psicopatológicos Confuso Fatiga, cansancio
T 65-79	Validez cuestionable	Responder a todo como "Falso" Hacerse el enfermo Exagerar sus desajustes	Considerar serios problemas psicopatológicos Fatiga, cansancio
T 50-64	Puntuaciones dentro de la media	Puntuaciones aceptables	
T < 50	Validez cuestionable	Considerar que ha podido expresar una "buena imagen" de sí mismo	

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

abiertos en el reconocimiento de problemas o dificultades en sus vidas o en las vidas de los miembros familiares y similares. Esta actitud al contestar el MMPI-2 puede llevar a puntuaciones elevadas en las escalas clínicas, que pueden estar engañando sobre el grado y la gravedad de las dificultades reales de tales individuos. El uso de las ponderaciones de la escala K para corregir varias de las escalas clínicas del perfil se diseñó para tener en cuenta el impacto de esas orientaciones, al contestar el Cuestionario, en las puntuaciones de sus escalas. Las escalas sin estas correcciones tienen ítems que sirven para el mismo propósito que las correcciones K.

### Configuraciones de las escalas de Validez

Suele ser útil examinar la configuración formada por los indicadores de validez tomados conjuntamente (ver Tablas 10 a 13). Así, tanto los códigos de validez (ver los procedimientos de codificación descritos anteriormente) como los particulares

índices cuantitativos (tales como la diferencia de la puntuación directa<sup>1</sup> F-K), pueden servir para clarificar las razones de las puntuaciones altas en las escalas de validez y ayudar al clínico a evaluar la validez de un determinado registro para sus propósitos de evaluación. Se proporciona información adicional sobre los patrones derivados de las escalas de validez en Graham (1987) y Greene (1989), así como en varias referencias señaladas anteriormente en esta sección.

### Indicadores adicionales de Validez

*La Escala Fb (F posterior)* fue desarrollada de la misma forma que los autores del test obtuvieron la escala F original: los ítems con una frecuencia de respuesta extremadamente baja<sup>1</sup> fueron recogidos en una escala para ayudar a la identificación de individuos que contestaban al Cuestionario de una manera que probablemente invalidara el protocolo. Como se indicó antes, esta escala se usó para ayudar a

<sup>1</sup> Menos del 10% de los adultos no-pacientes contestaban al ítem en una determinada dirección.



**TABLA 15. ESCALA TRIN (INCONSISTENCIA DE LAS RESPUESTAS VERDADERO)**  
Implicaciones de las puntuaciones

Puntuación directa	Utilidad del perfil	Hipótesis interpretativas
PD > 14	Perfil invalidado	Tendencia a la aquiescencia de respuestas
PD 9-13	Perfil válido	
PD < 9	Perfil válido	Tendencia a la no-aquiescencia de las respuestas (más bien no sabe o no contesta)

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

excluir de las muestras normativas a los individuos que proporcionaban registros inaceptables. (Ver Tabla 14).

La mayoría de los 40 ítems que constituyen la escala Fb, aparecen en el Cuadernillo del test después de los elementos de la escala F estándar. Por tanto, la puntuación Fb puede identificar un registro en el que el sujeto ha dejado de prestar atención a los ítems del test y ha cambiado hacia un patrón de respuesta esencialmente azaroso. Así, la escala Fb puede proporcionar una prueba adicional de la aceptabilidad de un registro dado, particularmente para las escalas Suplementarias y de Contenido.

La **escala TRIN** (Inconsistencia de las respuestas verdadero) y la **escala VRIN** (Inconsistencia de respuestas variables) son nuevas escalas de validez (Tellegen, 1982, 1988) diseñadas para complementar los indicadores de validez tradicionales. Debido a que no reflejan un determinado contenido del ítem, como hacen las medidas de la tendencia a falsear un comportamiento psicológico bueno o malo, estas dos escalas son bastante diferentes de L, F y K. Las puntuaciones TRIN y VRIN proporcionan un índice de la tendencia del sujeto a responder a los ítems de forma inconsistente o contradictoria. Así, TRIN y VRIN se parecen a la escala de Descuido (Greene, 1978) que también fue desarrollada para

identificar este tipo de inconsistencia en las respuestas al MMPI; de cualquier modo, existen medidas muy extendidas construidas con este mismo propósito.

Tanto TRIN como VRIN consisten en pares de ítems especialmente seleccionados. Cada par de ítems de VRIN tiene contenido similar u opuesto; cada par se puntúa ante la presencia de una inconsistencia en las respuestas a los dos ítems. En cada par de ítems, los patrones de una y otra respuesta puntúan como inconsistencia. Por ejemplo, en el par de ítems 3/39 sólo una respuesta Verdadero a ambos ítems se considera como inconsistente; en el par de ítems 6/90, tanto una respuesta de Verdadero al ítem 6 y una respuesta de Falso al ítem 90, como a la inversa, se considera como inconsistente. La puntuación en la escala VRIN es el número total de pares de ítems a los que se responde inconsistentemente. Puntuaciones altas en VRIN advierten que el sujeto puede haber contestado a los ítems del Cuestionario de forma indiscriminada, e indica la posibilidad de que el protocolo pueda ser invalidado y de que el perfil no sea esencialmente interpretable.

La escala TRIN, diferente a VRIN, se compone exclusivamente de pares de ítems cuyo contenido es opuesto. En este caso, la inconsistencia es evaluada de la siguiente manera: si un sujeto contesta inconsistentemente respondiendo Verdadero a ambos

**TABLA 15. ESCALA TRIN (INCONSISTENCIA DE LAS RESPUESTAS VERDADERO)  
Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuación directa	Utilidad del perfil	Hipótesis interpretativas
PD > 14	Perfil invalidado	Tendencia a la aquiescencia de respuestas
PD 9-13	Perfil válido	
PD < 9	Perfil válido	Tendencia a la no-aquiescencia de las respuestas (más bien no sabe o no contesta)

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and Clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

excluir de las muestras normativas a los individuos que proporcionaban registros inaceptables. (Ver Tabla 14).

La mayoría de los 40 ítems que constituyen la escala Fb, aparecen en el Cuadernillo del test después de los elementos de la escala F estándar. Por tanto, la puntuación Fb puede identificar un registro en el que el sujeto ha dejado de prestar atención a los ítems del test y ha cambiado hacia un patrón de respuesta esencialmente azaroso. Así, la escala Fb puede proporcionar una prueba adicional de la aceptabilidad de un registro dado, particularmente para las escalas Suplementarias y de Contenido.

La **escala TRIN** (Inconsistencia de las respuestas verdadero) y la **escala VRIN** (Inconsistencia de respuestas variables) son nuevas escalas de validez (Tellegen, 1982, 1988) diseñadas para complementar los indicadores de validez tradicionales. Debido a que no reflejan un determinado contenido del ítem, como hacen las medidas de la tendencia a falsear un comportamiento psicológico bueno o malo, estas dos escalas son bastante diferentes de L, F y K. Las puntuaciones TRIN y VRIN proporcionan un índice de la tendencia del sujeto a responder a los ítems de forma inconsistente o contradictoria. Así, TRIN y VRIN se parecen a la escala de Descuido (Greene, 1978) que también fue desarrollada para

identificar este tipo de inconsistencia en las respuestas al MMPI; de cualquier modo, existen medidas muy extendidas construidas con este mismo propósito.

Tanto TRIN como VRIN consisten en pares de ítems especialmente seleccionados. Cada par de ítems de VRIN tiene contenido similar u opuesto; cada par se puntúa ante la presencia de una inconsistencia en las respuestas a los dos ítems. En cada par de ítems, los patrones de una y otra respuesta puntúan como inconsistencia. Por ejemplo, en el par de ítems 3/39 sólo una respuesta Verdadero a ambos ítems se considera como inconsistente; en el par de ítems 6/90, tanto una respuesta de Verdadero al ítem 6 y una respuesta de Falso al ítem 90, como a la inversa, se considera como inconsistente. La puntuación en la escala VRIN es el número total de pares de ítems a los que se responde inconsistentemente. Puntuaciones altas en VRIN advierten que el sujeto puede haber contestado a los ítems del Cuestionario de forma indiscriminada, e indica la posibilidad de que el protocolo pueda ser invalidado y de que el perfil no sea esencialmente interpretable.

La escala TRIN, diferente a VRIN, se compone exclusivamente de pares de ítems cuyo contenido es opuesto. En este caso, la inconsistencia es evaluada de la siguiente manera: si un sujeto contesta inconsistentemente respondiendo Verdadero a ambos

**TABLA 17. ESCALA 1 (Hs) HIPOCONDRIA**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 80	Relacionado con problemas somáticos graves Ilusiones esquizoides, extrañas ilusiones corporales o somáticas Constrañido, inmobilizado por múltiples síntomas y quejas
T 60-80	Preocupaciones somáticas Reacción exigente a cualquier problema real Exageración de problemas físicos Trastornos del sueño Falta de energía Exigente Insatisfecho Quejas variables y múltiples
T 40-59	Puntuaciones medias Pequeñas preocupaciones, o ninguna, acerca del cuerpo o de la salud Emocionalmente abierto y equilibrado Realista y perspicaz
T < 40 (MMPI Original)	Ausencia de preocupaciones somáticas Enérgico Optimista Intuitivo Capaz, efectivo

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and Clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 17.

Originalmente la escala fue considerablemente más larga y se incluyó una escala especial de corrección para distinguir al paciente hipocondríaco de otros pacientes psiquiátricos con diferentes tipos de preocupaciones somáticas. Luego, la escala fue abreviada y se añadió a la puntuación directa de la escala 1 una fracción (0,5) de la puntuación directa en la escala K como sustituto de la escala de corrección original. En el MMPI-2 uno de los elementos ha sido eliminado debido a su dudoso contenido, quedando un total de 32 ítems.

**Escala 2 (D: Depresión).** Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes psiquiátricos con distintos tipos de depresión sintomática, fundamentalmente en los que tenían reacciones depresivas o un episodio depresivo de un trastorno maníaco-depresi-

vo. Los ítems incluidos en esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de individuos depresivos, sino también características básicas de la personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y autocastigo. La escala original desarrollada por Hathaway y McKinley contenía 60 ítems; en el MMPI-2 se han eliminado tres de los elementos debido a su dudoso contenido, y quedan 57 ítems.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 18.

En el apartado 4.8 se muestran dos conjuntos de subescalas para esta medida; una división en subescalas realizada por Wiener y Harmon (1946) y un conjunto de cinco áreas de contenido identificadas por Harris y Lingoes (1955): depresión subjetiva, retardo psicomotor, disfunción física, enlenteci-

**TABLA 18. ESCALA 2 (D) DEPRESIÓN**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 70	Depresión clínica severa Reservado, afectado seriamente por los problemas, desesperado Culpabilizado, con sentimientos de inutilidad e inadecuación Preocupado por la muerte, suicida Abatido, lento en el pensar y en el actuar.
T 60-70	Depresión moderada Insatisfecho con la vida Preocupado, ausencia de energía, incapacidad de concentración Quejas somáticas, problemas de sueño Reservado Falta de confianza en sí mismo, auto-depreciación, molesto, miserable Disfónico
T 40-59	Puntuaciones medias Conforme consigo mismo Estable, ajustado, realista
T < 40 (MMPI Original)	Alegre, de buen humor Seguro de sí mismo, autoconfiado Ausencia de inhibición, impulsivo, a veces descontrolado Socialmente extravertido Ausencia de desórdenes emocionales

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

miento mental y rumiación. Algunos investigadores consideran que la división de los ítems que componen la escala 2, es particularmente útil en la evaluación del impacto de los conjuntos de registros del test en las puntuaciones de esta escala. Los grupos de contenido proporcionan una base para evaluar las diversas razones especiales posibles de la ocurrencia de elevaciones moderadas en esta escala (ver también McCall, 1958).

**Escala 3 (Hy: Histeria de conversión).** Esta escala fue construida a partir de pacientes que mostraban algunas formas de trastornos motores o sensoriales en los que podía establecerse una base orgánica. Algunos de los 60 ítems componentes reflejan quejas físicas específicas o trastornos molestos, pero muchos otros implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse en sujetos con estas defensas.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 19.

Los ítems de la escala 3 también han sido divididos en diversos componentes por Wiener-Harmon y en las cinco áreas de contenido de Harris-Lingoes: negación de ansiedad social, necesidad de afecto, lasitud-malestar, quejas somáticas e inhibición de la agresión (ver apartado 4.8). Como en la escala 2, estas subescalas son útiles para interpretar elevaciones en la escala 3 y determinar el efecto de conjuntos de registros especiales en estas puntuaciones.

**Escala 4 (Pd: Desviación psicopática).** Esta medida fue desarrollada a partir de individuos que fueron enviados al servicio psiquiátrico para clarificar por qué siempre tenían continuos problemas con la ley, a pesar de que no sufrían deprivación cultural y de que poseían una inteligencia normal y, relativamente, carecían de serios



**TABLA 19. ESCALA 3 (Hy) HISTERIA**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 80	Considerar Reacción de Conversión Elevada sugestionabilidad Frecuente ansiedad y episodios de pánico Desinhibido Rabietas infantiles Reacciona a la vergüenza desarrollando síntomas físicos
T 60-80	Síntomas somáticos Trastornos del sueño Ausencia de comprensión acerca de las causas de los síntomas Negatividad Inmaduro, centrado en sí mismo Exigente, absorbente Sugestionable Cariñoso
T 40-59	Puntuaciones medias Realista, abierto a los sentimientos Lógico, sensato
T < 40 (MMPI Original)	Reservado, conformista, convencional Intereses reducidos Socialmente aislado y reservado Crítico, de mente cerrada

(Graham, I.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

trastornos neuróticos o psicóticos. Algunos de los ítems comprendidos en la escala 4 se refieren a la disposición de estas personas para reconocer esa clase de problemas; otros ítems reflejan la ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta. La escala está compuesta por 50 ítems; en el perfil estándar se añade una fracción (0,4) de la puntuación directa de la escala K a la puntuación directa de la escala 4.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 20.

El apartado 4.8 proporciona las subescalas de Wiener-Harmon para la escala 4, así como cinco subescalas de contenido de Harris-Lingoes: discordia familiar, proble-

mas con la autoridad, frialdad social, alienación social y autoalienación<sup>1</sup>.

**Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad).** Esta escala fue construida a partir de hombres que buscaron ayuda psiquiátrica en un esfuerzo por controlar sus sentimientos homosexuales o para poder hacer frente a confusiones dolorosas acerca de su rol sobre el género. Los esfuerzos similares por desarrollar una medida de divergencia del rol sobre el sexo en mujeres no tuvieron éxito (Hathaway, 1956). Según se descubrió, los ítems de esta escala cubrían también un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, interrelaciones sociales y aficiones en los que, en general, varones y mujeres difieren.

<sup>1</sup> Debe señalarse que la lista original de ítems en las subescalas de Harris-Lingoes se basó en una versión preliminar de la escala 4 y contenía ítems que, de hecho, no se incluyeron en la forma final de la escala.

Dado que, en esta escala, los baremos de las puntuaciones T en mujeres van en dirección opuesta a la de los varones, la escala 5 es esencialmente contraria en los dos sexos (con la excepción de 4 ítems que van en el mismo sentido en ambos sexos). También es importante señalar que cuatro de los ítems de la escala 5 original han sido eliminados del MMPI-2 debido a su contenido dudoso.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en las Tablas 21 y 22.

**Escala 6 (Pa: Paranoia).** Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes que fundamentalmente mostraban alguna forma de condición o estado paranoide. En este

esfuerzo, se dispuso de pocos individuos con una paranoia completamente desarrollada (Hathaway, 1956). El contenido de los ítems de la escala 6 refleja tanto una marcada sensibilidad interpersonal como una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros. También se incluyen en algunos de estos ítems egocentrismo e inseguridad. Wiener y Harmon dividieron los ítems de la escala 6 en diversos componentes y Harris y Lingo identificaron tres áreas de contenido en sus subescalas: ideas persecutorias, hipersensibilidad e ingenuidad (ver apartado 4.8). Según algunos investigadores, estas agrupaciones son útiles para evaluar las fuentes y el significado de las puntuaciones altas en la escala 6. En el MMPI-2 se han mantenido los 40 ítems de la escala 6 original.

**TABLA 20. ESCALA 4 (Pd) DESVIACIÓN PSICOPÁTICA**  
Implicaciones de las puntuaciones

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Asocial/comportamiento antisocial Juicio pobre Inestabilidad Irresponsable Egocéntrico e inmaduro Atacante y agresivo
T 60-75	Puede tener problemas con la Ley y la autoridad (varones) Puede consumir drogas no autorizadas (varones) Problemas familiares Impulsivo Airada, irritable, no cooperativa (mujeres) Culpabilidad, vergüenza Extrovertido Relaciones superficiales Enérgico Creativo
T 40-59	Puntuaciones medias Sincero, confiado Responsable, persistente
T < 40 (MMPI Original)	Convencional y rígido Aceptación de la autoridad Sincero Persona de confianza Moralista, autocrítico Excesivamente cumplidor

**TABLA 21. ESCALA 5 (Mf) MASCULINIDAD-FEMINIDAD: VARONES**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Considerar graves problemas sexuales
T 60-75 (MMPI Original)	Conflictos sobre la identidad sexual Afeminado Ausencia de intereses masculinos tradicionales Intereses intelectuales Sensible, empático
T 40-59	Puntuaciones medias Práctico Acomodaticio Realista Convencional
T < 40 (MMPI Original)	Patrón tradicional de intereses masculinos Declaraciones machistas, crudo, agresivo Intereses reducidos, escasos No le gusta jugar con los sentimientos Imprudente Orientado a la acción Autoconfiado

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

**TABLA 22. ESCALA 5 (Mf) MASCULINIDAD-FEMINIDAD: MUJERES**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Considerar graves problemas sexuales
T 60-75 (MMPI Original)	Rechazo del papel tradicional femenino Asertiva Segura de sí misma Competitiva
T 40-59	Puntuaciones medias Empática Capaz Competente Acomodatícia Considerada Idealista
T < 40 (MMPI Original)	Con bajo nivel cultural: - Se presenta a sí misma como muy femenina - Pasiva, sumisa, complaciente, dócil - Quejica - Ingenua, idealista  Con buen nivel cultural: - No especialmente femenina a la manera tradicional - Capaz, segura, concienzuda - Enérgica, competitiva - Considerada - Flexible, informal

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

**TABLA 23. ESCALA 6 (Pa) PARANOIA**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 70	Considerar psicosis paranoide
T 60-70	Predisposición paranoide Excesivamente sensible Suspica Airado, resentido Reservado
T 50-59	Sensible Suspica Airado, resentido Ausencia de control emocional
T 45-49	Puntuaciones medias Racional Pensamiento claro Cauto Flexible
T 35-44 (MMPI Original)	Tenaz Evasivo Egocéntrico Insatisfecho Sin intuición Considerar psicosis
T < 35 (MMPI Original)	Probablemente psicosis paranoide Cauteloso y evasivo Testarudo

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 23.

**Escala 7 (Pt: Psicastenia).** Fundamentalmente, esta escala fue construida a partir de pacientes que mostraban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, o los miedos exagerados que presentaba el grupo neurótico, descrito entonces con el diagnóstico de psicastenia (un debilitante del propio control mental sobre pensamientos y acciones), pero que corresponde a la actual designación del trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque algunos de los contenidos de los ítems se refieren a esa temática sintomática, la escala completa refleja ansiedad y estrés más generalizados (o emocionalmente negativos), así como la declaración de estrictas normas de moral,

auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos. En la escala 7 permanecen 48 ítems y en el perfil estándar el valor total de la puntuación K se añade a la puntuación directa de esta escala. No se han desarrollado subescalas para la misma.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 24.

**Escala 8 (Sc: Esquizofrenia).** Esta medida se construyó a partir de pacientes psiquiátricos que manifestaron varias formas de esquizofrenia. Los esfuerzos iniciales por crear medidas separadas de las distintas formas de esquizofrenia no tuvieron éxito (Hathaway, 1956). El contenido de los ítems cubre un amplio rango de pensamientos extraños, experiencias inusuales y caracte-



**TABLA 24. ESCALA 7 (PI) PSICASTENIA**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Miedo extremo, ansiedad, tensión Trastornos del pensamiento Percepción defectuosa Falta de concentración Rumiaciones Rituales rígidos Fobias supersticiosas Sentimientos de culpa
T 60-75	Ansiedad, moderada depresión Pesadillas en los sueños Falta de seguridad en sí mismo Culpabilidad Perfeccionista Indeciso No se siente aceptado por los demás
T 40-59	Puntuaciones medias Confiable Sincero Adaptable Bien organizado
T < 40 (MMPI Original)	Ausencia de desórdenes emocionales. Seguro de sí mismo Capaz, competente Personalidad con prestigio, éxito, reconocimiento

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and Clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

rísticas sensibles especiales de estos individuos. Se mantienen los 78 ítems en la escala 8, y en el perfil estándar, el valor completo de la puntuación directa en la escala K se añade a las puntuaciones directas de esta escala.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 25.

El apartado 4.8 muestra una lista de las subescalas de Wiener-Harmon de la escala 8, junto con 6 agrupaciones de contenido de Harris-Lingoes: alienación social, alienación emocional, tres medidas de ausencia de autocontrol (cognitivo, conativo e inhi-

bición defectuosa) y experiencias sensoriales extrañas.

**Escala 9 (Ma: Hipomanía).** Esta escala se desarrolló a partir de pacientes con estados tempranos de un episodio maníaco o de un trastorno maníaco-depresivo<sup>1</sup>. El contenido de los ítems de la escala 9 cubre algunas de las características conductuales de esta condición y rasgos asociados (ambición desmedida, extraversión y altas aspiraciones). Permanecen 46 ítems en la escala y una fracción (0,2) de la puntuación directa de la escala K se añade a la puntuación directa de la escala 9 en el perfil estándar. Wiener y Harmon crearon subescalas para esta escala y Harris y Lingoes agruparon los ítems componentes en cuatro áreas de con-

<sup>1</sup> Las personas que manifestaron psicosis plenamente desarrollada no pudieron ser evaluadas mediante el Cuestionario.

**TABLA 25. ESCALA 8 (Sc) ESQUIZOFRENIA**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Posible trastorno esquizofrénico
T 60-75	Esquizoide de estilo libre Confuso Miedoso Pesadillas en los sueños Reservado, no comprometido Fantasía y ensueños excesivos
T 40-59	Puntuaciones medias Adaptable Dependiente Buen equilibrio
T < 40 (MMPI Original)	Sensible Confiado Prudente, convencional Concreto, práctico Condescendiente, sumiso

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

**TABLA 26. ESCALA 9 (Ma) HIPOMANÍA**  
**Implicaciones de las puntuaciones**

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 80	Posible trastorno bipolar, tipo maníaco
T 70-80	Energía excesiva Ausencia de dirección Desorganización conceptual Poco realista en su auto-valoración Tiránico, mandón Muy hablador Baja tolerancia a la frustración Impulsivo
T 60-69	Activo Enérgico Extrovertido Creativo Rebelde
T 40-59	Puntuaciones medias Sociable y amistoso Responsable Realista Entusiasta Equilibrado
T < 40 (MMPI Original)	Sensible Confiado Responsable Prudente, convencional Sumiso, condescendiente Práctico, concreto

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

**TABLA 27. ESCALA 0 (Si) INTROVERSIÓN SOCIAL**  
Implicaciones de las puntuaciones

Puntuaciones T	Hipótesis interpretativas
T > 75	Extremadamente reservado
T 60-75	Introvertido, reservado, tímido Depresivo, culpable Bajo ritmo personal Ausencia de seguridad en sí mismo Ausencia de intereses Supercontrolado Sumiso, condescendiente Persona de confianza, formal Responsable en el trabajo
T 40-59	Puntuaciones medias Activo, energético Amistoso Equilibrado Hablador
T < 40 (MMPI Original)	Extravertido, sociable Seguro de sí mismo Enérgico Competitivo Poco controlado Manipulativo

(Graham, J.R. *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical Scales*. Brujas, Workshop, 1992)

tenido: amoraldad, aceleración psicomotriz, imperturbabilidad y auto-envanecimiento (ver apartado 4.8).

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 26.

**Escala 0 (Si: Introversión social).** Esta escala fue desarrollada por L. E. Drake (1946) a partir de muestras de escolares que puntuaron en los extremos de la escala de introversión y extraversión social en el *T-S-E Inventory (Thinking Social Emotional Introversión Inventory)*, de Evans y McConnell, (1941). Las puntuaciones superiores a la media en la escala 0 reflejan niveles elevados de reserva social, preferencia por pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social. Las puntuaciones por debajo de la media reflejan las tendencias contrarias, en el sentido de participación y ascen-

denza social. En el MMPI-2 hay 69 ítems en la escala 0; un ítem fue eliminado debido a su contenido dudoso.

Las posibles hipótesis interpretativas derivadas de sus puntuaciones pueden apreciarse de forma breve y esquemática en la Tabla 27.

Hostetler, Ben-Porath, Butcher y Graham (1989) han desarrollado un conjunto de subescalas para la escala Si utilizando un procedimiento multiestadio y multimétodo que implica el análisis factorial del nivel de los ítems y procedimientos de desarrollo racional de escalas. Las tres subescalas, Timidez/Auto-conocimiento (Si1), Evitación Social (Si2) y Alienación respecto a sí mismo y a otros (Si3), tienen una consistencia interna entre 0,75 y 0,82, y una estabilidad test-retest entre 0,77 y 0,91 (ver apartado 4.8).

## FIABILIDAD DE LAS ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS

Los datos de fiabilidad test-retest y consistencia interna de las escalas básicas en el perfil aparecen en el Apéndice original D<sup>1</sup>. Estos valores van de 0,67 a 0,92 en una muestra de 82 varones, y de 0,58 a 0,51 en una muestra de 111 mujeres. Como se indicó en la Tabla 8, cinco de las escalas básicas han sido abreviadas eliminando ítems de contenido dudoso o ítems desactualizados. El impacto de la anulación de estos ítems fue mínimo; la fiabilidad de las escalas afectadas (F, 1, 2, 5 y 0) es comparable a la de las otras escalas.

La sensibilidad de estos límites de fiabilidad de cualquier puntuación dada en el Cuestionario es también importante en la interpretación de los patrones de perfiles. En un emparejamiento de códigos de combinaciones de las dos escalas con las puntuaciones más elevadas, como por ejemplo código 27, el orden 72 sólo sería razonable en una asignación de código basada en las fiabilidades de esas dos medidas componentes. Estos rangos de puntuaciones basados en el error típico de medida son también útiles en la evaluación de cualquier cambio obtenido a partir de una segunda administración del MMPI-2 a un determinado individuo.

## ESTRUCTURA FACTORIAL DE LAS ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS

El Manual original americano (Apéndice F) presenta dos matrices de intercorrelación de las escalas básicas del MMPI, una de varones y otra de mujeres de la muestra

normativa nacional. Además, los resultados del análisis factorial de los principales componentes, realizado en esas dos matrices, son bastante consistentes con los estudios previos de los que informa la literatura sobre el tema<sup>2</sup>, que muestran factores del MMPI separados de mentalidad psicótica y preocupaciones neuróticas, así como factores menores que se refieren a la identificación del rol sobre el sexo y el trastorno de personalidad. Sin embargo, existen algunas diferencias apreciables entre los factores resultantes en varones y mujeres, que sugieren que algunos de los patrones del MMPI pueden tener diferentes significados interpretativos en cada género o sexo<sup>3</sup>.

## CORRELATOS DE LAS ESCALAS CLÍNICAS

Se ha dedicado un gran conjunto de investigaciones a establecer el significado o significación de los diferentes niveles de elevación de cada una de las escalas clínicas. En el Manual original se resumen algunos de los niveles más comunes de puntuación con diferentes fuentes. Si se utiliza esta lista como guía es posible esbozar un conjunto preliminar de hipótesis interpretativas de cada conjunto de elevaciones de las escalas clínicas. Antes de examinar los patrones de perfil generados por los códigos de combinaciones de puntuaciones, muchos clínicos evalúan cada escala para formar un bosquejo inicial del individuo examinado. Dos ejemplos, tomados del *Manual for administration and scoring* del MMPI-2 (pgs. 31-33), servirán de ilustración respecto al uso de estos datos como un primer paso en el proceso interpretativo.

<sup>1</sup> No se corresponde con el apéndice D de este Manual. Los interesados pueden consultar el Manual americano.

<sup>2</sup> Ver los sumarios que se proporcionan en Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975.

<sup>3</sup> Algunos resultados diferentes del análisis factorial se encuentran típicamente en los análisis realizados en intercorrelaciones de los ítems componentes.



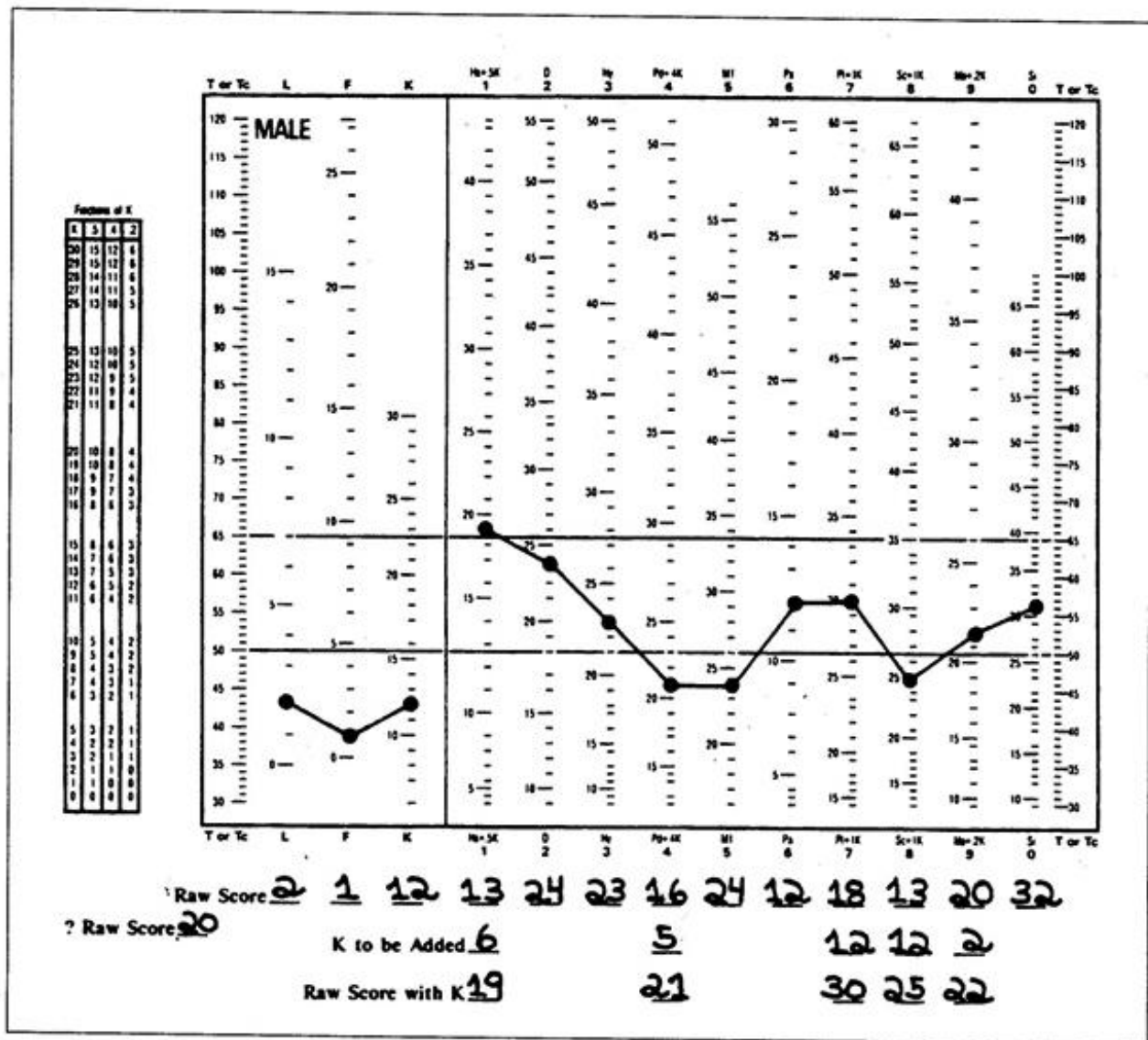


Fig. 2. Sr. A. 60 años, hombre de negocios. Código 12-670 39/845/LK:F.  
(Tomado del Manual for administration and scoring, 1989, pg.33)

**Ejemplo 1:**

El Sr. A. fue examinado en un servicio médico de consulta ambulatoria, presentando quejas respecto de una variedad de dolores y malestares abdominales. Tiene 60 años de edad, es un hombre de negocios, blanco, casado, con dos años de universidad. Se encontraron pequeñas evidencias de base orgánica en sus quejas, y fue remitido para su evaluación psicológica. El perfil que obtuvo en el MMPI-2 se muestra en la Figura 2; el código es: 12-670 39/845/LK:F. Todos los indicadores tradicio-

nales de validez están por debajo de la media y sugieren que fue muy cooperativo con el test. No hay evidencia de defensividad o de intención de distorsionar su auto-presentación.

Sus puntuaciones L y K entran dentro de los rangos que incrementan la posibilidad de que finja deliberadamente un pobre ajuste, pero su puntuación en la escala F no indica que eso sea cierto. Los significados de estos indicadores de validez sugieren que este hombre es abierto, convencional, probablemente muestra sus problemas,

aunque no se encuentra inmerso en una seria crisis emocional.

La escala 1 presenta una puntuación T 66, y es la puntuación clínica más alta de todas las escalas. Una elevada puntuación en esta escala sugiere que el sujeto es más bien egocéntrico y exigente, pesimista y derrotista en su visión del futuro, y probablemente reacciona exageradamente frente a algunos problemas reales. Es probable que el Sr. A. presente numerosas quejas físicas cada vez en una parte diferente de su cuerpo.

La segunda puntuación más alta es la escala 2 y tiene un rango moderado. Esta puntuación sugiere también que es pesimista y está desanimado frente a su futuro. Se encuentra insatisfecho consigo mismo o con el mundo, es inquieto y de humor variable. Su temperamento es introvertido, pero es un individuo responsable y modesto.

Otras tres puntuaciones entran dentro del rango moderado: las escalas 6, 7 y 0. Estas puntuaciones también caracterizan al Sr. A. como responsable, trabajador y reservado.

Los individuos con perfiles 12/21 muestran una reacción exagerada a los trastornos físicos, son propensos a la fatiga y suelen ser tímidos, irritables, reservados y depresivos. Son rasgos prominentes los dolores viscerales, preocupaciones excesivas acerca del funcionamiento del cuerpo y ausencia de *insight*.

El análisis escala por escala de este perfil revela ciertas tendencias hipocondríacas y depresivas en un sujeto introvertido, de humor variable y trabajador. Las características típicas del código están presentes, pero sólo en un grado moderado, como cabría esperarse en un perfil con elevaciones de esta magnitud.

Estas características se confirman claramente en la información de los datos personales del Sr. A. Está casado desde los 25 años con su actual esposa; no ha tenido dificultades conyugales. Sin embargo, el Sr. A. ha perdido recientemente su trabajo, lo cual ha supuesto una pérdida del ingreso familiar. Tiene un hijo de 25 años que está viviendo fuera de casa.

En el último año, muy frecuentemente, el Sr. A. ha consultado a su médico de cabecera y ha hecho tres visitas a la clínica ambulatoria de la Administración de Veteranos en los últimos meses. Además presenta síntomas abdominales y tiene problemas de sueño, quejas de fatiga crónica, pérdida de interés por el sexo y miedos recurrentes a la muerte. También ha perdido peso considerablemente y ha tenido dificultades para concentrarse en su trabajo. Los sedantes no le han servido de ayuda. La actual impresión diagnóstica es que el Sr. A. sufre de distimia (depresión moderada) con rasgos de hipocondría.

### **Ejemplo 2:**

El Sr. B. es un varón negro de 23 años de edad, casado, con título de bachiller y con un año de preparación en un instituto técnico. Ha estado trabajando como electricista, pero recientemente ha perdido su trabajo en una compañía constructora. Remitido por su médico de cabecera, fue examinado en un centro de salud mental. Presentó la queja de que estaba ansioso y nervioso, de que tenía poco o nada de apetito y de que últimamente tenía dificultades para concentrarse. Su médico creía que sus problemas emocionales eran más serios de lo que él estaba dispuesto a admitir y pidió una evaluación psiquiátrica más profunda.

Como parte de su evaluación, el Sr. B. completó el MMPI-2; el perfil resultante produjo un código de: 68\*97\*4\*2-013/5 F1/L:K. Hubo numerosas puntuaciones clí-

nicas altas, y los indicadores de validez aumentaron la preocupación acerca de la aceptabilidad de su registro como base para extraer conclusiones acerca de su estado emocional. Aunque el número de ítems en la escala F (26) estaba dentro del rango de valores que podrían reflejar un modo azaroso de responder a los ítems del test, ni la puntuación directa en L de 3 ni la puntuación directa en K de 9 fueron consistentes con tal actitud hacia el test. Sin embargo, las puntuaciones L y K, sugieren que deliberadamente, el Sr. B. pudo haber intentado exagerar sus problemas. En tal patrón, la alta puntuación de la escala F podría interpretarse más acertadamente como parte de una demanda de ayuda.

Un examen escala por escala del perfil clínico reveló que el nivel de puntuaciones en las escalas 6 y 8 fue muy alto, indicando que el Sr. B. podría estar manifestando un trastorno de pensamiento, con creencias muy extrañas, reserva social y sentimientos de referencia. La escala 9 también obtuvo una puntuación muy alta, indicando la posibilidad de que el sujeto es marcadamente impulsivo, está confundido y carece de control efectivo sobre su carácter. Sin embargo las altas puntuaciones tanto en la escala 2 como en la 7 indican que está ansioso, preocupado y deprimido (quizás como consecuencia de su impulsividad), y que se esfuerza por controlar sus pensamientos y acciones desviados, mediante rígidos rituales compulsivos. La alta puntuación de la escala 2 sugirió que está experimentando una depresión considerable, con baja autoestima y auto-confianza, numerosas quejas físicas y considerables dificultades con el sueño. La escala 4 fue muy alta, indicando inestabilidad emocional e irresponsabilidad así como problemas de ataque, agresividad u otras acciones antisociales. Las escalas 1, 3 y 5 estuvieron en el rango modal para varones; el nivel moderado en estas escalas proporciona mayor evi-

dencia apoyando la conclusión de que este registro no fue azaroso sino válido para esta clase de evaluación.

Cuando carecen de estrés, los individuos con un código 68/86 son socialmente reservados y evitativos. También, probablemente interpretan que la mayoría de las actividades giran en torno a ellos, incluso los sucesos o acontecimientos no relacionados con ellos los interpretan como si se refiriesen a ellos mismos. Frecuentemente suelen causar la impresión de que son excesivamente sensibles y de que se les puede ofender fácilmente. Cualquier ataque a su orgullo puede ser recordado por ellos durante mucho tiempo; estos individuos pueden abrigar rencor y sentimientos de venganza acerca de tales episodios.

Sin embargo los sujetos con un patrón elevado o muy elevado 68/86, como el que muestra el perfil del Sr. B., informan sentirse extremadamente maltratados, con fuertes convicciones de que el poder de otros se aprovecha de ellos o les influye. A la vez que esconden estas creencias, suelen mostrar una sinceridad ingenua y creen que la gente es, generalmente, buena y bien intencionada. Esta combinación contradictoria les lleva a creer que otra gente "les traiciona" y activan esa clase de ira y resentimiento que el Sr. B. parece mostrar en sus respuestas al MMPI-2. Estos individuos suelen también tener extrañas experiencias visuales, oyen voces o tienen cualquier otra sensación extraña, y sienten que son influidos o controlados por otros.

Los resultados del MMPI-2 fueron consistentes con un diagnóstico de reacción esquizofrénica, de tipo paranoide, con introversión social y rumiaciones depresivas. También indicaron que era probable que el Sr. B. hubiese estado actuando impulsivamente (quizás antisocialmente) sobre la base de sus creencias paranoides.

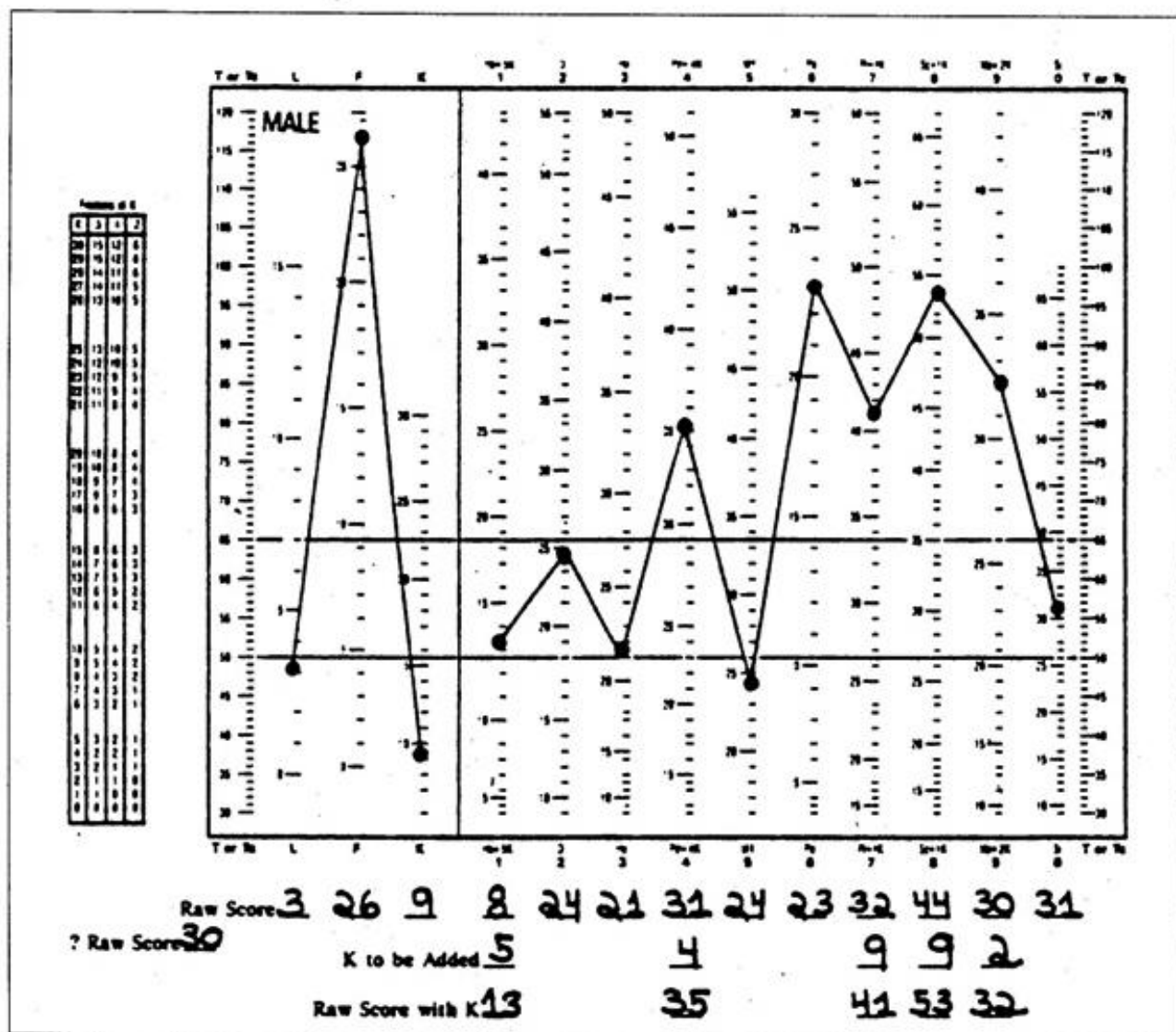


Fig. 3. Sr. B. Electricista, 23 años, código: 68\*97\*4'-2/013:5 F!/L:K.  
(Tomado del Manual for administration and scoring, 1970, pg.42)

Una investigación más profunda de los datos del Sr. B. reveló que había perdido su último trabajo debido a que atacó a su supervisor con un cuchillo tras haber sido criticado por la calidad de su trabajo en un edificio en construcción. Fue arrestado en esa ocasión, pero los cargos no fueron presentados.

Dado que éste fue uno más de una serie de otros episodios de pérdida de trabajo, después de haber perdido este último trabajo quedó muy abatido y desanimado. Se sintió desesperado y presentaba problemas

para concentrarse. Según su esposa, estaba nervioso y tenso, y había perdido el apetito.

En muchas actividades había caído en un patrón en que hacía las cosas una y otra vez de forma rígida y sin sentido. Sentía que tenía que estar constantemente en guardia y que era cierto que le habían estado espionando. También informó de numerosas sensaciones peculiares en torno a su cuerpo.

Había sido siempre bastante tímido y socialmente reservado. Hace pocos años



tuvo problemas serios con la bebida y había probado varias drogas. Sus episodios de alcoholismo habían sido graves, llevándole a la pérdida de conocimiento, y había sido la razón de que perdiera sus anteriores trabajos. En otras ocasiones había tenido peleas con compañeros de trabajo, lo cual le llevó a ser despedido.

#### 4.4. COMBINACIONES DE LOS CÓDIGOS

Aunque cada escala tiene significado para hacer inferencias psicológicas sobre un sujeto o cliente determinado, las combinaciones de puntuaciones elevadas son igualmente importantes en la interpretación del MMPI-2. Muchas de ellas se resumen en términos de pares o triadas de punto-alto. Los investigadores del significado de los patrones del MMPI, han señalado en el pasado que las tablas de puntuaciones T de las escalas clínicas del MMPI original no producían distribuciones de puntuaciones uniformes en todas las escalas. Ha sido difícil determinar las razones de ello, pero entre ellas pueden incluirse las deficiencias psicométricas en los procedimientos normativos o los porcentajes diferenciales de base en los distintos procesos psicológicos y rasgos de personalidad en los varones y mujeres de Minnesota incluidos con las muestras en las que se desarrollaron los baremos originales del Cuestionario.

En las tablas de puntuación T proporcionadas para el MMPI-2, las transformaciones descritas anteriormente, han permitido que las distribuciones de las puntuaciones T sean más comparables en cada una de las ocho escalas (omitiendo las escalas 5 y 0). En el Manual original americano se muestra el efecto de esas transformaciones psicométricas sobre las frecuencias de varias combinaciones de códigos en una muestra real de pacientes psiquiátricos de Ohio y Minnesota. También se muestra el impacto

de un procedimiento de normalización sobre las distribuciones de las puntuaciones T en ocho de las escalas clínicas, en las mismas muestras psiquiátricas aplicando los baremos de Mayo (Colligan y otros, 1983).

Aunque el número de individuos con puntuaciones altas a través de las ocho escalas clínicas fue bastante similar en los baremos originales y en la tablas de Mayo, el uso de distribuciones normalizadas produce una menor elevación de las puntuaciones T para estos pacientes, especialmente en valores cercanos a T 80 o superior. Sin embargo, si se usa tanto el escalamiento tradicional en puntuaciones T lineales como el actual método de puntuaciones T uniformes, con el MMPI-2, se dan mayores discriminaciones en los niveles superiores de puntuación.

La comparación de los métodos de escalamiento lineal tradicional y uniforme muestran que la prevalencia de los códigos de punto-elevado (y códigos de pares puntp-alto) implicando las escalas 1, 3, 6, y 7, aumenta considerablemente mediante los valores en puntuaciones T uniformes. Este resultado se obtuvo sin perder un número apreciable de puntuaciones altas, lo cual sucedió cuando se aplicaron los procedimientos Mayo de normalización a esas puntuaciones.

En la interpretación del MMPI, podría señalarse un punto adicional acerca del uso de las configuraciones de puntuaciones de escalas (por ejemplo, combinaciones de códigos): una implicación obvia de la fiabilidad, es que algunos perfiles del MMPI en los que las puntuaciones mayores son casi iguales a otras en elevación, los códigos punto-alto pueden ser algo indeterminados. No obstante, la práctica común ha sido considerar como intercambiables el primero y segundo puntos más altos. Así, un código 13 se considera que tiene un significado igual al del código 31.

En el material sobre combinaciones de códigos y sus correlatos resumidos en muchos atlas interpretativos y manuales, los datos se presentan en términos de tipos de códigos 13, 31, 27, 72, etc.

#### 4.5. ÍNDICES Y PROCEDIMIENTOS DE CLASIFICACIÓN

A partir de los resultados del MMPI-2 pueden calcularse ciertos índices que han demostrado aportar informaciones significativas nuevas.

##### Porcentaje de Verdadero

Este porcentaje es siempre interesante y puede ser usado para identificar la falta de cooperación del sujeto que completó el Cuestionario respondiendo a todas o la mayor parte de las preguntas como Verdadero.

##### Porcentaje de Falso

Este porcentaje también es relevante en todos los ámbitos y refleja respuestas a los ítems en la dirección todo o casi todo Falso. Un alto porcentaje de respuestas Falsas sugiere que un individuo ha respondido a los ítems negando indiscriminadamente los problemas.

##### Elevación media del perfil

La media de las puntuaciones T, en ocho de las escalas clínicas (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc y Ma), proporciona información preliminar del grado total de desajuste manifestado en el MMPI-2. Las elevaciones medias de las puntuaciones por encima de T 65, sugieren que el sujeto informó de un gran número de problemas psicológicos.

##### Índice F - K

El Índice de Disimulación desarrollado por Gough (1947) es una medida útil de la

simulación en las respuestas del test o de la atribución de un excesivo número de problemas. Puntuaciones superiores a +15, generalmente son interpretadas como "fingir estar mal" (*faking bad*) o como una autopercepción excesiva de problemas psicológicos.

##### Índice de Goldberg

El trabajo de Goldberg (1965) indicó que una simple combinación lineal de ciertas puntuaciones del MMPI, permite una fórmula predictiva que discrimina entre perfiles neuróticos y perfiles psicóticos. El índice se calcula sumando y restando las puntuaciones T, de la siguiente manera:  $L + Pa + Sc - Hy - Pt$ . Si el resultado de la puntuación es mayor que 45, sugiere un diagnóstico psicótico. En este índice son utilizadas las puntuaciones T. En el ámbito de la salud mental, el índice de Goldberg puede ser bastante útil para discriminar pacientes psicóticos de neuróticos.

##### Reglas de Henrichs

Henrichs (1964, 1966), de acuerdo con ciertas normas clínicas, clasificó casos como psicóticos, neuróticos o de desorden de carácter. Aunque no ha habido una extensa validación empírica de estas reglas, pueden dar al usuario una "segunda opinión" sobre el tipo de psicopatología del caso. Se utilizan las puntuaciones T del MMPI original.

##### Índice de Trastorno

Cooke (1967a, 1967b) trató de facilitar una puntuación, basada en el MMPI, que indicara el grado de manifestación psicopatológica en estudiantes universitarios. A partir de las escalas clínicas y las escalas suplementarias A, R y Es, empleó puntuaciones de cinco intérpretes experimentados en el MMPI y obtuvo una medida lineal de trastornos psicológicos. Recomendó que se

usasen las puntuaciones de 550 o superiores, para determinar si se encuentra presente un grado significativo de perturbación. El Índice de Trastorno se calcula en los individuos que son atendidos en centros o unidades de asesoramiento psicológico para universitarios.

### **Sistema de clasificación Megargee de la Delincuencia**

Megargee y Bohn (1977) identificaron diez tipos de delincuentes mediante el uso de su perfil del MMPI y estudiaron un número de variables demográficas y comportamientos en prisión, asociado con estos perfiles prototipos. El Sistema de Clasificación de Presos, de Megargee, ha conducido a numerosas investigaciones. Una revisión general de los hallazgos es proporcionada por Kennedy (1986). Numerosos artículos proporcionan pruebas empíricas del sistema Megargee (Bohn, 1979; Booth y Howell, 1980; Dahlstrom, Panton, Bain y Dahlstrom, 1986; Edinger, 1979; Edinger, Reuterfors y Logue, 1982; Hanson, Moss, Hosford y Johnson, 1983; Johnson, Simmons y Gordon, 1983; Louscher, Hosford y Moss, 1983; Megargee, 1984; Moss, Johnson y Hosford, 1984; Motiuk, Bonta y Andrews, 1986; Mrad, Kabacoff y Duckro, 1983; Simmons, Johnson, Gouvier y Muzyczka, 1981; Walters, 1986; y Zager, 1983).

Los diez tipos de Megargee parecen darse en diferentes muestras de presos; los mismos tipos fueron encontrados en similar proporción en diferentes prisiones de máxima y media seguridad, y en otras instituciones de régimen abierto (Dahlstrom, Panton, Bain y Dahlstrom, 1986; Johnson y otros, 1983; Mrad y otros, 1983; Walters, 1986). Sin embargo, las proporciones de presos en cada clasificación varían algo en algunas muestras. Los resultados no parecen ser consistentes para confirmar si las características de las muestras específicas están aso-

ciadas con determinadas proporciones de los diferentes tipos.

No hay suficiente información disponible para justificar la aplicación de esta clasificación a las mujeres presidiarias (ver Edinger, 1979). Además, hay algún interrogante respecto si el sistema de clasificación es adecuado para los presos varones de larga estancia carcelaria.

Aunque la tipología de Megargee puede darse en muchos grupos, los correlatos de los tipos no han sido encontrados para generalizar consistentemente todos los grupos de presos. Algunos estudios encontraron que la historia personal, psiquiátrica, demográfica, ajuste en prisión o resultado de variables, no están diferencialmente asociados con alguno de los tipos.

"CHARLIE" parece ser el tipo que más consistentemente predice el desajuste psiquiátrico y conductual, incluyendo un mal ajuste en prisión. El tipo "HOW" también parece ser muy consistente con problemas psicológicos y de ajuste.

Hasta el momento, las investigaciones disponibles no aportan respuesta a la pregunta respecto a si unos tipos son más estables que otros. Algunos estudios han cuestionado la estabilidad de algunos de los tipos de Megargee, encontrando que entre el 60% y el 90% de los presos cambian de tipo antes de los cuatro meses (Dahlstrom, Bain y Dahlstrom, 1986; Johnson y otros, 1983; Simmons y otros, 1981). Sin embargo, queda abierta la pregunta respecto a si esos cambios reflejan inestabilidad invalidante o cambios reales de personalidad, estilo de afrontamiento, conductual, etc. (Zager, 1983). Por ejemplo, en la muestra de Dahlstrom, compuesta por presos condenados a muerte, y cuya sentencia fue conmutada, los cambios desde los tipos patológicos "CHARLIE" y "HOW" a los tipos menos patológicos "ITEM", "EASY" o "GEORGE", pueden ser un reflejo válido de



los cambios en su estado mental. En conjunto, para la toma de decisiones clínicas o administrativas se recomienda que la tipología de Megargee sea utilizada con precaución, aunque puede proveer hipótesis útiles cuando es complementada con otra información. La clasificación mediante las reglas de Megargee utiliza puntuaciones T del MMPI original, hasta tanto nuevas investigaciones indiquen que puedan ser sustituidas por las puntuaciones T desarrolladas para el MMPI-2.

### La tipología del dolor crónico

En años recientes, han sido ampliamente estudiados con el MMPI pacientes con dolor crónico (Armentrout, Moore, Parker, Hewett y Feltz, 1982; Bernstein y Garbin, 1983; Bradley, Prokop, Margolis y Gentry, 1978; Bradley y Van der Heide, 1984; Fordyce, 1987; Hart, 1984; McCrery, 1985; McGill, Lawlis, Selby, Mooney y McCoy, 1983; y Prokop, Bradley, Margolis y Gentry, 1980). El MMPI es el instrumento más utilizado en estudios de personalidad y comportamiento sintomático de pacientes con dolor crónico. Recientemente, Costello, Hulsey, Schoenfeld y Ramamurthy (1987) han resumido la extensa literatura de investigación del MMPI en dolor crónico, demostrando que cuatro grupos principales de tipos en el MMPI dan cuenta de un significativo porcentaje de pacientes con dolor. Esos grupos de pacientes con dolor, llamados subtipos P, A, I o N, fueron encontrados a través de una gran variedad de entornos de tratamientos del dolor. Investigaciones preliminares apoyan la opinión de que esos perfiles representan diferentes tipos de problemas en términos de expresión sintomática, sensibilidad y resultado de tratamiento. Keller y Butcher (1991), usando el MMPI-2, encontraron que los subtipos P, A, I y N de Costello y colaboradores, pudieron ser corroborados en una extensa muestra de pacientes con dolor

crónico, clasificaron sólo la mitad del total de la muestra, sugiriendo que estas reglas son altamente conservadoras a la hora de asignar a los pacientes a los grupos hallados en muchos estudios.

## 4.6. LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Para ayudar a interpretar las escalas básicas y aumentar la cobertura de problemas y trastornos clínicos, se han definido varias escalas adicionales. Para la interpretación de estas escalas, no se especifican niveles absolutos respecto de las puntuaciones altas y bajas. En general las puntuaciones T mayores de 65 pueden considerarse como puntuaciones altas y las puntuaciones T menores de 40 pueden considerarse como puntuaciones bajas. En algunas escalas, como la escala revisada de Alcoholismo de McAndrew, suelen hacerse recomendaciones más específicas concernientes a los niveles de puntuación. Las puntuaciones T de estas escalas se incluyen en las tablas A-5 (varones) y A-6 (mujeres) del Apéndice A.

### Escalas tradicionales

Generalmente, el material interpretativo de estas cuatro escalas es más completo que el de algunas medidas más recientes que ahora aparecen en el MMPI-2.

**A (Ansiedad):** La escala fue desarrollada por Welsh (1956) para evaluar la primera dimensión que emerge cuando las escalas básicas de validez y clínicas del MMPI son sometidas a análisis factorial. Tanto la Escala A original como la versión del MMPI-2 tienen 39 ítems. Puntuaciones altas reflejan malestar, ansiedad, incomodidad y trastornos emocionales generales. Los sujetos que puntúan alto tienden a ser inhibidos y excesivamente controlados, incapaces de tomar decisiones sin vacilación e incertidum-



bre, conformistas y fácilmente alterables en situaciones sociales. En contraste, las puntuaciones bajas reflejan ausencia de malestar emocional. Los individuos que puntúan bajo tienden a ser enérgicos, competitivos y socialmente abiertos. Pueden ser incapaces de tolerar la frustración y frecuentemente prefieren la acción a la contemplación.

**R (Represión):** La escala fue desarrollada por Welsh (1956) para evaluar la segunda dimensión que emerge cuando las escalas de validez y clínicas del MMPI son sometidas a análisis factorial. La escala R original incluía 40 ítems; la versión MMPI-2 de la escala contiene 37 ítems. Los sujetos que puntúan alto tienden a ser convencionales y sumisos, y se esfuerzan por evitar situaciones desagradables o no placenteras. Los sujetos que puntúan bajo en la escala R parecen ser acomodaticios, adaptables, enérgicos, expresivos, desinhibidos e informales, con entusiasmo por la vida. Tienden a ser emocionalmente excitables, agresivos, astutos y dominantes.

**Es (Fuerza del yo):** La escala fue desarrollada por Barron (1953) específicamente para evaluar la capacidad de un individuo para sacar provecho de una psicoterapia individual o de grupo. La escala Es original contenía 68 ítems; la versión del MMPI-2 de la escala tiene 52 ítems. Es una medida de la adaptabilidad, resistencia, recursos personales y comportamiento efectivo. Es también un buen indicador general de salud mental.

Las puntuaciones altas en Es están asociadas a la espontaneidad, el buen contacto con la realidad, sentimientos de adecuación personal y buen funcionamiento físico. Los sujetos con altas puntuaciones son capaces de hacer frente al estrés y de recuperarse de sus problemas. Debería señalarse que en esta escala, las

puntuaciones suelen ser elevadas en los perfiles con evidencia de defensividad sistemática; en tales casos las puntuaciones Es elevadas generalmente no tienen las mismas implicaciones positivas que las puntuaciones elevadas en perfiles no defensivos. Probablemente, los individuos que puntúan bajo en Es son inhibidos, informan de enfermedades físicas y de sentimientos de incapacidad para afrontar las presiones del entorno. Los sujetos con puntuaciones bajas tienden a tener bajo autoconcepto y dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas.

**MAC-R (Escala revisada de Alcoholismo, de MacAndrew):** La escala fue desarrollada por MacAndrew (1965) usando dos grupos distintos de pacientes: las respuestas a los ítems por parte de varones que sabían que eran alcohólicos fueron contrastadas con las de los pacientes psiquiátricos varones. Aunque MacAndrew identificó 51 ítems que diferenciaban a esos dos grupos, una forma de 49 ítems de esta escala se ha usado más ampliamente en marcos clínicos -dos ítems que hacían clara referencia al uso del alcohol fueron omitidos-. La versión MAC-R en el MMPI-2 también tiene 49 ítems, pero cuatro de ellos, que tratan de contenidos religiosos han sido reemplazados por otros asociados con el abuso de alcohol y drogas.

La investigación con esta escala demuestra que las puntuaciones altas pueden estar relacionadas con una propensión a la adicción general, más que con tendencias alcohólicas únicamente. Las puntuaciones T 65 o superiores sugieren un abuso de sustancias. Las puntuaciones entre T 50 y T 65 son algo indicativas de abuso de sustancias, pero puede haber muchos falsos positivos en este nivel (p.ej., personas que como consecuencia de sus puntuaciones, fueron

identificadas como sujetos que abusaban de sustancias, resultaron no hacerlo realmente). Las puntuaciones T por debajo de 50 parecen indicar que no hay un problema de abuso de sustancias<sup>1</sup>. Además de sugerir la posibilidad de problemas de abuso de sustancias, las puntuaciones altas reflejan que los sujetos son socialmente extravertidos, exhibicionistas y que les gusta correr riesgos. Los individuos que puntúan bajo tienden a ser introvertidos, tímidos y carentes de autoconfianza.

### Escalas adicionales

**O-H (Hostilidad excesivamente controlada):** Megargee, Cook y Mendelson (1967) desarrollaron esta escala comparando las respuestas de presos violentos y no-violentos. La versión original de la escala tenía 31 ítems; la versión del MMPI-2 tiene 28 ítems. Esta escala proporciona una medida de la capacidad del individuo para tolerar frustraciones sin tomar represalias.

Las puntuaciones elevadas sugieren que la mayoría de las veces los sujetos tienden a responder adecuadamente a las provocaciones, pero ocasionalmente despliegan respuestas exageradamente agresivas sin provocación aparente. Hay poca información disponible respecto a los individuos con puntuaciones bajas. Puede tratarse tanto de personas crónicamente agresivas como de individuos que expresan su agresividad de forma bastante adecuada.

**Do (Dominancia):** Fue desarrollada por Gough, McClosky y Meehl (1951) comparando las respuestas de grupos de estudiantes de enseñanza media y universitaria, a los que sus compañeros con-

sideraban como muy altos o muy bajos en dominancia en sus relaciones interpersonales. La escala Do original incluía 28 ítems; la versión MMPI-2 incluye 25 ítems. Es una medida de la tendencia del individuo al predominio y control en sus relaciones interpersonales. Las puntuaciones altas en Do están asociadas a equilibrio, seguridad en sí mismo e iniciativa social. La perseverancia, resolución y liderazgo del grupo son características de los sujetos con puntuaciones altas. Los individuos con puntuaciones bajas tienden a ser sumisos, poco asertivos y fácilmente influenciados por otros. Carecen de confianza en sí mismos y se sienten incapaces de hacer frente a sus problemas.

**Re (Responsabilidad social):** Fue desarrollada por Gough, McClosky y Meehl (1952), comparando las respuestas de estudiantes considerados por sus compañeros o por sus profesores como más o menos responsables. La escala Re original incluía 32 ítems; la versión MMPI-2 contiene 30 ítems.

Los sujetos con altas puntuaciones en Re tienden a verse a sí mismos, o a ser vistos por otros, como dispuestos a aceptar las consecuencias de sus propias conductas, dependientes y dignos de confianza y poseedores de integridad y sentido de la responsabilidad hacia el grupo. Los individuos con bajas puntuaciones en Re no se ven a sí mismos, o no son vistos por los demás, como dispuestos a aceptar la responsabilidad de sus propias acciones. Son poco o nada dependientes, dignos de confianza o íntegros, y carecen de sentido de la responsabilidad hacia el grupo.

**Mt (Inadaptación universitaria):** Kleinmuntz (1961) desarrolló esta escala para

<sup>1</sup> Debido a que la investigación no ha demostrado la utilidad de esta medida con sujetos pertenecientes a minorías, su utilización con tales individuos no es recomendable.

discriminar entre universitarios con buen ajuste emocional y con mal ajuste emocional. La escala Mt original tenía 43 ítems; la versión del MMPI-2 tiene 41 ítems. Investigaciones posteriores han demostrado que las puntuaciones en la escala Mt son útiles para identificar los problemas emocionales existentes entre estudiantes, pero no muy útiles para predecir futuras dificultades de ajuste.

En general, los sujetos con mayores puntuaciones en la escala Mt son propensos a estar pobremente ajustados, a ser ineficaces, pesimistas y ansiosos. Los sujetos que puntúan bajo en Mt tienden a estar bien ajustados, a ser optimistas y responsables.

**GM y GF (Escala de Rol sobre el género):** Bajo la dirección de Grant Dahlstrom, se han desarrollado dos escalas separadas de rol sobre el género para el MMPI-2: **GM (Rol del género masculino)** y **GF (Rol del género femenino)** (Dahlstrom, comunicación personal, 1988; Peterson, 1989). Ambas escalas fueron diseñadas para varones y mujeres.

En la construcción de estas escalas se utilizó el mismo método racional y empírico de derivación, que se empleó en anteriores investigaciones del MMPI, y que Baucom (1976, 1980) utilizó en el desarrollo de su escala de rol del género masculino (MSC) y en su escala de rol del género femenino (FMN) para el Cuestionario Psicológico de California (CPI)<sup>1</sup> (Gough, 1957, 1987). Estos métodos se diferencian de otros utilizados en el desarrollo de escalas basadas en juicios clínicos enfocados únicamente en atributos positivos que son socialmente deseables; las escalas de Peterson están compuestas por autodescripciones ca-

racterísticas de uno u otro género presentadas en un conjunto de ítems.

Estas nuevas escalas fueron desarrolladas a partir de los datos proporcionados por la muestra colectiva del MMPI-2. Los ítems incluidos en la escala GM fueron aquellos a los que la mayoría de los varones de la muestra colectiva respondió en una determinada dirección de puntuación y al menos, un porcentaje menor al 10% de mujeres, respondió en la misma dirección. Igualmente, los ítems que se incluyeron en la escala GF fueron aquellos a los que se respondió en la dirección contraria por la mayoría de las mujeres, y a los que, por lo menos, un porcentaje menor del 10% de los varones respondió en esa misma dirección.

Hay 47 ítems que satisfacen el criterio de inclusión en GM y 46 que se incluyeron en GF. Nueve de los 47 ítems de GM aparecen también en la escala 5 -Mfv; 16 de los ítems de GF puntúan también en la escala 5 -Mfm. En la muestra de varones escolares no titulados (N=200), la escala GM correlacionó entre 0,58 y -0,05 respectivamente, con las escalas de rol de género MSC y FMN de Baucom; en las mujeres escolares no tituladas (N=200), GM correlacionó en 0,70 y 0,06 con esas escalas de Baucom (Peterson, 1989). En consonancia, la escala GF correlacionó en -0,25 y 0,57 con las escalas MSC y FMN respectivamente, en esos varones, y en -0,09 y 0,53 en esas mujeres. Así podría esperarse que GM y GF funcionen en el MMPI-2 prácticamente del mismo modo que funcionan MSC y FMN en el CPI. Las correlaciones con las puntuaciones directas de la escala 5 (Mf) en la muestra colectiva fueron las siguientes: en los 1138 varones, -0,24 con GM y 0,36 con

<sup>1</sup> Estas escalas fueron designadas como B-MS y B-FM en el CPI revisado.



GF; en las 1462 mujeres, -0,24 con GM y 0,43 con GF. En cada género, GM y GF correlacionaron en -0,10 con el otro sexo.

Investigaciones preliminares de esas dos medidas de rol del género (Peterson, 1989) indican que en los varones, la escala GM está relacionada con autoconfianza, fuerte persistencia y amplitud de intereses, así como con ausencia de miedos o sentimientos de auto-referencia. En las mujeres, GM se relaciona también con alta autoconfianza, así como con honestidad y tendencia a experimentar nuevas cosas, y con ausencia de preocupaciones o sentimientos de auto-referencia.

De forma similar, en los varones, la escala GF está relacionada con religiosidad, evitación de juramentos y palabrotas, y franqueza al reconocer ante otros sus propias faltas. Esta escala también correlacionó con autoritarismo, poco control sobre el propio carácter y susceptibilidad al abuso de alcohol y de drogas. Considerablemente, serán necesarias más investigaciones para evaluar el potencial total de estas nuevas escalas de rol sobre el género.

Futuras investigaciones se dedicarán al uso conjunto de estas dos escalas y podrán suministrar importantes distinciones con respecto al patrón de roles sobre el género de un individuo, que podrían haber estado ocultos si se usara sólo una medida bipolar como la de la escala 5 (Mf). Es decir, mientras que una persona con alta puntuación en GM o en GF puede identificarse fácilmente por una puntuación en uno u otro extremo de la escala 5, una alta puntuación en GM y GF (o baja en ambas) podría caer en el rango medio.

**PK y PS (escalas de Trastorno de estrés postraumático):** La escala original (designada aquí como PK) fue desarrollada por Keane, Malloy y Fairbank (1984). Se basó en el contraste de pacientes psiquiátricos de la Administración de Veteranos con varios diagnósticos del Eje I que manifestaban bien un trastorno de estrés postraumático, o bien estaban libres de esta complicación adicional<sup>1</sup>. La escala PK ha sido utilizada con otros grupos del Hospital de Veteranos y ha recibido un considerable apoyo intervalidacional. Sin embargo, siguen siendo necesarias medidas adicionales para ayudar a identificar a varios subgrupos de varones y mujeres que padecen este trastorno emocional.

Una segunda escala (llamada aquí PS) es el resultado del trabajo de Schlenger y Kulka (1987) en el "Research Triangle Institute" en Carolina del Norte. Esta escala, distinta de la escala PK, fue desarrollada contrastando el estado emocional de los Veteranos del Vietnam, con el estado de los que, fundamentalmente, fueron identificados como sujetos que mostraban un trastorno de estrés postraumático, sin más implicaciones psiquiátricas. Estas dos escalas parecen ser muy independientes la una de la otra; ambas pueden utilizarse conjuntamente para una mejor clarificación diagnóstica. Los autores de ambas escalas continúan depurando estas medidas (ver también Schlenger y otros, 1989).

**MDS (Escala de malestar matrimonial):** La escala de malestar matrimonial (MDS; Hjemboe, Almagor y Butcher, 1992) está diseñada para identificar malestar o discordia en las relaciones íntimas. Los catorce ítems de la escala, empíricamente construida, fueron diseñados para

<sup>1</sup> El razonamiento fue muy similar al de la aproximación usada por MacAndrew en el desarrollo de la Escala MAC.



identificar malestar matrimonial. El contenido de los ítems se reparte en: calidad de vida en el hogar, peleas familiares, sexo, amor e intimidad. Nueve de los ítems también aparecen en las escalas 4 (Pd) o FAM, y como consecuencia la correlación de MDS con estas dos escalas es alta. La correlación con la escala de Ajuste Diádico de Spainer (DAS; Spainer, 1976) en la muestra normativa completa fue de  $-0,55$  mientras que fue de  $-0,41$  en ambas escalas 4 y FAM con la DAS.

La puntuación T 60 es un buen punto de corte que indica un mal ajuste matrimonial en los sujetos de la muestra normativa. La puntuación de corte fue ubicada debajo de T 65 (el nivel recomendado para la significación clínica), porque este elevado umbral da un número excesivo de falsos negativos. En el uso clínico, en entornos de atención ambulatoria de pacientes adultos, en el cual las estimaciones de prevalencia de problemas matrimoniales significativos llega hasta el 30-50%, es posible interpretar esta escala incluso a niveles menores; el nivel de puntuación media desarrollada para la escala en la muestra de pacientes fue de T 58. En la muestra normativa y la muestra de pacientes, los niveles de ajuste diádico declinaron claramente con alguna elevación en la escala MDS, sugiriendo que los ítems en esta escala son bastante sensibles ante cuestiones de ajuste diádico.

**APS (Escala de Potencial de adicción):**

La escala de Potencial de adicción APS (Butcher, en prensa) está compuesta por 39 ítems del MMPI-2 y caracteriza individuos con potencial para desarrollar problemas de abuso de sustancias. Ninguno de los ítems contiene referencias obvias al abuso de alcohol o drogas. Los ítems se relacionan con dimensiones de la personalidad y situaciones vitales

asociadas con abuso de sustancias. Hasta el momento, la escala APS debe ser interpretada probabilísticamente; las puntuaciones elevadas sugieren una alta probabilidad de abuso de sustancias. Altas puntuaciones en la escala APS, también pueden sugerir la ausencia de otros conflictos psicológicos significativos. Comparado con un sujeto cuyos problemas están dirigidos al abuso de sustancias, un individuo con significativas dificultades psicológicas, además de problemas de abuso de sustancias, obtendrá una baja puntuación en la escala APS. Ésta no discrimina grupos de no abusadores de sustancias con problemas psicológicos significativos, de grupos de no abusadores que no informan de dificultades psicológicas (para mayor información, ver la escala de reconocimiento de adicción).

**AAS (Escala de Reconocimiento de adicción):**

Como complemento de la escala APS, la cual no contiene ítems obvios de abuso de sustancias, la escala de Reconocimiento de adicción (AAS) contiene ítems totalmente relacionados con el abuso de sustancias. La construcción de la escala AAS (Butcher, en prensa) comenzó con una búsqueda racional a partir de los ítems del MMPI-2, agrupando los reactivos con contenido que indicaran problemas de abuso de sustancias. Se localizaron 14 de estos ítems. Tres de ellos no contribuyeron a la consistencia interna y fueron excluidos y reemplazados por otros dos ítems que mejoraron la consistencia interna de la escala y fueron juzgados consistentes en su contenido con los ítems ya identificados. Finalmente, la escala AAS quedó con 13 ítems.

En recientes estudios se ha visto que la escala APS y la escala AAS discriminan bien entre muestras de sujetos con abuso de sustancias y muestras de

pacientes psiquiátricos o normales (Greene, 1991; Weed, Butcher y Ben-Porath, 1991). Estas nuevas escalas muestran tener una aceptable fiabilidad test-retest (mediana = 0,73 en la escala APS; 0,87 en la escala AAS) y aunque no comparten los ítems, están sustancialmente relacionadas ( $r = 0,57$  a través de las muestras; Weed y colaboradores, 1991).

Las dos escalas discriminan entre muestras de abusadores de sustancias y muestras con otros tipos de problemas psicológicos y la evidencia indica que la utilización de la escala APS es tan efectiva como el uso de ambas escalas en conjunto.

La escala AAS puede también ser interpretada probabilísticamente. Para discriminar entre grupos de abusadores de sustancias y grupos de pacientes psiquiátricos no es tan efectiva como la escala APS. Aunque tiene un tercio del número de ítems, la escala AAS parece ser mejor para la discriminación entre grupos de abusadores de sustancias y grupos de normales. Sin otras dificultades psicológicas, una alta puntuación en la escala AAS indica que el sujeto está abiertamente admitiendo muchos problemas de abuso de sustancias. Los usuarios pueden también emplear la escala AAS como una lista de ítems críticos, observando que los problemas específicos relacionados respecto al abuso de sustancias están siendo aceptados por el sujeto.

#### **4.7. LAS ESCALAS DE CONTENIDO**

La fiabilidad del contenido de las escalas objetivas de personalidad ha ganado mayor aceptación en los últimos 20 años (Jackson, 1971; Burisch, 1984). Con frecuencia, las escalas de contenido han mostrado ser tan

válidas para describir y predecir variables de personalidad como otras escalas desarrolladas por otros métodos (Hase y Goldberg, 1967). Más aún, las escalas de personalidad basadas en el contenido de los ítems, tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar debido a la homogeneidad de su contenido (Burisch, 1984). La interpretación del contenido del MMPI se ha convertido en un anexo, ampliamente aceptado, para la interpretación de las escalas empíricas tradicionales (Graham, 1987; Hoffman y Jackson, 1976; Jarnecke y Chambers, 1977; Lachar y Alexander, 1978). Las tres aproximaciones a la interpretación del contenido del MMPI que han recibido mayor atención han sido: los "ítems críticos" (Grayson, 1951; Caldwell, 1969; Koss y Butcher, 1973; Lachar y Wrobel, 1979); las subescalas del MMPI (Wiener y Harmon, 1946; Harris y Lingoes, 1955; Serkownek, 1975); y las escalas de contenido (Payne y Wiggins, 1972; Wiggins, 1966, 1969; Wiggins, Goldberg y Appelbaum, 1971).

El uso de algunas de estas aproximaciones al contenido de los ítems del MMPI-2, requirió de unos pocos cambios dado que algunos de los ítems originales han sido alterados o borrados y se han incluido muchos ítems nuevos para proporcionar un contenido adicional en la evaluación de los factores de personalidad y problemas clínicos. La aproximación del ítem crítico y el uso de subescalas para las escalas clínicas no ha cambiado sustancialmente, dado que la mayoría de los ítems implicados en esos procedimientos se han mantenido en el MMPI-2. Sin embargo, las escalas de Wiggins han cambiado sustancialmente. Muchos ítems que aparecían en estas escalas fueron anulados, eliminando la escala REL y acortando sustancialmente otras escalas. Como consecuencia, se ha desarrollado un nuevo conjunto de medidas de contenido para el MMPI-2.

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989) desarrollaron un conjunto completo de las dimensiones de contenido, usando el conjunto de ítems del MMPI-2. Después de clasificar los 704 ítems del cuadernillo AX en grupos de contenidos, según el criterio de tres jueces independientes, se revisaron estas clasificaciones iniciales, incluyendo los ítems en los que se llegaba a un consenso respecto a su inclusión en uno de los tres grupos de contenido. Usando estos grupos, las escalas provisionales fueron desarrolladas y perfeccionadas estadísticamente, eliminando ítems no operativos e incluyendo ítems adicionales prometedores. Se calculó la correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala (menos el ítem en cuestión). De forma similar, se calcularon las correlaciones de las escalas de ítems de una muestra de pacientes psiquiátricos. Los ítems de cada una de las 15 escalas fueron correlacionados con los de otras 14. Además se calcularon coeficientes alfa de Cronbach, para decidir las inclusiones y exclusiones de ítems. En la escala final, sólo se incluyeron aquellos ítems cuyo contenido era obviamente homogéneo con respecto al resto.

Las 15 escalas finales son:

**ANX (Ansiedad):** Puntuaciones altas en ANX indican síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (tales como problemas cardíacos y respiración entrecortada), problemas de insomnio, preocupaciones y escasa concentración. Los sujetos temen perder el juicio, viven en tensión y tienen dificultades para tomar decisiones. Parecen conscientes de estos síntomas y problemas y admiten libremente que los tienen.

**FRS (Miedos):** Una alta puntuación en FRS indica que se trata de un sujeto con muchos temores específicos. Éstos incluyen temor a ver sangre, a los lugares

altos, relacionados con el dinero, temores a los animales como las serpientes, ratones o arañas, a salir de casa, al fuego, a las tormentas y a los desastres naturales, al agua, a la oscuridad, a los lugares cerrados o a la suciedad.

**OBS (Obsesividad):** Puntuaciones altas en OBS indican que se trata de sujetos con grandes dificultades para tomar decisiones y que son propensos a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas, impacientando a los demás. Les molesta tener que hacer cambios y tienen algunas conductas compulsivas como contar o coleccionar cosas sin importancia. Están excesivamente preocupados, tanto que frecuentemente están asfixiados por sus propios pensamientos.

**DEP (Depresión):** Puntuaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con pensamientos significativamente depresivos. Se sienten melancólicos, con incertidumbre acerca de su futuro y sin interés por sus vidas. Probablemente dan muchas vueltas a las cosas, están tristes, lloran fácilmente y sienten desesperanza y vacío. Tienen pensamientos de suicidio o deseos de estar muertos. Suelen creer que están condenados o que han cometido pecados imperdonables. No suelen ver a los demás como fuente de ayuda.

**HEA (Preocupaciones por la salud):** Los individuos con altas puntuaciones en HEA presentan muchos síntomas físicos en varios sistemas orgánicos. Incluyen síntomas gastro-intestinales (como náuseas, vómitos, problemas de estómago), problemas neurológicos (convulsiones, vértigos y amagos de desmayos, parálisis), problemas sensoriales (visión o audición deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores pectorales o cardíacos), problemas dermatológicos (de cabeza o de cuello) y dificultades respiratorias (tos, alergia, asma). Estos indivi-



duos se preocupan por su salud y enferman más que el promedio de las personas.

**BIZ (Pensamiento extravagante):** Los procesos de pensamiento psicótico caracterizan a los individuos que puntúan alto en la escala BIZ. Informan de alucinaciones auditivas, visuales u olfativas y pueden reconocer que esos pensamientos son extraños y peculiares. Así mismo, pueden informar de ideación paranoide (como la creencia de que están siendo objeto de una conspiración o de que alguien está intentando envenenarlos). Estos individuos pueden sentir que tienen una misión especial o que poseen poderes especiales.

**ANG (Hostilidad):** Puntuaciones altas en la escala ANG sugieren problemas con el control de la ira. Estos individuos se sienten irritables, son gruñones, impacientes, exaltados, molestos y tercos. A veces sienten ganas de jurar o romper cosas. Pueden perder el control de sí mismos y dicen haber abusado físicamente de personas y objetos.

**CYN (Cinismo):** Las puntuaciones altas en CYN se caracterizan por creencias misántropas. Estos sujetos esperan ocultas motivaciones negativas tras los actos de los demás -por ejemplo, creen que la mayoría de la gente es honesta sólo porque teme ir a la cárcel-. Desconfían de los demás porque creen que la gente usa a los otros y establece amistades sólo por razones egoístas. Tienden a tomar actitudes negativas hacia las personas cercanas a ellos, incluyendo compañeros de trabajo, familiares y amigos.

**ASP (Conductas antisociales):** Además de tener actitudes misántropas como las de los sujetos que puntúan alto en CYN, los sujetos que puntúan alto en la escala ASP informan de conductas problemáti-

cas durante los años de escolarización y de prácticas antisociales tales como tener problemas con la ley, robos o estafas. A veces dicen que disfrutaban con las fechorías de los criminales e incluso, si no tienen una conducta explícitamente fuera de la ley, creen que es correcto bordear los límites de la misma.

**TPA (Comportamiento tipo A):** Puntuaciones altas en TPA indican que los sujetos trabajan duramente, se mueven rápidamente, y son individuos orientados al trabajo, que frecuentemente se impacientan, se irritan y se molestan. No les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos no hay horas suficientes en el día para completar sus tareas. En sus relaciones con los demás, son directos y autoritarios.

**LSE (Baja autoestima):** Los sujetos que puntúan alto en LSE se caracterizan por tener mala opinión de sí mismos. No creen que los demás les aprecien ni se consideran importantes. Adoptan múltiples actitudes negativas hacia sí mismos, incluyendo pensamientos de que no son atractivos, que son desmañados, torpes, inútiles y una carga para los demás. Tienen una clara carencia de autoconfianza y les cuesta aceptar cumplidos. Se sienten abrumados por todos los errores que ven en sí mismos.

**SOD (Malestar social):** Los sujetos que puntúan alto en SOD se sienten intranquilos cuando están rodeados de gente y prefieren estar solos. Cuando se encuentran en situaciones sociales, suelen sentarse solos en vez de hacerlo con gente del grupo. Se ven a sí mismos como tímidos y no les gustan las fiestas y los actos sociales.

**FAM (Problemas familiares):** Los sujetos que puntúan alto en FAM informan de considerables discordias familiares. Sus



familias son descritas como carentes de amor, con constantes riñas y desagradables. Pueden incluso sentir odio hacia miembros de su familia. Su infancia puede describirse como humillante y sus matrimonios como infelices y carentes de afecto.

**WRK (Interferencia laboral):** Una puntuación alta en WRK es indicativa de conductas o actitudes que probablemente contribuyen a una deficiente ejecución del trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con baja auto-confianza, dificultades de concentración, obsesividad, problemas en la toma de decisiones, tensión y presión. Otros sugieren ausencia de apoyo familiar en la elección de una carrera, o cuestiones personales en la elección de la misma y actitudes negativas hacia sus colegas.

**TRT (Indicadores negativos de tratamiento):** Puntuaciones altas en TRT indican que los individuos tienen actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental. Los sujetos que puntúan alto creen que nadie puede atenderles o ayudarles. No se sienten cómodos discutiendo sus problemas con otros. Pueden no querer cambiar nada en sus vidas, ni creen que sea posible el cambio. Prefieren darse por vencidos frente a las crisis o las dificultades.

### Ítems críticos

Como se indicó anteriormente, los autores del MMPI original se interesaron por numerosas condiciones médicas, neurológicas y psiquiátricas parecidas unas a otras, fundamentalmente en los estados precoces. Como consecuencia introdujeron algunos ítems en el Cuestionario, con la esperanza de que las respuestas de los individuos a esos ítems revelasen algún trastorno incipiente o un síndrome prodómico. La pérdida de gusto o de olfato podría indicar un

neoplasma en el área olfatoria o en el cerebro, la pérdida de conocimiento podría alertar de algún síncope o de un estado de crisis, y así sucesivamente. Suele recomendarse un examen de las respuestas dadas a algunos de esos ítems específicos, siempre acompañado de entrevistas apropiadas y procedimientos de seguimiento.

Un uso más sistemático del contenido de varios ítems del MMPI fue desarrollado por Grayson (1951). Hizo una lista de lo que él mismo llamó "ítems críticos", que ha sido ampliamente aceptada y utilizada en numerosos campos clínicos, además de los Servicios de Administración de Veteranos para los que elaboró este método. Los ítems que incluyó no fueron más críticos, para la interpretación general del MMPI, que otros muchos ítems del Cuestionario. Pero las respuestas a esos ítems específicos se consideraron como potencialmente significativas de problemas que están fuera del rango usual de consideraciones diagnósticas en los servicios psiquiátricos.

El interés y apoyo crecientes por la intervención en crisis y el cuidado psiquiátrico de emergencia crearon la necesidad de hacer valoraciones diagnósticas y pruebas psicológicas rápidas que, a su vez, generaron un interés renovado hacia el uso de las respuestas al contenido de los ítems de los Cuestionarios de evaluación. Se desarrollaron amplias listas de ítems críticos del MMPI que sirvieran a ese propósito: Koss y Butcher (1973) y Lachar y Wrobel (1979).

**Conjunto de ítems críticos de Koss-Butcher.** La mayoría de los ítems críticos de Koss-Butcher han permanecido en el MMPI-2 y dos de los grupos de ítems (Ideación depresiva de suicidio y Estrés situacional debido al alcoholismo) se han ampliado para incluir nuevos ítems. Para detectar otros ítems que discriminaran a los pacientes deprimidos-suicidas de otros grupos de no-pacientes y a los pacientes alco-

hólicos de los no-alcohólicos, se utilizaron criterios empíricos, similares a los empleados en la investigación original de ítems críticos por Koss y Butcher (1973). Los ítems críticos de Koss-Butcher revisados están disponibles en el Manual original americano.

**Conjunto de ítems críticos de Lachar-Wrobel.** Todos menos cuatro de los ítems críticos de Lachar-Wrobel han sobrevivido al proceso de revisión del MMPI-2. La lista revisada de ítems, basada en los números de ítem del MMPI-2, se incluye también en el Manual americano.

## 4.8. SUBESCALAS

### Subescalas de Harris-Lingoes

Harris y Lingoes (1955) construyeron subescalas en las escalas 2, 3, 4, 6, 8 y 9 examinando el contenido de sus ítems y agrupando intuitivamente los que parecían similares en contenido o que ellos juzgaban que reflejaban una única actitud y un único rasgo. No se intentó evitar el colocar un ítem en más de una subescala, y algunas de las subescalas son muy cortas.

Las puntuaciones en las subescalas de Harris-Lingoes proporcionan información sobre los patrones de ítems a los que los sujetos responden en la dirección de puntuación cuando obtienen una elevación determinada en una escala clínica. Es probable que tal información sea especialmente útil en la comprensión de por qué un sujeto recibe una puntuación elevada en una escala clínica cuando, en vista del historial de esa persona o a partir de otra información disponible acerca del sujeto, la misma no se esperaba. También, las subescalas pueden ser útiles en la interpretación de las puntuaciones de las escalas clínicas que son marginalmente elevadas (puntuaciones T entre 65 y 75).

**D1: Depresión subjetiva.** Puntuaciones altas en esta subescala indican que los sujetos se sienten infelices o deprimidos, sin energía para afrontar los problemas de su vida diaria y faltos de interés por lo que ocurre en torno a ellos. Tales personas tienden a sentirse inferiores, carentes de auto-confianza y se sienten incómodas en situaciones sociales.

**D2: Retardo psicomotor.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala carecen de energía para enfrentarse a las actividades diarias, parecen emocionalmente inmovilizados y evitan a los demás. No admiten impulsos o acciones hostiles o agresivos.

**D3: Disfunción física.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala son propensos a preocuparse por su propio funcionamiento físico. Rechazan la idea de que tienen buena salud y pueden informar de una amplia variedad de síntomas somáticos específicos.

**D4: Enlentecimiento mental.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala indican que carecen de energía para manejar los problemas de la vida diaria; informan también de tensión y dificultades con la concentración, la atención y la memoria. Carecen de auto-confianza y se sienten inferiores. Disfrutan poco de la vida y pueden haber llegado a la conclusión de que no merece la pena vivirla.

**D5: Rumiación.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala parecen carecer de energía para manejar los problemas y pueden haber llegado a la conclusión de que la vida ya no merece la pena. Dan vueltas a las cosas, lloran, presentan rumiaciones y pueden sentir que han perdido el control de sus procesos de pensamiento.

**Hy1: Negación de ansiedad social.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala tienden a ser socialmente extravertidos. Se sienten bien interactuando con otros y no son fácilmente influenciados por las normas y costumbres sociales.

**Hy2: Necesidad de afecto.** Una alta puntuación en esta subescala indica que se trata de sujetos con una fuerte necesidad de atención y afecto por parte de los demás; tienen temores de que esta necesidad no se satisfaga si se es honesto con respecto a las mismas y a sus creencias. Se presentan a sí mismos, o ante los demás, como honestos, sensibles y razonables y niegan tener sentimientos negativos hacia los otros.

**Hy3: Lasitud-malestar.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala se sienten incómodos y sin buena salud. Son propensos a sentir debilidad y fatiga y a tener dificultades para concentrarse y para conciliar el sueño. Pueden sentirse tristes y desgraciados.

**Hy4: Quejas somáticas.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala presentan múltiples quejas somáticas. Expresan poca o ninguna hostilidad hacia los demás.

**Hy5: Inhibición de la agresión.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala niegan los impulsos agresivos y hostiles. Tienden a ser muy sensibles al modo en que otros reaccionan ante ellos.

**Pd1: Discordia familiar.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala describen a sus familias actuales o de origen como carentes de amor, comprensión y apoyo. Sienten que sus familias son o han sido críticas y no les han permitido una libertad e independencia adecuadas.

**Pd2: Problemas con la autoridad.** Los sujetos que puntúan alto en esta subes-

cala reniegan de las normas y costumbres parentales y sociales, tienen opiniones definidas acerca de lo que es correcto e incorrecto, y luchan por sus propias creencias. Admiten haber tenido problemas en el colegio o con la ley.

**Pd3: Frialdad social.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala se describen a sí mismos como cómodos y confiados en situaciones sociales. Tienen opiniones seguras acerca de muchas cosas y no dudan en defender las mismas vigorosamente.

**Pd4: Alienación social.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala se sienten alienados, aislados y extraños. Creen que los demás no les comprenden y que la vida les ha tratado mal.

**Pd5: Autoalienación.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala se describen a sí mismos como incómodos e infelices. No encuentran la vida interesante o de provecho. Pueden expresar vagas lamentaciones, culpa y remordimiento por hechos pasados.

**Pa1: Ideas persecutorias.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala ven el mundo como un lugar de amenaza. Tienden a ser suspicaces y desconfiados. En casos extremos pueden tener ilusiones de persecución.

**Pa2: Hipersensibilidad.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala están indicando que son más tensos y sensibles que las demás personas. Se sienten solos e incomprensidos, y pueden correr riesgos o realizar actividades emocionantes para sentirse mejor.

**Pa3: Ingenuidad.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala presentan actitudes irrealmente optimistas acerca de los demás. Se presentan a sí mismos



como sinceros, con normas de moral y carentes de impulsos hostiles negativos.

**Sc1: Alienación social.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala se sienten maltratados, incomprendidos y no queridos. En casos extremos pueden creer que otros están intentando dañarles físicamente.

**Sc2: Alienación emocional.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala informan de sentimientos de temor, depresión y apatía, y a veces pueden desear estar muertos.

**Sc3: Ausencia de control del yo, cognitivo.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala informan de extraños procesos de pensamiento, sentimientos de irrealidad y dificultades en la concentración y la memoria. A veces pueden pensar que han perdido el juicio.

**Sc4: Ausencia de control del yo, conativo.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala piensan que la vida es extraña y es probable que estén deprimidos. Se preocupan excesivamente y puede que respondan al estrés refugiándose en la fantasía y en la ensoñación. A veces pueden desear estar muertos.

**Sc5: Ausencia de control del yo, inhibición defectuosa.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala sienten que no tienen control sobre sus propias emociones e impulsos. Tienden a ser inquietos e hiperactivos, y pueden tener períodos de risa o llanto en los que pierden el control y episodios durante los cuales no saben qué están haciendo y luego no pueden recordar lo que han hecho.

**Sc6: Experiencias sensoriales extrañas.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala pueden sentir que sus propios cuerpos están cambiando en formas inusuales y extrañas. Pueden informar sobre

su sensibilidad de la piel y de otras experiencias sensoriales inusuales y pueden tener alucinaciones, contenidos de pensamiento insólitos e ideas de referencia externa.

**Ma1: Amoralidad.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala ven a los demás como egoístas, deshonestos y oportunistas, y debido a estas percepciones pueden sentir que está justificado actuar de forma similar. Pueden obtener satisfacción vicaria de la explotación manipuladora de otros.

**Ma2: Aceleración psicomotriz.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala informan de habla acelerada, aceleración de los procesos de pensamiento y también de las actividades motoras. Pueden sentirse tensos, inquietos y excitados. Se aburren fácilmente y buscan el riesgo, la excitación o el peligro como modo de superar el aburrimiento.

**Ma3: Imperturbabilidad.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala niegan ansiedad social. Se sienten cómodos interactuando con otros. Les preocupan poco las opiniones, valores y actitudes de los demás.

**Ma4: Auto-envanecimiento.** Los sujetos que puntúan alto en esta subescala tienden a tener evaluaciones irreales acerca de sus propias capacidades y de su propio valor. Se muestran resentidos cuando otros les hacen peticiones.

### Las subescalas Si

Estas subescalas (Hostetler y otros, 1989) reflejan las siguientes características de personalidad:

**Si1: Timidez/Auto-cohibición.** Tímido cuando está rodeado de gente, fácilmente azarado, incómodo en situaciones sociales y molesto en situaciones nuevas.



**Si2: Evitación social.** Gran aversión y evitación de las actividades de grupo y las muchedumbres; elude el contacto con otras personas.

**Si3: Alienación respecto a sí mismo y a otros.** Baja auto-estima y auto-confianza, auto-crítico, cuestiona su propio juicio, se siente incapaz de determinar su propio destino. Las puntuaciones altas reflejan nervios, temores e indecisión. Además, las puntuaciones altas indican suspicacia respecto a los demás.

### Subescalas de Wiener-Harmon

Wiener y Harmon (1946) encontraron que sus escalas podrían usarse para evaluar la validez del protocolo en el registro de las respuestas. Informaron que la defensividad encontrada en las puntuaciones altas de la escala L se relaciona con puntuaciones altas sutiles más que con puntuaciones obvias. Bajas puntuaciones en L se relacionan más con las puntuaciones sutiles, o al menos aproximadamente con el mismo nivel de elevación en ambas. También informaron que existían correlaciones altamente negativas entre la escala K y la diferencia aritmética entre cada subescala obvia y su contrapartida sutil (una  $r$  media de  $-0,64$ )

Por tanto, se ha desarrollado una amplia y controvertida polémica acerca del uso de la

distinción "sutil-obvio" (*subtle-obvious*) para detectar protocolos inválidos del MMPI. Greene (1989) ha ofrecido algunas sugerencias prácticas para el uso de estas subescalas en la detección de los estilos de respuesta. Indica que es acertado suponer que el sujeto está intentando fingir buena imagen si las puntuaciones T de las cinco subescalas sutiles son mayores que 69 y las puntuaciones T de las cinco subescalas obvias están próximas a 50. También señala que puede sospecharse que un conjunto de respuestas está fingiendo una mala imagen si el patrón de puntuaciones es el inverso. Sin embargo, indica que sólo cuando alguna de las subescalas "obvio" o "sutil" está elevada, o cuando esas subescalas están elevadas dentro de un nivel intermedio, el significado de las puntuaciones no es claro. Estas sugerencias de precaución son particularmente útiles en marcos en los que no es tan grave considerar fingido un registro válido como considerar válido un registro fingido (ver Christian y otros, 1978; y Wrobel y Lachar, 1982).

Estas escalas se incluyen en el Manual americano del MMPI-2 porque el Comité de tipificación reconoce que algunas autoridades en la materia recomiendan su uso y porque desea facilitar más investigaciones, aunque su inclusión no representa el apoyo del Comité a estas escalas. Es esencial que se interpreten con precaución.

## 6. EJEMPLO DE INFORME CLÍNICO

### EJEMPLO DE INFORME CLÍNICO REALIZADO CON EL MMPI-2

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº de paciente: 136

Fecha del informe: 22-V-98

Edad: 25 años

Sexo: Mujer

Situación: Paciente no hospitalizada que regularmente visita un Centro de Salud Mental para el tratamiento

Estado civil: Soltera

#### VALIDEZ DEL PERFIL (Fig. 4)

La paciente ha respondido a los ítems del MMPI-2 pretendiendo ser poco realista. Esta realización disminuye la validez del test y muestra estar de muy mala gana o se muestra incapacitada para revelar información personal. Por los resultados del perfil del MMPI-2 es poco probable que suministre información útil sobre la paciente ya que ha sido demasiado cautelosa en su autoevaluación. A pesar de esta extrema defensividad, ha respondido a los ítems reflejando unos síntomas o creencias poco corrientes. Muchas son las razones que podrían encontrarse en estos patrones de no cooperación: distorsión consciente para presentarse a sí misma con una figura favorable; inteligencia limitada o ausencia de sofisticación psicológica; o un rígido ajuste neurótico. Los esfuerzos de la paciente por impedir la evaluación y resaltar especialmente una autoimagen positiva dan un perfil del MMPI-2 que subestima sustancialmente su desajuste psicológico. La interpretación del test debería mostrar, con la pre-

caución que refleja el perfil del cuadro clínico, que es probablemente engañoso y puede no presentar suficiente información para la evaluación.

#### PATRONES SINTOMÁTICOS

El perfil de la paciente presenta un amplio y variado cuadro en el que las quejas somáticas y la depresión son elementos sobresalientes. La paciente muestra muchas dificultades somáticas y puede estar experimentando un problema de equilibrio psicológico. Sus quejas físicas son, probablemente, graves, reflejando posiblemente una baja efectividad general en la vida. Probablemente se sienta muy tensa y nerviosa y pueda estar sintiendo que no recibe ayuda para sus problemas físicos. Probablemente pueda estar expresando mucho dolor y sentimientos que los demás no comprenden y que ella misma siente como enferma. Puede mostrarse muy irritable y puede volverse hostil si a sus síntomas no se les presta la debida atención.

Muchos individuos con este perfil muestran una historia de trastornos psicológicos tendiendo a reaccionar en exceso, mediante sus síntomas físicos, al menor problema. Son frecuentes las úlceras y los trastornos gastrointestinales. Sin embargo debería ser cuidadosamente evaluada la posibilidad de que haya un trastorno orgánico. Los individuos con este perfil muestran una gran tensión y formas depresivas. Tienden a estar pesimistas y tristes en su vida.

El contenido de las respuestas de la paciente indica que se encuentra preocupada por sus sentimientos de culpabilidad y de indignidad. Piensa que merece ser casti-

gada por los males que ha cometido. Se siente arrepentida y desgraciada en la vida, y parece atormentada por la ansiedad y preocupada por el futuro. Se siente desesperada y condenada en esta vida. Tiene dificultades para llevar a cabo los acontecimientos diarios y el contenido del ítem que ella misma ha contestado sugiere una memoria pobre, problemas de concentración y dificultades para tomar decisiones. Se muestra como inmovilizada y abandonada y sin tener fuerzas para vivir. De acuerdo con el contenido de sus respuestas, debe ser contemplada seriamente la posibilidad de suicidio, ya que existe una gran probabilidad de que ocurra. Siente algunas autoalienaciones y expresa algunos temores personales o un vago sentimiento de remordimiento acerca de sus actuaciones pasadas. Siente que la vida no merece la pena vivirse y encuentra duro sobrellevarla.

### **RELACIONES PERSONALES**

Algunas veces se muestra pasiva o dependiente en sus relaciones. Puede manipular a los demás a través de sus síntomas físicos, y llegar a ser hostil si no se le presta suficiente atención.

En este momento siente algún conflicto familiar. No obstante esto no parece ser un problema importante.

### **ESTABILIDAD COMPORTAMENTAL**

Probablemente los viejos problemas de personalidad ante una situación estresante puedan predisponer al desarrollo de los síntomas físicos. Sus trastornos actuales pueden estar reflejando, en parte, una exagerada respuesta al estrés ambiental. La introversión social tiende a ser una característica de personalidad muy estable. Su comportamiento interpersonal, generalmente solitario, con un estilo de vida introvertido,

y una tendencia a evitar las relaciones interpersonales, podría probablemente ser evidente en los resultados del test.

### **CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS**

Los individuos con este tipo de perfil son vistos a menudo como neuróticos y pueden presentar un diagnóstico de trastorno somatoforme. Los problemas orgánicos reales, tales como las úlceras y la hipertensión, pueden formar parte del cuadro clínico. Algunos individuos con este perfil tienen problemas por abuso de analgésicos u otro tipo de drogas.

### **CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO**

La percepción de sí misma como físicamente incapacitada necesita ser considerada dentro de un plan de tratamiento. Tiende a somatizar sus dificultades y a buscar soluciones médicas antes que ser tratada psicológicamente. Parece tolerar un alto nivel de complejos psicológicos y puede no encontrarse motivada para ocuparse directamente de sus problemas. No es una adecuada candidata para la psicoterapia orientada hacia el *insight*. El tratamiento psicológico puede progresar más rápidamente si sus síntomas son tratados con técnicas de modificación de conducta. Sin embargo, con su actitud general pesimista y sus bajos recursos de energía, parece tener poca esperanza de mejoría.

El contenido del ítem que ha contestado indica actitudes y sentimientos que sugiere una baja capacidad para el autocambio. Su potencialmente alta resistencia para el cambio podría necesitar ser discutido con ella al comienzo del tratamiento para proponer una actitud más positiva hacia el tratamiento. En una intervención o programa de evaluación psicológica que incluya un ajuste ocupacional, su actitud negativa

hacia el trabajo podría llegar a ser un problema importante a vencer. Se aferra a

varias actitudes y sentimientos que podrían interferir con el ajuste a su trabajo<sup>1</sup>.

Fb: 4

F-K (directas): 5

Código de Welsh (nuevo) : 2\*13"740'8-6/9:5# FL'-/K:

Porcentaje de "Verdadero": 41

Porcentaje de "Falso": 59

Elevación del perfil clínico: 68,0

## INFORME DE LAS PUNTUACIONES EN ALGUNAS ESCALAS

### Suplementarias

	<u>PD</u>	<u>T</u>
Fuerza del yo (Es)	22	30
Dominancia (Do)	8	30
Responsabilidad social (Re)	22	53
Hostilidad excesivamente controlada (O-H)	15	55
Trastorno de estrés postraumático de Keane (PK)	27	78
Trastorno de estrés postraumático de Schlenger (PS)	32	73
Inconsistencia de las respuestas verdadero (TRIN)	7	65F
Inconsistencia de respuestas variables (VRIN)	7	58

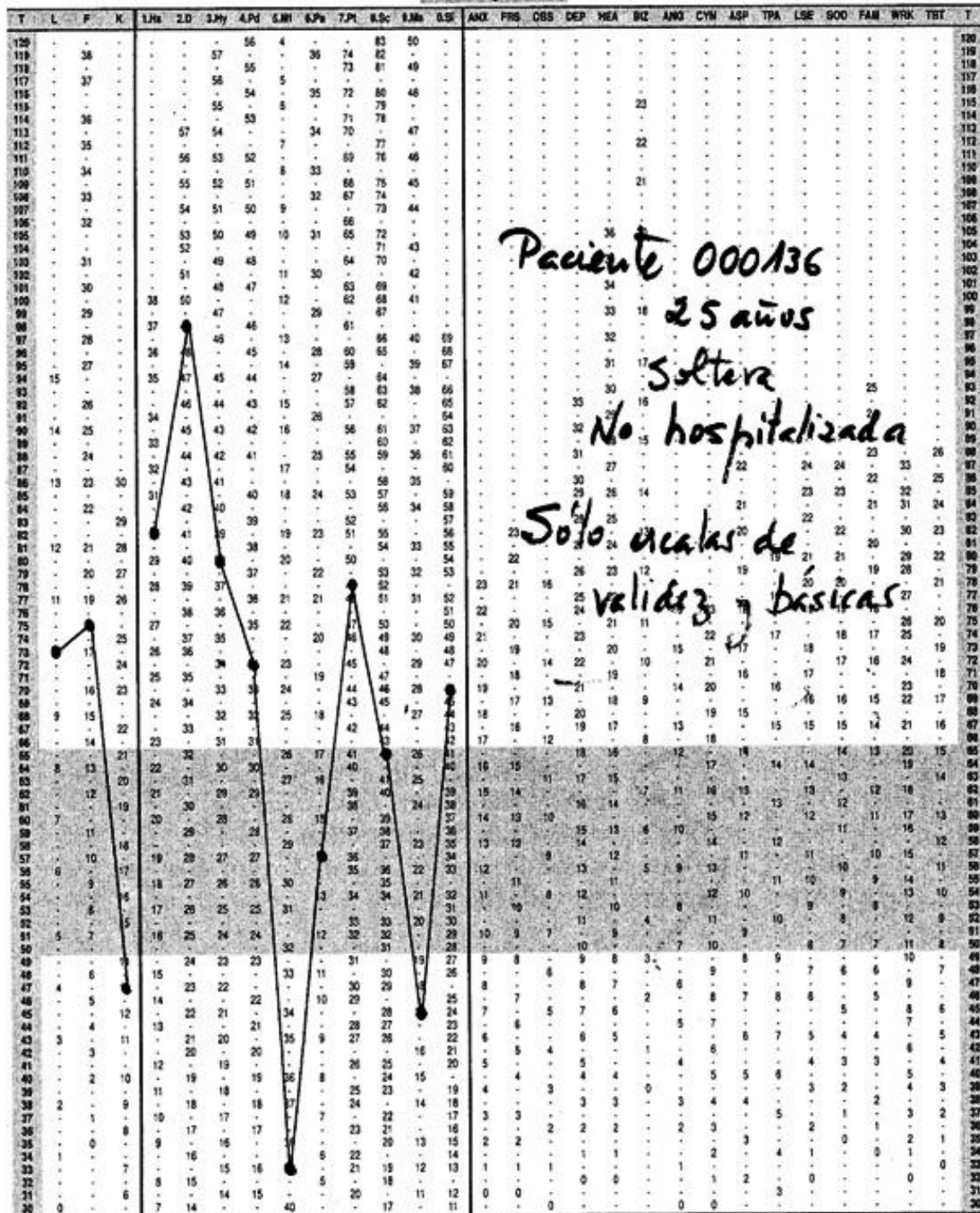
### Subescalas

Depresión subjetiva (D1)	26	94
--------------------------	----	----

<sup>1</sup> NOTA: La interpretación del MMPI-2 puede servir como una provechosa fuente de hipótesis sobre el paciente. Este informe está basado sobre los índices de una escala derivada objetivamente y de las interpretaciones de las escalas que han sido desarrolladas en diversos grupos de pacientes. Las descripciones de personalidad, inferencias y recomendaciones aquí contenidas necesitan ser verificadas con otras fuentes de información clínica ya que la paciente individualmente puede no adecuarse completamente al prototipo. Los datos de este informe deberían ser utilizados para un mejor adiestramiento e interpretar el test de una forma más cualificada. La información contenida en este informe debería ser considerada confidencial.



**MUJER**



VALIDEZ		BÁSICAS										CONTENIDO																	
L	F	K	1.Hs	2.D	3.Hy	4.Pd	5.MI	6.Pa	7.Pr	8.Sc	9.Ma	0.Sf	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOO	FAM	WRK	TRT		
PD	10	18	13	23	49	38	29	39	14	36	29	14	46															PD	
?																													
PD	0																												
SUSCRIPTORAS																													
SUBSCALAS																													

Fig. 4. Perfil gráfico de la paciente 136 de 25 años de edad

Tabla A-1. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas, VARONES

T	L	F	K	1. Hs	2. D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si	T
120	-	47	-	-	57	-	57	-	-	71	-	-	-	120
119	-	46	-	-	-	56	-	-	-	-	84	-	-	119
118	-	-	-	-	56	-	56	54	35	70	83	49	-	118
117	-	45	-	-	-	55	-	-	-	-	82	-	-	117
116	-	-	-	-	55	-	55	53	-	69	-	48	-	116
115	-	44	-	-	-	54	-	-	34	68	81	-	-	115
114	-	-	-	-	54	-	54	-	-	-	80	47	-	114
113	-	43	-	-	-	53	-	52	-	67	79	-	-	113
112	-	-	-	-	53	-	53	-	33	-	-	-	-	112
111	-	42	-	-	-	52	-	51	-	66	78	46	-	111
110	-	41	-	-	52	-	52	-	-	65	77	-	-	110
109	-	-	-	-	-	51	-	50	32	-	76	45	-	109
108	-	40	-	-	51	-	51	-	-	64	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	50	-	-	31	-	75	44	-	107
106	-	39	-	-	50	-	50	49	-	63	74	-	-	106
105	-	-	-	-	-	49	-	-	-	62	73	-	-	105
104	-	38	-	-	49	-	-	48	30	-	-	43	-	104
103	-	-	-	-	-	48	49	-	-	61	72	-	-	103
102	-	37	-	38	48	-	-	-	-	-	71	42	-	102
101	-	36	-	-	-	47	48	47	29	60	70	-	-	101
100	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-	69	-	-	100
99	-	35	-	37	-	46	47	46	-	59	-	41	-	99
98	-	-	-	-	46	-	-	-	28	58	68	-	69	98
97	-	34	-	36	-	45	46	45	-	-	67	40	68	97
96	-	-	-	-	45	-	-	-	-	57	66	-	-	96
95	-	33	-	35	-	44	45	-	27	-	-	39	67	95
94	-	-	-	-	44	-	-	44	-	56	65	-	66	94
93	-	32	-	34	-	43	44	-	-	55	64	-	65	93
92	15	31	-	-	43	-	-	43	26	-	63	38	64	92
91	-	-	-	33	-	42	43	-	-	54	-	-	63	91
90	-	30	-	-	42	-	-	42	25	-	62	37	62	90
89	-	-	-	-	-	41	-	-	-	53	61	-	-	89
88	14	29	-	32	41	-	42	-	-	52	60	36	61	88
87	-	-	-	-	-	-	-	41	24	-	-	-	60	87
86	-	28	-	31	40	40	41	-	-	51	59	-	59	86
85	-	27	-	-	-	-	-	40	-	-	58	35	58	85
84	-	-	-	30	39	39	40	-	23	50	57	-	57	84
83	13	26	30	-	-	-	-	-	-	49	-	34	56	83
82	-	-	-	29	38	38	39	39	-	-	56	-	55	82
81	-	25	29	-	-	-	-	-	22	48	55	33	-	81
80	-	-	-	28	37	37	38	38	-	-	54	-	54	80
79	12	24	-	-	-	-	-	-	-	47	53	-	53	79
78	-	-	28	-	36	36	37	37	21	-	-	32	52	78
77	-	23	-	27	-	-	-	-	-	46	52	-	51	77
76	-	22	27	-	35	35	36	-	-	45	51	31	50	76
75	11	-	-	26	-	-	-	36	20	-	50	-	49	75
74	-	21	26	-	34	34	-	-	-	44	-	-	-	74
73	-	-	-	25	-	-	35	35	-	-	49	30	48	73
72	-	20	25	-	33	33	-	-	19	43	48	-	47	72
71	10	-	-	24	-	-	34	34	-	42	47	29	46	71
70	-	19	24	-	32	32	-	-	18	-	-	-	45	70
69	-	-	-	-	-	-	33	-	-	41	46	28	44	69
68	-	18	23	23	31	31	-	33	-	-	45	-	43	68
67	9	17	-	-	-	-	32	-	17	40	44	-	42	67
66	-	-	22	22	30	30	-	32	-	39	-	27	-	66
65	-	16	-	-	-	-	31	-	-	-	43	-	41	65
64	-	-	-	21	29	29	-	-	16	38	42	26	40	64
63	8	15	21	-	-	-	30	31	-	-	41	-	39	63

Tabla A-1. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas, VARONES (Cont.)

T	L	F	K	1. Hs	2. D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si	T
62	-	-	-	20	28	28	-	-	-	37	-	25	38	62
61	-	14	20	-	-	-	29	30	15	36	40	-	37	61
60	-	-	-	19	27	27	-	-	-	-	39	-	36	60
59	7	13	19	-	-	-	-	29	-	35	38	24	-	59
58	-	12	-	-	26	26	28	-	14	-	-	-	35	58
57	-	-	18	18	-	-	-	-	-	34	37	23	34	57
56	-	11	-	-	25	25	27	28	-	-	36	-	33	56
55	6	-	17	17	-	-	-	-	13	33	35	22	32	55
54	-	10	-	-	24	24	26	27	-	32	34	-	31	54
53	-	-	16	16	-	-	-	-	12	-	-	-	30	53
52	-	9	-	-	23	23	25	-	-	31	33	21	29	52
51	5	8	15	15	-	-	-	26	-	-	32	-	-	51
50	-	-	-	-	22	22	24	-	11	30	31	20	28	50
49	-	7	-	-	-	-	-	25	-	29	-	-	27	49
48	-	-	14	14	21	21	23	-	-	-	30	-	26	48
47	4	6	-	-	-	-	-	24	10	28	29	19	25	47
46	-	-	13	13	20	-	22	-	-	-	28	-	24	46
45	-	5	-	-	-	20	-	-	-	27	-	18	23	45
44	-	-	12	12	19	-	21	23	9	26	27	-	-	44
43	3	4	-	-	-	19	-	-	-	-	26	17	22	43
42	-	3	11	11	18	-	-	22	-	25	25	-	21	42
41	-	-	-	-	-	18	20	-	8	-	-	-	20	41
40	-	2	10	10	17	-	-	21	-	24	24	16	19	40
39	2	-	-	-	-	17	19	-	-	-	23	-	18	39
38	-	1	9	-	16	-	-	-	7	23	22	15	17	38
37	-	-	-	9	-	16	18	20	-	22	-	-	16	37
36	-	0	8	-	15	-	-	-	6	-	21	14	-	36
35	1	-	-	8	-	15	17	19	-	21	20	-	15	35
34	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	19	-	14	34
33	-	-	7	7	-	14	16	-	5	20	18	13	13	33
32	-	-	-	-	13	-	-	18	-	19	-	-	12	32
31	-	-	6	6	-	13	15	-	-	-	17	12	11	31
30	0	-	-	-	12	-	-	17	4	18	16	-	10	30

Tabla A-2. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas, MUJERES

T	L	F	K	1. Hs	2. D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si	T
120	-	-	-	-	-	-	56	4	-	-	83	50	-	120
119	-	38	-	-	-	57	-	-	36	74	82	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	55	-	-	73	81	49	-	118
117	-	37	-	-	-	56	-	5	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	54	-	35	72	80	48	-	116
115	-	-	-	-	-	55	-	6	-	-	79	-	-	115
114	-	36	-	-	-	-	53	-	-	71	78	-	-	114
113	-	-	-	-	57	54	-	-	34	70	-	47	-	113
112	-	35	-	-	-	-	-	7	-	-	77	-	-	112
111	-	-	-	-	56	53	52	-	-	69	76	46	-	111
110	-	34	-	-	-	-	-	8	33	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	55	52	51	-	-	68	75	45	-	109
108	-	33	-	-	-	-	-	-	32	67	74	-	-	108
107	-	-	-	-	54	51	50	9	-	-	73	44	-	107
106	-	32	-	-	-	-	-	-	-	66	-	-	-	106
105	-	-	-	-	53	50	49	10	31	65	72	-	-	105
104	-	-	-	-	52	-	-	-	-	-	71	43	-	104
103	-	31	-	-	-	49	48	-	-	64	70	-	-	103
102	-	-	-	-	51	-	-	11	30	-	-	42	-	102
101	-	30	-	-	-	48	47	-	-	63	69	-	-	101
100	-	-	-	38	50	-	-	12	-	62	68	41	-	100
99	-	29	-	-	-	47	-	-	29	-	67	-	-	99
98	-	-	-	37	49	-	46	-	-	61	-	-	-	98
97	-	28	-	-	-	46	-	13	-	-	66	40	69	97
96	-	-	-	36	48	-	45	-	28	60	65	-	68	96
95	-	27	-	-	-	-	-	14	-	59	-	39	67	95
94	15	-	-	35	47	45	44	-	27	-	64	-	-	94
93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	63	38	66	93
92	-	26	-	-	46	44	43	15	-	57	62	-	65	92
91	-	-	-	34	-	-	-	-	26	-	-	-	64	91
90	14	25	-	-	45	43	42	16	-	56	61	37	63	90
89	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	60	-	62	89
88	-	24	-	-	44	42	41	-	25	55	59	36	61	88
87	-	-	-	32	-	-	-	17	-	54	-	-	60	87
86	13	23	30	-	43	41	-	-	-	-	58	35	-	86
85	-	-	-	31	-	-	40	18	24	53	57	-	59	85
84	-	22	-	-	42	40	-	-	-	-	56	34	58	84
83	-	-	29	-	-	-	39	-	-	52	-	-	57	83
82	-	-	-	30	41	39	-	19	23	51	55	-	56	82
81	12	21	28	-	-	-	38	-	-	-	54	33	55	81
80	-	-	-	29	40	38	-	20	-	50	-	-	54	80
79	-	20	27	-	-	-	37	-	22	-	53	32	53	79
78	-	-	-	28	39	37	-	-	-	49	52	-	-	78
77	11	19	26	-	-	-	36	21	21	48	51	31	52	77
76	-	-	-	-	38	36	-	-	-	-	-	-	51	76
75	-	18	-	27	-	-	35	22	-	47	50	-	50	75
74	-	-	25	-	37	35	-	-	20	46	49	30	49	74
73	10	17	-	26	36	-	-	-	-	-	48	-	48	73
72	-	-	24	-	-	34	34	23	-	45	-	29	47	72
71	-	-	-	25	35	-	-	-	19	-	47	-	-	71
70	-	16	23	-	-	33	33	24	-	44	46	28	46	70
69	-	-	-	24	34	-	-	-	-	43	45	-	45	69
68	9	15	-	-	-	32	32	25	18	-	-	27	44	68
67	-	-	22	-	33	-	-	-	-	42	44	-	43	67
66	-	14	-	23	-	31	31	-	-	-	43	-	42	66
65	-	-	21	-	32	-	-	26	17	41	42	26	41	65
64	8	13	-	22	-	30	30	-	-	40	-	-	40	64
63	-	-	20	-	31	-	-	27	16	-	41	25	-	63



Tabla A-2. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas, MUJERES (Cont.)

T	L	F	K	1. Hs	2. D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si	T
62	-	12	-	21	-	29	29	-	-	39	40	-	39	62
61	-	-	19	-	30	-	-	-	-	38	-	24	38	61
60	7	-	-	20	-	28	-	28	15	-	39	-	37	60
59	-	11	-	-	29	-	28	-	-	37	38	-	36	59
58	-	-	18	-	-	-	-	29	-	-	37	23	35	58
57	-	10	-	19	28	27	27	-	14	36	-	-	34	57
56	6	-	17	-	-	-	-	-	-	35	36	22	33	56
55	-	9	-	18	27	26	26	30	-	-	35	-	-	55
54	-	-	16	-	-	-	-	-	13	34	34	21	32	54
53	-	8	-	17	26	25	25	31	-	-	-	-	31	53
52	-	-	15	-	-	-	-	-	-	33	33	20	30	52
51	5	7	-	16	25	24	24	-	12	32	32	-	29	51
50	-	-	-	-	-	-	-	32	-	-	31	-	28	50
49	-	-	14	-	24	23	23	-	-	31	-	19	27	49
48	-	6	-	15	-	-	-	33	11	-	30	-	26	48
47	4	-	13	-	23	22	-	-	-	30	29	18	-	47
46	-	5	-	14	-	-	22	-	10	29	-	-	25	46
45	-	-	12	-	22	21	-	34	-	-	28	17	24	45
44	-	4	-	13	-	-	21	-	-	28	27	-	23	44
43	3	-	11	-	21	20	-	35	9	27	26	-	22	43
42	-	3	-	-	20	-	20	-	-	-	-	16	21	42
41	-	-	-	12	-	19	-	-	-	26	25	-	20	41
40	-	2	10	-	19	-	19	36	8	-	24	15	-	40
39	-	-	-	11	-	18	-	-	-	25	23	-	19	39
38	2	-	9	-	18	-	18	37	-	24	-	14	18	38
37	-	1	-	10	-	17	-	-	7	-	22	-	17	37
36	-	-	8	-	17	-	17	-	-	23	21	-	16	36
35	-	0	-	9	-	16	-	38	-	-	20	13	15	35
34	1	-	-	-	16	-	-	-	6	22	-	-	14	34
33	-	-	7	-	-	15	16	39	-	21	19	12	13	33
32	-	-	-	8	15	-	-	-	5	-	18	-	-	32
31	-	-	6	-	-	14	15	-	-	20	-	11	12	31
30	0	-	-	7	14	-	-	40	-	-	17	-	11	30

Tabla A-3. Conversión de PD a T. Escalas de contenido, VARONES

T	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	35	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101
100	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	-	32	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97
96	-	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
95	-	23	-	32	-	19	-	-	-	-	-	-	25	-	-	95
94	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94
93	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	93
92	-	22	-	-	29	18	-	-	-	-	24	-	-	-	-	92
91	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	91
90	-	21	-	-	28	17	-	-	-	-	23	-	-	-	-	90
89	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	89
88	-	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-	-	22	-	26	88
87	-	20	-	28	-	16	-	-	-	-	22	-	-	32	-	87
86	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	21	31	25	86
85	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-	21	24	-	-	-	85
84	-	19	-	-	25	15	-	-	-	-	-	-	-	30	24	84
83	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	23	20	-	-	83
82	23	18	-	25	24	-	-	-	-	-	20	-	-	29	23	82
81	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	22	19	28	-	81
80	22	-	-	24	23	-	-	-	22	-	19	-	-	-	22	80
79	-	17	-	-	-	-	-	-	-	19	-	21	18	27	-	79
78	-	-	16	23	22	13	16	-	-	-	-	-	-	-	21	78
77	21	16	-	-	-	-	-	-	21	-	18	20	-	26	-	77
76	-	-	-	22	21	-	-	-	-	18	-	-	17	25	20	76
75	20	-	15	-	-	12	15	-	20	-	17	-	-	-	-	75
74	-	15	-	21	20	-	-	-	-	-	-	19	16	24	19	74
73	19	-	-	-	-	-	-	23	-	17	-	-	-	-	-	73
72	-	14	14	20	19	11	14	-	19	-	16	18	-	23	18	72
71	18	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	15	22	-	71
70	-	-	-	19	18	-	-	-	18	16	15	17	-	-	17	70
69	17	13	13	-	-	10	13	21	-	-	-	-	14	21	-	69
68	-	-	-	18	17	-	-	-	17	-	14	16	-	-	16	68
67	16	-	12	17	-	-	-	20	-	15	-	-	13	20	-	67
66	-	12	-	-	16	9	12	19	-	-	-	15	-	19	15	66
65	15	-	-	16	-	-	-	-	16	-	13	-	-	-	-	65
64	-	11	11	-	15	-	-	18	-	14	-	14	12	18	-	64
63	-	-	-	15	-	8	11	-	15	-	12	-	-	-	14	63

Tabla A-3. Conversión de PD a T. Escalas de contenido, VARONES (Cont.)

T	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
62	14	-	-	-	14	-	-	17	-	-	-	13	11	17	-	62
61	-	10	10	14	-	-	-	-	-	13	-	-	-	16	13	61
60	13	-	-	-	13	7	10	16	14	-	11	-	-	-	-	60
59	-	9	-	13	-	-	-	-	-	-	-	12	10	15	12	59
58	12	-	9	-	12	-	-	15	13	12	10	-	-	-	-	58
57	-	-	-	12	-	6	9	-	-	-	-	11	9	14	11	57
56	11	8	8	-	11	-	-	14	-	-	-	-	-	13	-	56
55	-	-	-	11	-	-	-	-	12	11	9	10	8	-	10	55
54	10	7	-	-	10	5	8	13	-	-	-	-	-	12	-	54
53	-	-	7	10	-	-	-	-	11	-	8	9	-	-	9	53
52	9	-	-	9	9	-	-	12	-	10	-	-	7	11	-	52
51	-	6	-	-	-	4	7	-	-	-	-	8	-	10	8	51
50	8	-	6	8	8	-	-	11	10	-	7	-	6	-	-	50
49	-	-	-	-	-	-	6	-	9	-	7	-	7	-	9	49
48	-	5	-	7	7	3	-	10	9	-	6	-	-	-	7	48
47	7	-	5	-	-	-	-	9	-	-	-	-	5	8	6	47
46	-	4	-	6	6	-	5	-	8	8	-	6	-	7	-	46
45	6	-	-	-	-	2	-	8	-	-	5	-	4	-	5	45
44	-	-	4	5	5	-	-	-	-	7	-	5	-	6	-	44
43	5	3	-	-	-	-	4	7	7	-	4	-	3	-	4	43
42	-	-	3	4	4	1	-	-	-	-	-	4	-	5	-	42
41	4	2	-	-	3	-	-	6	6	6	-	-	-	4	3	41
40	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	3	3	2	-	-	40
39	3	-	2	-	2	0	-	5	-	-	-	-	-	3	2	39
38	-	1	-	2	-	-	-	-	5	5	2	2	1	-	-	38
37	2	-	-	-	1	-	2	4	-	-	-	-	-	2	-	37
36	-	0	1	1	-	-	-	-	4	-	-	1	-	1	1	36
35	1	-	-	0	0	-	-	3	-	4	1	-	0	-	-	35
34	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	0	-	0	0	34
33	-	-	0	-	-	-	-	2	3	-	0	-	-	-	-	33
32	0	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	32
31	-	-	-	-	-	-	0	1	2	-	-	-	-	-	-	31
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-4. Conversión de PD a T. Escalas de contenido, MUJERES

T	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	-	-	-	-	36	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	-	33	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97
96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
95	-	-	-	-	31	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95
94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94
93	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	93
92	-	-	-	33	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
91	-	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	91
90	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
89	-	-	-	-	28	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
88	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	26	88
87	-	-	-	-	27	-	-	-	22	-	24	24	-	33	-	87
86	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	25	86
85	-	-	-	29	26	14	-	-	-	-	23	23	-	32	-	85
84	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	21	31	24	84
83	-	-	-	28	25	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	83
82	-	23	-	-	-	13	-	-	20	-	-	22	-	30	23	82
81	-	-	-	27	24	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	81
80	-	22	-	-	-	-	-	-	-	19	21	21	-	29	22	80
79	-	-	-	26	23	12	-	-	19	-	-	-	19	28	-	79
78	23	21	16	-	-	-	-	-	-	-	20	20	-	-	21	78
77	-	-	-	25	22	-	-	-	-	18	-	-	-	27	-	77
76	22	-	-	24	-	-	16	23	18	-	19	19	18	-	-	76
75	-	20	15	-	21	11	-	-	-	-	-	-	-	26	20	75
74	21	-	-	23	-	-	-	22	-	17	-	18	17	25	-	74
73	-	19	-	-	20	-	15	-	17	-	18	-	-	-	19	73
72	20	-	14	22	-	10	-	21	-	-	-	17	16	24	-	72
71	-	18	-	-	19	-	-	-	16	-	17	-	-	-	18	71
70	19	-	-	21	-	-	14	20	-	16	-	-	-	23	-	70
69	-	17	13	-	18	9	-	-	-	-	16	16	15	22	17	69
68	18	-	-	20	-	-	-	19	15	-	-	-	-	-	-	68
67	-	16	-	19	17	-	13	-	-	15	15	15	14	21	16	67
66	17	-	12	-	-	8	-	18	-	-	-	-	-	-	-	66
65	-	-	-	18	16	-	12	-	14	-	-	14	13	20	15	65
64	16	15	-	-	-	-	-	17	-	14	14	-	-	19	-	64
63	-	-	11	17	15	-	-	-	-	-	-	13	-	-	14	63



Tabla A-4. Conversión de PD a T. Escalas de contenido, MUJERES (Cont.)

T	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
62	15	14	-	-	-	7	11	16	13	-	13	-	12	18	-	62
61	-	-	-	16	14	-	-	-	-	13	-	12	-	-	-	61
60	14	13	10	-	-	-	-	15	12	-	12	-	11	17	13	60
59	-	-	-	15	13	6	10	-	-	-	-	11	-	16	-	59
58	13	12	-	14	-	-	-	14	-	12	-	-	-	-	12	58
57	-	-	9	-	12	-	-	-	11	-	11	-	10	15	-	57
56	12	-	-	13	-	5	9	13	-	-	-	10	-	-	11	56
55	-	11	-	-	11	-	-	-	-	11	10	-	9	14	-	55
54	11	-	8	12	-	-	-	12	10	-	-	9	-	13	10	54
53	-	10	-	-	10	-	8	-	-	-	9	-	8	-	-	53
52	-	-	-	11	-	4	-	11	-	10	-	8	-	12	9	52
51	10	9	7	-	9	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	51
50	-	-	-	10	-	-	7	10	-	-	8	7	7	11	8	50
49	9	8	-	9	8	3	-	-	8	9	-	-	-	10	-	49
48	-	-	6	-	-	-	-	9	-	-	7	6	6	-	7	48
47	8	-	-	8	7	-	6	-	-	-	-	-	-	9	-	47
46	-	7	-	-	-	2	-	8	7	8	6	-	5	-	-	46
45	7	-	5	7	6	-	-	-	-	-	-	5	-	8	6	45
44	-	6	-	-	-	-	5	7	-	-	-	-	-	7	-	44
43	6	-	-	6	5	-	-	-	6	7	5	4	4	-	5	43
42	-	5	4	-	-	1	-	6	-	-	-	-	-	6	-	42
41	5	-	-	5	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	4	41
40	-	4	-	4	4	-	-	5	5	6	-	4	3	3	-	40
39	4	-	3	-	-	0	-	-	-	-	3	2	-	4	3	39
38	-	-	-	3	3	-	3	4	4	-	-	-	2	-	-	38
37	3	3	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	-	3	2	37
36	-	-	2	2	2	-	2	3	-	-	2	-	1	-	-	36
35	2	2	-	-	-	-	-	-	3	-	-	0	-	2	1	35
34	-	-	-	1	1	-	-	2	-	4	1	-	0	1	-	34
33	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0	33
32	-	-	-	0	0	-	-	1	2	-	0	-	-	0	-	32
31	0	0	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	31
30	-	-	0	-	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-5. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias, VARONES

T	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	MDS	APS	AAS	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	35	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	33	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	113
112	-	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	46	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	45	30	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	107
106	-	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	-	-	-	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	43	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	101
100	-	-	-	42	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	41	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	-	25	18	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	97
96	-	37	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	96
95	-	-	-	40	24	-	22	-	-	-	-	-	45	-	-	-	39	-	95
94	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	94
93	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-	45	60	-	-	-	93
92	-	35	-	39	23	-	21	-	-	-	-	-	44	44	59	-	38	-	92
91	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	58	-	-	-	91
90	-	-	-	38	22	-	-	-	-	-	-	-	43	43	57	-	-	9	90
89	-	34	-	-	-	-	20	24	-	-	-	-	-	42	56	-	37	-	89
88	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	42	41	55	14	-	-	88
87	-	33	-	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	-	36	-	87
86	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	41	-	-	40	53	-	-	-	86
85	-	32	-	36	-	16	19	23	-	-	40	-	41	39	52	-	-	-	85
84	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	38	51	13	35	8	84
83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	40	37	50	-	-	-	83
82	-	31	-	35	-	-	18	22	-	-	38	-	-	-	49	-	34	-	82
81	-	-	52	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	36	48	-	-	-	81
80	39	30	51	34	-	15	-	-	25	-	37	-	39	35	47	12	-	-	80
79	38	-	-	-	17	-	17	-	-	-	36	-	-	34	45	-	33	7	79
78	37	-	50	-	-	-	-	21	-	-	-	-	38	-	44	-	-	-	78
77	-	29	-	33	16	-	-	-	24	-	35	-	-	33	43	-	-	-	77
76	36	-	49	-	-	-	16	-	-	-	34	-	37	32	42	11	32	-	76
75	35	28	-	32	15	-	-	-	-	30	33	-	-	31	41	-	-	-	75
74	34	-	48	-	-	14	-	20	23	-	-	-	-	30	40	-	31	-	74
73	33	27	-	-	14	-	15	-	-	29	32	-	36	-	39	10	-	6	73
72	32	-	47	31	-	-	-	-	-	-	31	-	-	29	38	-	-	-	72
71	-	-	-	-	-	-	-	19	22	-	-	47	35	28	37	-	30	-	71
70	31	26	46	30	13	-	14	-	-	28	30	-	-	27	36	-	-	-	70
69	30	-	45	-	-	-	-	-	-	-	29	46	34	-	35	9	-	-	69
68	29	25	-	-	12	13	-	-	21	27	28	45	-	26	34	-	29	-	68
67	28	-	44	29	-	-	-	18	-	-	-	-	-	25	33	-	-	5	67
66	27	24	-	-	11	-	13	-	-	-	27	44	33	24	32	-	28	-	66
65	-	-	43	-	-	-	-	-	-	26	26	-	-	23	31	8	-	-	65
64	26	-	-	28	10	-	-	-	20	-	-	43	32	-	30	-	-	-	64
63	25	23	42	-	-	-	12	17	-	25	25	-	-	22	29	-	27	-	63

Tabla A-5. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias, VARONES (Cont.)

T	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	MDS	APS	AAS	T
62	24	-	-	27	9	12	-	-	-	-	24	42	31	21	28	-	-	4	62
61	23	22	41	-	-	-	-	-	19	24	-	41	-	20	27	7	26	-	61
60	22	-	40	-	-	-	11	16	-	-	23	-	-	-	26	-	-	-	60
59	-	-	-	26	8	-	-	-	-	-	22	40	30	19	25	-	-	-	59
58	21	21	39	-	-	-	-	-	18	23	21	-	-	18	24	6	25	-	58
57	20	-	-	25	7	11	10	-	-	-	-	39	29	17	23	-	-	-	57
56	19	20	38	-	-	-	-	15	-	22	20	38	-	-	22	-	-	3	56
55	18	-	-	-	6	-	-	-	17	-	19	-	28	16	21	-	24	-	55
54	-	19	37	24	-	-	9	-	-	-	-	37	-	15	20	5	-	-	54
53	17	-	-	-	5	-	-	-	-	21	18	-	-	14	19	-	23	-	53
52	16	-	36	23	-	-	-	14	16	-	17	36	27	13	18	-	-	-	52
51	15	18	-	-	4	10	8	-	-	20	16	35	-	-	17	-	-	-	51
50	14	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	12	16	4	22	2	50
49	13	17	34	22	-	-	-	13	-	19	15	34	-	11	15	-	-	-	49
48	-	-	-	-	3	-	7	-	15	-	14	-	-	10	14	-	21	-	48
47	12	16	33	21	-	-	-	-	-	-	-	33	25	-	13	-	-	-	47
46	11	-	-	-	2	-	-	-	-	18	13	-	-	9	12	3	-	-	46
45	10	-	32	-	-	9	-	12	14	-	12	32	24	8	11	-	20	-	45
44	9	15	-	20	1	-	6	-	-	17	-	31	-	7	10	-	-	1	44
43	8	-	31	-	-	-	-	-	-	-	11	-	23	6	9	-	-	-	43
42	-	14	-	19	0	-	-	-	13	-	10	30	-	-	8	2	19	-	42
41	7	-	30	-	-	-	5	11	-	16	9	-	-	5	7	-	-	-	41
40	6	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	29	22	4	6	-	18	-	40
39	5	13	29	18	-	-	-	-	12	15	8	28	-	3	5	1	-	0	39
38	4	-	28	-	-	-	4	10	-	-	7	-	21	-	4	-	-	-	38
37	3	12	-	-	-	-	-	-	-	14	-	27	-	2	3	-	17	-	37
36	-	-	27	17	-	-	-	-	11	-	6	-	20	1	2	-	-	-	36
35	2	11	-	-	-	-	3	-	-	-	5	26	-	0	1	0	-	-	35
34	1	-	26	16	-	7	-	9	-	13	4	25	-	-	0	-	16	-	34
33	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	33
32	-	10	25	-	-	-	2	-	10	12	3	24	-	-	-	-	15	-	32
31	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	2	-	18	-	-	-	-	-	31
30	-	9	24	-	-	-	-	8	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-5. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias, VARONES (Cont.)

T	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	MDS	APS	AAS	T
62	24	-	-	27	9	12	-	-	-	-	24	42	31	21	28	-	-	4	62
61	23	22	41	-	-	-	-	-	19	24	-	41	-	20	27	7	26	-	61
60	22	-	40	-	-	-	11	16	-	-	23	-	-	-	26	-	-	-	60
59	-	-	-	26	8	-	-	-	-	-	22	40	30	19	25	-	-	-	59
58	21	21	39	-	-	-	-	-	18	23	21	-	-	18	24	6	25	-	58
57	20	-	-	25	7	11	10	-	-	-	-	39	29	17	23	-	-	-	57
56	19	20	38	-	-	-	-	15	-	22	20	38	-	-	22	-	-	3	56
55	18	-	-	-	6	-	-	-	17	-	19	-	28	16	21	-	24	-	55
54	-	19	37	24	-	-	9	-	-	-	-	37	-	15	20	5	-	-	54
53	17	-	-	-	5	-	-	-	-	21	18	-	-	14	19	-	23	-	53
52	16	-	36	23	-	-	-	14	16	-	17	36	27	13	18	-	-	-	52
51	15	18	-	-	4	10	8	-	-	20	16	35	-	-	17	-	-	-	51
50	14	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	12	16	4	22	2	50
49	13	17	34	22	-	-	-	13	-	19	15	34	-	11	15	-	-	-	49
48	-	-	-	-	3	-	7	-	15	-	14	-	-	10	14	-	21	-	48
47	12	16	33	21	-	-	-	-	-	-	-	33	25	-	13	-	-	-	47
46	11	-	-	-	2	-	-	-	-	18	13	-	-	9	12	3	-	-	46
45	10	-	32	-	-	9	-	12	14	-	12	32	24	8	11	-	20	-	45
44	9	15	-	20	1	-	6	-	-	17	-	31	-	7	10	-	-	1	44
43	8	-	31	-	-	-	-	-	-	-	11	-	23	6	9	-	-	-	43
42	-	14	-	19	0	-	-	-	13	-	10	30	-	-	8	2	19	-	42
41	7	-	30	-	-	-	5	11	-	16	9	-	-	5	7	-	-	-	41
40	6	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	29	22	4	6	-	18	-	40
39	5	13	29	18	-	-	-	-	12	15	8	28	-	3	5	1	-	0	39
38	4	-	28	-	-	-	4	10	-	-	7	-	21	-	4	-	-	-	38
37	3	12	-	-	-	-	-	-	-	14	-	27	-	2	3	-	17	-	37
36	-	-	27	17	-	-	-	-	11	-	6	-	20	1	2	-	-	-	36
35	2	11	-	-	-	-	3	-	-	-	5	26	-	0	1	0	-	-	35
34	1	-	26	16	-	7	-	9	-	13	4	25	-	-	0	-	16	-	34
33	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	33
32	-	10	25	-	-	-	2	-	10	12	3	24	-	-	-	-	15	-	32
31	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	2	-	18	-	-	-	-	-	31
30	-	9	24	-	-	-	-	8	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	30



Tabla A-6. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias, MUJERES (Cont.)

T	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	MDS	APS	AAS	T
62	26	-	-	-	-	-	-	-	19	25	26	35	-	22	30	-	-	-	62
61	25	22	39	24	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	29	-	26	-	61
60	24	-	-	-	8	-	11	-	-	-	25	34	38	21	28	7	-	3	60
59	23	-	38	-	-	-	-	-	-	24	24	33	-	20	27	-	-	-	59
58	-	21	-	23	7	11	-	-	18	-	-	-	37	19	26	-	25	-	58
57	22	-	37	-	-	-	10	16	-	-	23	32	-	18	25	6	-	-	57
56	21	-	-	-	-	-	-	-	-	23	22	-	-	-	24	-	-	-	56
55	20	20	36	22	6	-	-	-	17	-	21	31	36	17	23	-	24	-	55
54	19	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	16	22	-	-	-	54
53	-	19	-	21	-	10	9	15	-	22	20	-	35	15	21	5	-	2	53
52	18	-	34	-	5	-	-	-	16	-	19	29	-	14	20	-	23	-	52
51	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	19	-	-	-	51
50	16	18	33	20	4	-	8	14	-	21	18	-	34	13	18	-	-	-	50
49	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	27	-	12	17	4	22	-	49
48	14	-	32	-	-	-	-	-	15	-	16	-	-	11	16	-	-	-	48
47	-	17	-	19	3	9	7	-	-	20	-	26	33	10	15	-	-	1	47
46	13	-	31	-	-	-	-	13	-	-	15	25	-	-	14	-	21	-	46
45	12	16	-	18	2	-	-	-	14	19	14	-	32	9	13	3	-	-	45
44	11	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	8	12	-	20	-	44
43	10	-	29	-	-	-	6	-	-	-	13	-	-	7	11	-	-	-	43
42	-	15	-	17	1	-	-	12	-	18	12	23	31	6	9	2	-	-	42
41	9	-	28	-	-	8	-	-	13	-	11	22	-	-	8	-	19	-	41
40	8	-	-	-	0	-	5	-	-	-	-	-	30	5	7	-	-	0	40
39	7	14	27	16	-	-	-	-	-	17	10	21	-	4	6	-	-	-	39
38	6	-	-	-	-	-	-	11	12	-	9	20	-	3	5	1	18	-	38
37	5	13	26	15	-	-	4	-	-	-	-	-	29	-	4	-	-	-	37
36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	8	19	-	2	3	-	-	-	36
35	4	-	25	-	-	7	-	10	-	-	7	-	-	1	2	-	17	-	35
34	3	12	-	14	-	-	-	-	11	-	6	18	28	0	1	0	-	-	34
33	2	-	24	-	-	-	3	-	-	15	-	17	-	-	0	-	-	-	33
32	1	-	23	-	-	-	-	-	-	-	5	-	27	-	-	-	16	-	32
31	-	11	-	13	-	-	-	9	10	14	4	16	-	-	-	-	-	-	31
30	0	-	22	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-7. Conversión de PD a T. Subescalas D1 a Pd5, VARONES

T	D1	D2	D3	D4	D5	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4	Pd5	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	101
100	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	97
96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
95	29	-	10	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95
94	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	94
93	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93
92	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	92
91	27	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91
90	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	90
89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
88	26	-	9	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	88
87	-	13	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	87
86	25	-	-	-	-	-	-	-	13	-	8	-	-	-	-	86
85	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	85
84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	84
83	24	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	83
82	-	12	8	-	-	-	-	13	12	-	-	-	-	-	-	82
81	23	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81
80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	12	80
79	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79
78	22	-	-	-	-	-	-	12	11	-	-	-	-	11	-	78
77	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	77
76	21	11	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	11	76
75	-	-	7	10	-	-	12	11	10	-	-	-	-	-	-	75
74	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	10	-	74
73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
72	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	72
71	19	10	-	9	-	-	11	10	9	-	-	-	-	-	-	71
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
69	18	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	6	-	9	-	69
68	-	-	6	-	-	-	-	9	-	-	5	-	-	-	9	68
67	-	-	-	8	7	-	10	-	8	-	-	-	-	-	-	67
66	17	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66
65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65
64	16	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	6	-	8	64
63	-	-	-	7	-	6	9	-	7	-	-	-	-	-	-	63

Tabla A-7. Conversión de PD a T. Subescalas D1 a Pd5, VARONES (Cont.)

T	D1	D2	D3	D4	D5	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4	Pd5	T
62	15	-	5	-	6	-	-	-	-	5	4	5	-	-	-	62
61	-	8	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	61
60	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	60
59	14	-	-	6	-	-	8	-	-	-	-	-	-	7	7	59
58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	58
57	13	-	-	-	5	5	-	6	-	-	3	-	-	-	-	57
56	-	7	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	6	56
55	-	-	4	5	-	-	7	-	-	4	-	4	-	6	-	55
54	12	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	54
53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
52	11	-	-	-	4	4	6	-	4	-	-	-	4	-	-	52
51	-	6	-	4	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5	-	51
50	10	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	50
49	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49
48	-	-	-	3	3	-	5	-	3	3	-	3	-	-	4	48
47	9	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	47
46	-	5	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	4	-	46
45	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	45
44	-	-	-	2	-	-	4	-	2	-	-	-	-	-	3	44
43	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	43
42	7	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42
41	-	4	-	-	-	2	-	-	1	2	-	-	-	3	-	41
40	6	-	-	1	-	-	3	1	-	-	-	2	-	-	2	40
39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	2	-	-	39
38	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
37	5	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	2	-	37
36	-	-	-	0	-	-	2	0	-	-	-	-	-	-	1	36
35	4	3	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	34
33	3	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
32	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	0	32
31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	31
30	2	2	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-8. Conversión de PD a T. Subescalas D1 a Pd5, MUJERES

T	D1	D2	D3	D4	D5	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4	Pd5	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97
96	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	96
95	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95
94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94
93	31	-	10	-	-	-	-	-	16	-	-	8	-	-	-	93
92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
91	30	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91
90	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
89	29	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	89
88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88
87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	13	-	87
86	28	13	9	14	-	-	-	15	-	-	-	7	-	-	-	86
85	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	85
84	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84
83	-	-	-	13	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	83
82	26	-	-	-	-	-	-	-	13	-	8	-	-	12	-	82
81	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81
80	25	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	12	80
79	-	-	8	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79
78	-	-	-	-	-	-	12	-	12	-	-	-	-	11	-	78
77	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	77
76	-	11	-	11	10	-	-	12	-	-	7	-	-	-	11	76
75	23	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	75
74	-	-	-	-	-	-	11	-	11	-	-	-	-	-	-	74
73	22	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	10	-	73
72	-	-	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	72
71	21	-	-	-	9	-	-	-	10	-	6	-	-	-	-	71
70	-	10	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	70
69	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	5	-	9	-	69
68	20	-	-	9	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	9	68
67	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	67
66	19	-	6	-	8	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	66
65	-	9	-	8	-	-	9	-	-	-	5	-	6	-	-	65
64	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	64
63	-	-	-	-	-	6	-	8	8	-	-	-	-	-	-	63



Tabla A-8. Conversión de PD a T. Subescalas D1 a Pd5, MUJERES (Cont.)

T	D1	D2	D3	D4	D5	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4	Pd5	T
62	17	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62
61	-	-	-	7	-	-	8	-	-	5	-	4	-	-	-	61
60	-	8	-	-	-	-	-	-	7	-	4	-	-	7	7	60
59	16	-	5	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	59
58	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	5	-	-	58
57	15	-	-	6	6	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	57
56	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-	-	-	-	-	6	56
55	14	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	55
54	-	-	-	5	-	-	-	-	-	4	3	-	-	-	-	54
53	13	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	3	-	-	-	53
52	-	-	4	-	5	4	-	5	5	-	-	-	4	-	5	52
51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
50	12	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	50
49	-	6	-	-	-	-	5	4	4	-	2	-	-	-	-	49
48	11	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	48
47	-	-	-	3	-	3	-	-	-	3	-	-	-	-	-	47
46	10	-	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	4	-	46
45	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	-	-	45
44	9	5	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	3	44
43	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	43
42	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	42
41	8	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3	-	41
40	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	-	2	-	2	40
39	7	4	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	39
38	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	38
37	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	-	37
36	-	-	-	0	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	36
35	5	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	35
34	-	3	-	-	1	-	-	-	0	-	-	-	1	-	-	34
33	4	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	33
32	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0	32
31	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
30	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-9. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias Pa1 a Si3, VARONES

T	Pa1	Pa2	Pa3	Sc1	Sc2	Sc3	Sc4	Sc5	Sc6	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Si1	Si2	Si3	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
109	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	11	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106
105	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	15	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	101
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	14	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	97
96	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
95	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95
94	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	94
93	13	-	-	17	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	93
92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91
90	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	90
89	-	-	-	16	8	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
88	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88
87	-	9	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	9	-	-	-	87
86	-	-	-	15	-	10	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	86
85	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85
84	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84
83	-	-	-	14	7	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	83
82	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	11	-	-	-	-	-	82
81	-	8	-	-	-	9	12	-	-	-	-	-	8	-	-	-	81
80	10	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	80
79	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	8	-	-	-	-	79
78	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	78
77	-	-	-	-	-	8	11	7	-	10	-	-	-	14	-	16	77
76	9	-	-	12	6	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	76
75	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	75
74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	8	15	74
73	-	-	9	11	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
72	8	-	-	-	-	7	-	-	9	-	9	7	-	-	-	-	72
71	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	12	-	14	71
70	-	-	-	10	5	-	9	-	-	5	-	-	-	-	-	-	70
69	-	6	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	7	13	69
68	7	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	11	-	-	68
67	-	-	-	9	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67
66	-	-	-	-	-	-	8	5	-	8	6	-	-	-	-	12	66
65	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	10	-	-	65
64	-	-	7	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	64
63	6	5	-	8	-	5	-	-	-	-	-	-	5	-	-	11	63

Tabla A-9. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias Pa1 a Si3, VARONES (Cont.)

T	Pa1	Pa2	Pa3	Sc1	Sc2	Sc3	Sc4	Sc5	Sc6	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Si1	Si2	Si3	T
62	-	-	-	-	-	-	7	-	-	4	-	-	-	9	-	-	62
61	-	-	-	-	-	-	-	4	6	-	7	-	-	-	-	-	61
60	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
59	5	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	8	-	10	59
58	-	-	-	-	-	4	6	-	5	-	-	-	-	-	-	-	58
57	-	4	-	6	3	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	57
56	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	6	-	-	7	-	-	56
55	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	55
54	-	-	5	-	-	-	5	-	4	3	-	-	-	-	-	-	54
53	-	-	-	5	-	3	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	53
52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	7	52
51	3	3	-	-	2	-	-	-	-	-	5	-	3	-	3	-	51
50	-	-	-	4	-	-	4	2	3	-	-	-	-	5	-	-	50
49	-	-	4	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	49
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
47	2	-	-	3	-	-	3	-	2	-	-	-	-	4	-	-	47
46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	3	-	-	2	-	46
45	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	45
44	-	-	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	4	44
43	1	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	43
42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	42
41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	3	41
40	-	-	2	1	-	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	40
39	-	1	-	-	-	0	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	39
38	0	-	-	-	0	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	2	38
37	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	37
36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	36
35	-	-	1	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	35
34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
33	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0	33
32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	32
31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	31
30	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	30

Tabla A-10. Conversión de PD a T. Subescalas Pa1 a Si3, MUJERES

T	Pa1	Pa2	Pa3	Sc1	Sc2	Sc3	Sc4	Sc5	Sc6	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Si1	Si2	Si3	T
120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120
119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116
115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115
114	17	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	114
113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112
111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111
110	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	110
109	16	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	109
108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
106	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	106
105	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
104	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104
103	-	-	-	-	10	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	103
102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
101	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101
100	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
99	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	99
98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
97	-	-	-	19	-	-	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97
96	13	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
95	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	95
94	-	-	-	18	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	94
93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93
92	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
91	-	-	-	17	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	91
90	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
89	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	89
88	-	-	-	16	-	-	14	-	13	-	-	-	-	-	-	-	88
87	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	87
86	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86
85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85
84	-	-	-	15	-	-	13	9	12	-	11	-	-	-	-	-	84
83	10	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82
81	-	9	-	14	-	9	12	-	-	-	-	8	8	-	-	-	81
80	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6	-	-	-	-	8	-	80
79	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	10	-	-	-	-	-	79
78	9	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	78
77	-	-	-	-	6	8	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
76	-	8	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	16	76
75	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	7	-	75
74	8	-	9	-	-	-	-	7	-	-	9	7	-	-	-	-	74
73	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	14	-	15	73
72	-	-	-	11	-	7	-	-	9	5	-	-	-	-	-	-	72
71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	71
70	7	7	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	14	70
69	-	-	8	-	-	-	9	6	8	-	8	-	6	-	-	-	69
68	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	6	-	12	-	-	68
67	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	67
66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66
65	6	6	-	9	-	-	8	-	7	-	-	-	-	11	5	12	65
64	-	-	7	-	4	-	-	5	-	4	-	-	-	-	-	-	64
63	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	7	-	5	10	-	-	63





Tabla E.1. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas en varones (N=500)

T	L	F	K	Fb	TRIN	VRIN	Hy	D	Hs	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Sl	T
90		34		31		18						29	56	72		62	90
89				30	21		34	41	40	47	46			71	42		89
88		33										28	55	70		61	88
87		32		29			33	40	39	46	45		54	69	41	60	87
86					20					45		27		68		59	86
85		31		28		17	32	39	38		44		53	67	40	58	85
84			30	27						44				66			84
83		30			19		31	38	37		43	26	52	65	39	57	83
82		29	29	26						43	43		51	64		56	82
81				25				37		42	42	25		63	38	55	81
80	15	28	28	24	18	16	30	36	36	41	41		50	62		54	80
79		27						36				24	49	61	37		79
78			27				29		35		40			60		53	78
77	14	26		23	17			35		40			48	59	36	52	77
76			26	22			28		34		39	23		58		51	76
75		25				15				39			47		35	50	75
74		24		21	16		27	34	33	38	38	22	46	57	34		74
73	13		25	20										56		49	73
72		23					26	33	32	37	37		45	55	33	48	72
71		22	24	19	15							21	44	54		47	71
70	12					14	25	32	31	36	36			53	32	46	70
69		21	23	18						35	35	20	43	52		45	69
68				17	14			31						51	31		68
67	11	20	22				24	30	30	34	34	19	42	50		44	67
66		19		16			30						41	49	30	43	66
65			21	15	13	13	23	29	29	33	33			48		42	65
64		18					29			32		18	40	47	29	41	64
63	10	17	20	14			22	28	28	32	32		39	46			63
62					12			28		31		17		45	28	40	62
61		16	19	13			21	27	27	31	31		38	44		39	61
60	9	15		12		12		27		30		16	37	43	27	38	60
59			18		11		20	26	26	30	30			42		37	59
58		14		11				26		29			36		26		58
57	8						19	25	25	28	29	15		41		36	57
56		13	17	10	10			25			28			40	25	35	56
55		12		9		11				27		14	34	39		34	55
54			16				18	24	24	27	27			38	24	33	54
53	7	11		8	9					26				37			53
52		10	15	7			17	23	23	25	26	13	32	36	23	32	52
51														35		31	51
50	6	9	14	6	8	10	16	22	22	24	25	12	31	34	22	30	50
49														33		29	49
48		8	13	5			15	21	21	23	24	11	30	32	21	28	48
47	5	7		4	7					22			29	31			47
46			12				14	20	20		23			30	20	27	46
45		6		3		9				21		10	28	29		26	45
44		5	11	2	6		19				22		27	28	19	25	44
43	4						13	19	19	20	21	9		27		24	43
42		4		1				18		19				26	18		42
41			10		5		12	18	18		20			26		23	41
40	3	3		0		8		17		18		8	25	25	17	22	40
39		2	9				11	17	17	17	19		24	24		21	39
38					4			16		17		7		23	16	20	38
37	2	1	8				10	16	16		18		23	22			37
36		0						15		16		6	22	21	15	19	36
35			7		3	7	9	15	15	15	17			20		18	35
34								14		15	15		21	19	14	17	34
33	1		6				8	13	14	14	16	5	20	18		16	33
32					2									17	13		32
31			5							13	15	4	19	16		15	31
30	0					6	7	12	13	12	14			15	12	14	30
29			4		1					12	14	3	18	14		13	29
28							6	11	12	11	13		17	13	11	12	28
27			3											12		11	27
26					0		5	10	11	10	12	2	16	11	10		26
25						5				9			15		9	10	25
24			2				4		10		11	1		10		9	24
23								9		8			14	9	8	8	23
22			1				3		9		10			8		7	22
21								8		7		0	13	7	7		21
20			0			4	2		8		9		12	6		6	20
19								7		6	8			5	6	5	19
18										5			11	4		4	18
17							1	6	7		7		10	3	5	3	17
16										4				2			16
15						3	0	5	6		6		9	1	4	2	15
14										3				0		1	14
13								4	5	2	5		8		3	0	13
12													7				12
11								3	4	1	4				2		11
10						2								6			10

Tabla E.2. Conversión de PD a T. Escalas de contenido en varones (N=500)

T	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
90		23		30		20					24			32	25	90
89				29	29	19										89
88		22		29	28						23		22	31	24	88
87				28	27	18								30	23	87
86		21		27	26	17						24		29		86
85				27	25						21	24	21	28		85
84	23	20		26	25				22		21	23	20	27	22	84
83				26	24	16					20	22	19	26	21	83
82		19	16	25	24	15	16		21		19	22	19	25	21	82
81				25	23						19	21	18	24	20	81
80	22	18		24	23				20		18	20	18	23	20	80
79		18	15	24	23		15				18	20	18	26	19	79
78	21			23	22	14			20	19	18	20	18	25	19	78
77		17		22	22	14		23			17	18	17	24	18	77
76	20	16	14	21	21	13	14	22	19	18	17	19	17	23	18	76
75		16		21	20				18		16	18	16	22	17	75
74	19	15	13	20	20	12	13	21	17	17	16	18	16	22	17	74
73		15		19	19	11			17		15	17	15	21	16	73
72	18	14	12	19	18		12	20	17	16	14	16	15	20	16	72
71		14		19	18	11			20	16	14	17	15	21	15	71
70	17	13		18	18		12	20	17	16	14	16	14	20	15	70
69		13		17	17	10			19	16	15	15	14	19	14	69
68	16	12	11	16	17	9	11	18	15	15	13	15	13	19	14	68
67		12		16	16				14	14	12	14	13	18	13	67
66	15	11	10	15	15	8	10	17	14	14	12	14	12	17	12	66
65		10		14	14	7			13	13	11	12	11	16	11	65
64	14	9	9	13	14	7	9	16	13	13	10	12	11	15	11	64
63		9		12	13		9	15	13	12	10	11	11	15	10	63
62	13	8	8	11	12	6		14	12	12	9	11	10	14	10	62
61		8		10	11	5	8		11	11	8	10	9	13	9	61
60	11	7	7	10	10			13	11	11	8	9	9	12	8	60
59	10	6	6	9	9	4	7	12	10	10	7	8	8	11	7	59
58	9	6		8	9	3		11			6	7	7	10	6	58
57		6		7	8		6	11	9	9	6	7	7	10	6	57
56	8	5		7	8	2			9	9	5	6	6	9	5	56
55	44	4	5	6	7	1	5	10	8	8	5	5	6	8	4	55
54		4		5	6				7		4	5	5	8	4	54
53	7	3	4	4	5	0	4	9	7	7	4	4	5	7	4	53
52	6	3	4	3	5			8	6	6	3	3	4	6	3	52
51		2		3	4				7	7	3	3	4	6	3	51
50	5	2	3	2	4				6	6	2	3	4	5	2	50
49		3		2	3	3			5	5	1	2	3	4	1	49
48	4	1		1	2				6	5	1	2	3	4	1	48
47				1	2				5	4	1	1	2	3	0	47
46	3	0	2	0	1		2	5	4	4	0	0	2	2	0	46
45				0	1			4	3	4	0	0	1	1	1	45
44	2	1		0	1		1	3	3	3			1	1	1	44
43																43
42	1									3				0		42
41										2						41
40										2						40
39										2						39
38										2						38
37										2						37
36										1						36
35	4	1		1	2				5	5	1	1	3	3		35
34	3	0	2	0	1		2	4	4	4	0	0	2	2	0	34
33																33
32																32
31																31
30	2		1		0		1	3	3	3			1	1		30
29																29
28	1									3				0		28
27			0				0		2	2			0			27
26	0								1	2						26
25										2						25
24								1		1						24
23																23
22								0	0							22
21																21
20										0						20
19																19
18																18
17																17
16																16
15																15
14																14
13																13
12																12
11																11
10																10

Tabla E.3. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias y subescalas en varones (N=500)

T	A	R	Es	MAC-R	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	Si1	Si2	Si3	T
90				44							45					90
89		34			26			41			44	37				89
88				43							43					88
87		33		42				40				36				87
86	39				25			39			42					86
85		32		41							41	35				85
84	38							38			40					84
83	37	31		40	24							34				83
82						25		37			39					82
81	36			39				36			38	33				81
80	35	30			23						37		14		17	80
79	34		52	38		24	30	35			36	32				79
78		29														78
77	33		51	37	22			34			35	31	13		16	77
76	32	28	50			23	29				34					76
75				36				33			33					75
74	31	27	49		21	22	28	32				30				74
73	30		48	35					46		32		12		15	73
72		26						31			31	29		8		72
71	29		47	34	20	21	27		45	46	30					71
70	28	25	46					30				28	11		14	70
69	27			33			26	29		45	29					69
68			45		19	20			44	44	28	27				68
67	26	24	44	32			25	28			27		10	7	13	67
66	25									43	26	26				66
65		23	43	31	18	19		27	43	42						65
64	24		42				24	26			25	25				64
63	23	22		30	17	18	23	25	42	41	24	24	9	6	12	63
62			41	29							23					62
61	22	21	40							40						61
60	21			28			22	24	41	39	22	23	8		11	60
59	20	20	39		16	17					21			5		59
58			38	27				23	40	38	20	22				58
57	19	19					21	22					7		10	57
56	18		37	26	15	16				37	19	21				56
55			36				20	21	39	36	18					55
54	17	18		25							17	20		4		54
53	16		35		14	15		20	38	35	16		6		9	53
52		17	34	24			19	19		34		19				52
51	15										15					51
50	14	16	33	23	13	14	18	18	37	33	14	18	5	3	8	50
49	13										13					49
48		15	32	22			17	17		32		17				48
47	12		31		12	13		16	36	31	12		4		7	47
46	11	14		21							11	16		2		46
45			30				16	15	35	30	10					45
44	10		29	20	11	12				29	9	15				44
43	9	13					15	14					3		6	43
42			28	19				13	34	28	8	14				42
41	8	12	27		10	11					7			1		41
40	7			18			14	12	33	27	6	13	2		5	40
39	6	11	26							26						39
38			25	17	9	10	13	11			5	12				38
37	5	10		16					32	25	4		1	0	4	37
36	4		24				12	10			3	11				36
35		9	23	15	8	9		9	31	24						35
34	3									23	2	10				34
33	2	8	22	14			11	8			1		0		3	33
32			21		7	8			30	22	0	9				32
31	1			13			10	7		21						31
30	0	7	20					6				8			2	30
29			19	12	6	7	9		29	20						29
28		6						5				7				28
27			18	11					28	19					1	27
26		5	17		5	6	8	4		18		6				26
25				10				3								25
24		4	16			5	7		27	17						24
23			15	9	4			2		16		5			0	23
22		3							26							22
21			14	8		4	6	1		15		4				21
20		2	13		3											20
19				7			5	0	25	14		3				19
18			12			3				13						18
17		1	11	6	2		4		24			2				17
16										12						16
15		0	10	5		2				11		1				15
14			9		1		3		23							14
13				4						10		0				13
12			8	3		1	2		22							12
11			7		0					9						11
10				2			1			8						10



Tabla E.4. Conversión de PD a T. Escalas de validez y básicas en mujeres (N=500)

T	L	F	K	Fb	TRIN	VRIN	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	T
90				30	21	21	38	47	46	46	15	30	60	73			90
89		31		29			37	46	46	45			59	72	40	63	89
88				28	20		36	45	45	44			58	71		62	88
87		30		27			35	44	44	43			57	70	39	61	87
86	15	29	30	26		20	34	43	43	42	16	29	56	69	38	60	86
85		28	29	25	19		33	42	42	41	17	28	55	68		59	85
84		27	28	24		19	32	41	41	40	18	27	54	67	37	58	84
83		26		23	18		31	40	40	39	19	26	53	66		57	83
82		25	27	22			30	39	39	38	20	25	52	65	36	56	82
81	14	24	26	21	17	18	29	38	38	37	21	24	51	64	35	55	81
80		23	25	20			28	37	37	36	22	23	50	63		54	80
79		22	24	19	16		27	36	36	35	23	22	49	62	34	53	79
78		21	23	18		17	26	35	35	34	24	21	48	61	33	52	78
77	13	20	22	17			25	34	34	33	25	20	47	60	32	51	77
76		19	21	16	15	16	24	33	33	32	26	19	46	59	31	50	76
75		18	20	15			23	32	32	31	27	18	45	58		49	75
74		17	19	14	13		22	31	31	30	28	17	44	57	33	48	74
73		16	18	13		14	21	30	30	29	29	16	43	56	32	47	73
72	12	15	17	12			20	29	29	28	30	15	42	55	31	46	72
71		14	16	11	12		19	28	28	27	31	14	41	54		45	71
70		13	15	10			18	27	27	26	32	13	40	53	31	44	70
69		12	14	9	10	12	17	26	26	25	33	12	39	52	30	43	69
68		11	13	8			16	25	25	24	34	11	38	51	29	42	68
67	11	10	12	7	9	11	15	24	24	23	35	10	37	50	28	41	67
66		9	11	6			14	23	23	22	36	9	36	49	27	40	66
65		8	10	5	8	10	13	22	22	21	37	8	35	48	26	39	65
64		7	9	4			12	21	21	20	38	7	34	47	25	38	64
63	10	6	8	3	7	10	11	20	20	19	39	6	33	46	24	37	63
62		5	7	2			10	19	19	18	40	5	32	45	23	36	62
61		4	6	1	9	13	9	18	18	17	41	4	31	44	22	35	61
60		3	5	0	6		8	17	17	16	42	3	30	43	21	34	60
59	9	2	4				7	16	16	15	43	2	29	42	20	33	59
58		1	3		5	8	6	15	15	14	44	1	28	41	19	32	58
57		0	2		4	9	5	14	14	13	45	0	27	40	18	31	57
56			1				4	13	13	12	46		26	39	17	30	56
55			0		3	5	3	12	12	11	47		25	38	16	29	55
54	8						2	11	11	10	48		24	37	15	28	54
53							1	10	10	9	49		23	36	14	27	53
52							0	9	9	8	50		22	35	13	26	52
51								8	8	7	51		21	34	12	25	51
50	7	8	14	7	9	11	17	24	23	23	32	13	33	36	22	33	50
49		7	13	6	8		16	23	22	22	33	12	32	35	21	32	49
48		6	12	5			15	22	21	21	34	11	31	34	20	31	48
47		5	11	4			14	21	20	20	35	10	30	33	19	30	47
46		4	10	3	7	9	13	20	19	19	36	9	29	32	18	29	46
45		3	9	2			12	19	18	18	37	8	28	31	17	28	45
44		2	8	1	6		11	18	17	17	38	7	27	30	16	27	44
43		1	7		5	8	10	17	16	16	39	6	26	29	15	26	43
42		0	6		4	9	9	16	15	15	40	5	25	28	14	25	42
41			5		3	10	8	15	14	14	41	4	24	27	13	24	41
40			4		2	11	7	14	13	13	42	3	23	26	12	23	40
39			3		1	12	6	13	12	12	43	2	22	25	11	22	39
38			2			13	5	12	11	11	44	1	21	24	10	21	38
37	4		1			14	4	11	10	10	45	0	20	23	9	20	37
36			0			15	3	10	9	9	46		19	22	8	19	36
35						16	2	9	8	8	47		18	21	7	18	35
34						17	1	8	7	7	48		17	20	6	17	34
33	3					18	0	7	6	6	49		16	19	5	16	33
32						19		6	5	5	50		15	18	4	15	32
31						20		5	4	4	51		14	17	3	14	31
30						21		4	3	3	52		13	16	2	13	30
29						22		3	2	2	53		12	15	1	12	29
28	2					23		2	1	1	54		11	14	0	11	28
27						24		1	0	0	55		10	13		10	27
26						25		0			56		9	12		9	26
25						26					57		8	11		8	25
24	1					27					58		7	10		7	24
23						28					59		6	9		6	23
22						29					60		5	8		5	22
21						30					61		4	7		4	21
20	0					31					62		3	6		3	20
19						32					63		2	5		2	19
18						33					64		1	4		1	18
17						34					65		0	3		0	17
16						35					66			2			16
15						36					67			1			15
14						37					68			0			14
13						38					69						13
12						39					70						12
11						40					71						11
10						41					72						10



Tabla E.6. Conversión de PD a T. Escalas suplementarias y subescalas en mujeres (N=500)

T	A	R	Es	MAC-R	O-H	Do	Re	MI	GM	GF	PK	PS	Si1	Si2	Si3	T
90		35		38												90
89					25											89
88		34		37												88
87			52													87
86		33	51	36	24											86
85											46					85
84			50								45					84
83		32		35		25					44	60				83
82			49		23						43	59				82
81		31	48	34							42	58				81
80						24						57				80
79		30	47	33	22			41	46		41	56				79
78								40			40	55				78
77			46		23			39	45	46	39	53			17	77
76		29		32							38	52				76
75	39		45		21			38	44		37	51	14			75
74	38	28	44	31		22		37		45	36	50		8	16	74
73	37						30	36	43			49				73
72	36		43							44	35	47	13			72
71		27		30	20	21	29	35	42		34	46			15	71
70	35		42					34	41	43	33	45				70
69	34	26	41	29				33			32	44	12	7		69
68	33				19	20	28		40		31	43			14	68
67	32	25	40	28				32		42		41				67
66	31							31	39		30	40	11			66
65	30		39		19	19	27	30		41	29	39			13	65
64	29	24	38	27	18				38		28	38		6		64
63	28						26	29	37		27	37	10			63
62		23	37	26		18		28		40	26	35			12	62
61	27				17			27	36		25	34				61
60	26	22	36	25			25			39		33		5		60
59	25					17		26	35		24	32	9		11	59
58	24		35				24	25			23	31				58
57	23	21	34	24	16			24	34	38	22	29				57
56	22					16					21	28	8		10	56
55	21	20	33	23			23	23	33	37	20	27		4		55
54					15			22	32		19	26				54
53	20		32			15	22	21				25	7		9	53
52	19	19	31	22					31	36	18	23				52
51	18							20			17	22				51
50	17	18	30	21	14	14	21	19	30	35	16	21	6	3	8	50
49	16							18			15	20				49
48	15	17	29	20					29	34	14	19				48
47	14		28			13	20	17				17	5		7	47
46					13			16	28		13	16				46
45	13	16	27	19			19	15	27	33	12	15		2		45
44	12				12						11	14	4		6	44
43	11	15	26	18	12			14	26	32	10	13				43
42	10		25				18	13			9	11				42
41	9					11		12	25		8	10	3		5	41
40	8	14	24	17			17			31		9		1		40
39	7				11			11	24		7	8				39
38	6	13	23	16		10		10	23	30	6	7	2		4	38
37							16	9			5	5				37
36	5	12	22	15	10				22		4	4				36
35	4		21			9	15	8		29	3	3		0		35
34	3							7	21		2	2			3	34
33	2	11	20	14				6		28		1	1			33
32	1				9	8	14		20		1				2	32
31	0	10	19	13				5			0		0			31
30			18					4	19	27						30
29		9		12	8	7	13	3	18						1	29
28			17							26						28
27							12	2	17							27
26		8	16	11		6		1		25					0	26
25			15		7				16		0					25
24		7		10												24
23			14			5				15	24					23
22									10							22
21		6	13	9	6					14	23					21
20						4				13						20
19		5	12	8			9									19
18			11		5					12	22					18
17		4		7		3	8									17
16			10							11	21					16
15																15
14		3	9	6	4	2	7			10						14
13			8							9	20					13
12		2		5			6									12
11			7		3	1										11
10		1		4					8	19						10

**PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN  
PARCIAL O TOTAL DE ESTE DOCUMENTO.  
JAJAJAJA,  
EL CONOCIMIENTO ES DE TODOS Y ES GRATIS**