



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS  
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LAS  
ESCALAS DEPRESIÓN MAYOR Y TRASTORNO DE ANSIEDAD DEL  
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON III (MCMII-III)**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología  
Clínica que presenta la Bachiller:

FIGURELLA OTINIANO CAMPOS

Magaly Nóbrega Mayorga  
Asesora

LIMA - 2012

## AGRADECIMIENTOS

A Magaly Nóbrega, quien no sólo me asesoró sino también me apoyó constantemente e hizo que me esforzara más allá del cien por ciento. Gracias por las constantes correcciones y anotaciones, las cuales aprendí a querer y me permitieron mejorar en cada avance.

A Doris Argumedo, quien con sus sugerencias realizó un aporte valioso para mejorar esta tesis.

A mis padres y mi hermana, quienes me apoyaron incondicionalmente durante toda la carrera y en la realización de esta tesis. Gracias por su comprensión y cariño; nada de lo que he logrado sería posible sin ustedes.

A David Olivo por su valiosa ayuda y por ser mi soporte en los momentos difíciles. Gracias por motivarme a dar lo mejor de mí.

A los psicólogos e internas de psicología del departamento de Diagnóstico del hospital de salud mental donde se realizó la aplicación, especialmente a los psicólogos María Elena Apumayta, Nelida Geldres, Mariela Blanco, Milton Hernández y Sandra Luza. Gracias por la ayuda brindada y facilitar la recolección de la muestra.

A la Dirección de Gestión de la Investigación (DGI), por el apoyo económico del Programa de Apoyo a la Iniciación en la Investigación (PAIN), el cual me permitió realizar la corrección de los protocolos aplicados. Gracias por la confianza brindada.

Finalmente, quisiera agradecer a todos los pacientes que participaron, por su buena disposición a contestar las pruebas aplicadas. Sin su colaboración no se hubiera podido realizar esta tesis.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la validez de constructo y la eficiencia diagnóstica de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Para ello, se aplicó el MCMI-III, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck a 100 pacientes ambulatorios de un hospital de salud mental de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 68 mujeres y 32 hombres, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 56 años ( $M=30.53$ ;  $DE=10.11$ ). Al calcularse la validez de constructo, se encontró que las escalas del MCMI-III presentaban correlaciones convergentes con las otras medidas de depresión y ansiedad utilizadas; sin embargo, también mostraban una pobre habilidad para discriminar la sintomatología del trastorno que dicen medir y la de otra patología considerada en esta investigación. Asimismo, al calcular los criterios que sustentan la efectividad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo) para cada escala, se obtuvo que la escala Trastorno de Ansiedad presenta una mayor eficacia diagnóstica que la escala Depresión Mayor. No obstante, la escala Trastorno de Ansiedad brinda un porcentaje alto de falsos positivos; mientras que la escala Depresión Mayor brinda falsos negativos.

Palabras clave: MCMI-III, validez de constructo, eficacia diagnóstica, Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad.

## ABSTRACT

The present investigation seeks to determine the construct validity and the diagnostic efficiency of the scales of Mayor Depression and Anxiety Disorder of the Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III). Data was gathered using the MCMI-III, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory for a sample of 100 ambulatory patients of a mental health hospital of Lima Metropolitana. The sample consisted of 68 women and 32 men between the ages of 18 and 56 years old ( $M=30.53$ ;  $DS=10.11$ ). As a result, it was found that the two scales presented convergent correlations with the depression and anxiety measures used; however they also presented a poor ability to discriminate the symptoms of the disorder measured from the other disorder considered in this study. Moreover, the criteria of the diagnostic efficiency were calculated (sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value) for each scale and it was found that the Anxiety Disorder scale presents a higher diagnostic efficiency than the Mayor Depression scale. Nonetheless, the Anxiety Disorder scale offers a high percentage of false positives; meanwhile, the Mayor Depression scale offers a high percentage of false negatives.

Key word: MCMI-III, construct validity, diagnostic efficiency, Mayor Depression, Anxiety Disorder.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	15
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	35
ANEXO	
A: Consentimiento Informado	41
B: Correlación ítem-test para el BDI-II y el BAI	42
C: Correlación ítem-test para las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III.	43

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos más frecuentes en Lima y Callao son los depresivos y ansiosos, siendo la prevalencia de vida para los primeros de 19%; la de seis meses de 10.6% y la actual de 6.7%. En cuanto a los trastornos de ansiedad, las prevalencias de vida, de seis meses y la actual son de 25.3%, 16.4% y 14.6%, respectivamente. Entre los diversos trastornos ansiosos que se presentan en la población, el más frecuente es la ansiedad generalizada, la cual presenta una prevalencia de vida de 9.9%; mientras que en segundo lugar se encuentra la fobia social, cuya prevalencia de vida es de 7.9% (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”; 2002).

De igual manera, las estadísticas de las atenciones psiquiátricas del Hospital Hermilio Valdizán (2010) sustentan la alta prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad. De 49 438 atenciones del 2010, el 9.4% presentaban episodios depresivos; el 5.9% tenían el diagnóstico mixto de ansiedad y depresión; y el 2.2%, ansiedad generalizada. Por lo tanto, a pesar de que las cifras citadas presentan alcances distintos de la realidad nacional, se podría considerar que los trastornos depresivos y de ansiedad deberían considerarse como una problemática actual que afecta a un número elevado de personas.

Los trastornos depresivos y de ansiedad presentan una sintomatología que imposibilita que el individuo se desenvuelva en diversos contextos, produciendo un efecto discapacitante mayor que algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Por ello, se proyecta que en el 2020 la depresión será la segunda enfermedad más discapacitante (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). De acuerdo a un estudio realizado por la OMS (2001), a nivel mundial, el trastorno depresivo unipolar es responsable del 11.9% del total de años de vida perdidos (APD); y del 4.4% del total de años de vida saludables perdidos debido a que se vive con discapacidad (AVAD). En el Perú, se ha encontrado que los peruanos han perdido a causa de la depresión unipolar 289,389 años de vida saludable en el 2004; mientras que se ha perdido 27,322 años debido al trastorno de pánico en el mismo año (Macher, 2008).

Asimismo, otro factor que convierte a los trastornos depresivos y de ansiedad en una problemática importante es que los porcentajes de recaída son elevados. En diversas investigaciones se ha encontrado que el 70% de las personas que ha presentado dos episodios depresivos mayores, tendrá un tercero; y, el 90% que ha experimentado tres episodios, tendrá otro. Solamente el 40% de las personas que ha tenido un episodio depresivo mayor no tendrá otro (American Psychiatric Association, 2000 en Halgin & Krauss, 2009).

Tal como se conoce, la depresión consiste en un patrón específico de diversos síntomas que se presentan de manera simultánea por un período mínimo de dos semanas y producen un malestar

clínicamente significativo a quien la padece (Buela-Casal & Sierra, 2004). De acuerdo con el DSM-IV-TR, el Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por los siguientes síntomas: un estado de ánimo depresivo, la pérdida o aumento del apetito, la disminución del interés en todas o casi todas las actividades, presencia de fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnia, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos y disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Asimismo, se caracteriza por la presencia de pensamientos recurrentes de muerte, ya sea con o sin un plan específico e intento suicida.

En relación a las diferencias de género en las tasas de prevalencia de la depresión mayor, diversas investigaciones, en España y Chile, han encontrado que ésta es mayor en mujeres que en hombres (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001; Cova, 2005; Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez & Matud, 2003; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Mirowski, 1996; Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2004). Esta tendencia se reproduce en Lima y Callao, donde la prevalencia de la depresión es de 23.3% para las mujeres, en comparación a un 14.5% para los hombres (INSM "HD-HN", 2002).

Por otro lado, con respecto a la edad, se ha encontrado que la frecuencia de la depresión está aumentando en los adolescentes tardíos y adultos tempranos. En un estudio epidemiológico en Estados Unidos, se encontró que el riesgo a desarrollar el trastorno es bajo hasta la adolescencia temprana, que es cuando comienza a aumentar su presencia en los siguientes grupos etarios. Así, los individuos de 18 a 29 años de edad tienen mayor probabilidad a deprimirse que las personas de 30 a 44 años (Kessler et al., 2003). En nuestro contexto, se hallaron diferencias significativas en la prevalencia actual de los trastornos depresivos, siendo mayor entre los 45 y 64 años (9.3%) y menor entre los 18 y 24 años (3.8%; INSM "HD-HN", 2002); esto quiere decir que si bien el trastorno se presenta en la adultez temprana, éste aumenta considerablemente en la adultez media. Sin embargo, es necesario prestarle atención al porcentaje de personas de 18 a 24 años que han sido diagnosticados con este trastorno, puesto que al presentarse a una edad tan temprana el pronóstico empeora.

En relación al trastorno de ansiedad, éste se puede presentar de diferentes formas y en diversos niveles de intensidad. En general, la ansiedad es una reacción fisiológica, conductual y psicológica que se presenta de manera conjunta (Bourne, 2010) y presenta sintomatología que genera malestar significativo en el individuo e imposibilita que se desenvuelva en diversos contextos, dado que se caracteriza por la evitación de las situaciones ansiosas (Halgin & Krauss, 2009).

Los trastornos de ansiedad más frecuentes, en Lima y Callao, son el trastorno de ansiedad generalizada (9.9%), la fobia social (7.9%) y el trastorno de pánico (3.7%). Diversas investigaciones sostienen que la edad de inicio del trastorno de ansiedad generalizada se encuentra entre los 20 y 30 años. En Argentina, se ha encontrado que la edad de inicio es a los 30 años, pero que el promedio de edad de la primera consulta es de 40 años, esto podría deberse a que los sujetos más jóvenes considerarían los síntomas más como un rasgo de personalidad que como una enfermedad a tratar (Cascardo & Resnik, 2005). En comparación con el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social se presenta más tempranamente, incluso en la niñez o la adolescencia, usualmente entre los 11 y 19 años (Bourne, 2010; Halgin & Krauss, 2009).

Con respecto al trastorno de pánico, las personas tienden a presentarlo durante la adolescencia tardía o alrededor de los veinte años de edad. Si bien se ha encontrado que aproximadamente la mitad de las personas que tienen este diagnóstico lo desarrollaron antes de la edad de veinte años, también se ha detectado un grupo considerable de casos, aunque más reducido, que presentaron el trastorno por primera vez alrededor de los 35 años. Sin embargo, es menos probable que el trastorno de pánico se inicie en etapas posteriores de la adultez (Bourne, 2010; Halgin & Krauss, 2009).

Al igual que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más prevalentes en mujeres (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001; Matud et al., 2006; Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2004). El 30.1% de las mujeres ha presentado un trastorno de ansiedad, en comparación a un 20.3% correspondiente a los hombres. Específicamente, la prevalencia de la ansiedad generalizada es de 11.2% para las mujeres y 8.5% para los hombres; mientras que para la fobia social es de 9.1% para las mujeres y 6.6% para los hombres. Igualmente, la prevalencia del trastorno de pánico es de 5.1% para las mujeres, mientras que el 2.2% para los hombres (INSM "HD-HN", 2002). Asimismo, se ha encontrado que las mujeres tienen el doble de probabilidades de desarrollar trastorno de pánico en comparación con los hombres (Bourne, 2010).

Cabe resaltar que los datos epidemiológicos corroboran una alta comorbilidad entre los trastornos de depresión y los de ansiedad. En diversos estudios se ha encontrado que la mitad de las personas con trastorno depresivo mayor presenta sintomatología ansiosa, cumpliendo con los criterios diagnósticos para alguno de los trastornos de ansiedad (Agudelo, Buena-Casal & Spielberger, 2007). Asimismo, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad son un factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo entre adultos jóvenes. Igualmente, se encontró que las personas que presentaban dos o más trastornos de ansiedad tenían mayor riesgo a desarrollar un

trastorno depresivo mayor, en comparación con los sujetos que presentaban solo un trastorno de ansiedad (Bittner et al., 2004).

La CIE-10 considera esta comorbilidad al incluir el Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2) dentro de la clasificación de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Esta categoría se emplea cuando se presentan tanto los síntomas de ansiedad como de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente. Además, ni la sintomatología depresiva ni la ansiosa se presentan de manera tan intensa que justifique un diagnóstico específico.

Una teoría que explica la presencia de esta comorbilidad es el Modelo Tripartito de la depresión y ansiedad (Clark & Watson, 1991; Watson, Clark & Carey, 1988), el cual postula que estos dos trastornos comparten un mismo componente: el afecto negativo. Es decir, la disminución de la capacidad para concentrarse, las alteraciones del sueño e irritabilidad serían ejemplos de síntomas que se aprecian tanto en la ansiedad como en la depresión. Sin embargo, estos trastornos se diferenciarían en que la depresión presenta una baja afectividad positiva (Ej.: anhedonia, enlentecimiento motor y cognitivo); mientras que la ansiedad, una hiperactivación fisiológica (Barlow, 2002; Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín & Blalock, 1996).

Como se ha mencionado, debido a que la prevalencia de los trastornos mencionados es alta y a que producen un deterioro significativo en el desenvolvimiento de las personas en distintas áreas, es de suma importancia poder realizar un diagnóstico temprano para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado. Para ello, existen distintas pruebas psicológicas específicas para la depresión y ansiedad, las cuales son una herramienta esencial para el proceso de evaluación de los pacientes, tal como lo muestra la Tabla 1.

Asimismo, existen otras pruebas que miden simultáneamente varias patologías, entre las cuales se encuentran la Depresión Mayor y la Ansiedad. Por ejemplo, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway & McKinley, 1999), el Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon, Davis & Millon, 1997).

Según Piotrowski (1997) y Craig (1999; en Sánchez, 2003), de acuerdo con los estudios realizados, el MCMI es considerado uno de los tests más utilizados en la práctica clínica y el tercer más empleado para la investigación. Entre los beneficios que presenta este instrumento a diferencia de los otros mencionados se encuentra, en primer lugar, su compatibilidad con el diagnóstico psiquiátrico del DSM. Esto se debe a que las escalas de la prueba se agrupan en dos categorías, las escalas de psicopatología y trastornos de personalidad, las cuales se relacionan con la distinción que realiza el DSM entre el Eje I y el Eje II respectivamente. En segundo lugar, la cantidad de ítems que



posee facilita la aplicación del instrumento, puesto que puede ser aplicado en 30 minutos aproximadamente y evita que los sujetos sientan cansancio, abandonen la prueba o falseen sus respuestas para terminar antes (Cardenal & Sánchez, 2007); a diferencia del MMPI que tiene 567 y el PAI con 344.

Tabla 1

*Pruebas clínicas que miden Ansiedad y Depresión*

Ansiedad	Depresión
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck & Steer, 1990)	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996)
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982)	Lista de Adjetivos para la Depresión (DACL; Lubin, 1967)
Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAM-A; Hamilton, 1959)	Inventario de Depresión de Hamilton (HAM-D; Hamilton, 1960)
Cuestionario de Miedos (FQ; Marks & Mathews, 1979)	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995)
Escala de ansiedad y evitación social (SAD; Watson & Friend, 1969)	Escala de Autoevaluación de la Depresión (SDS; Zung, 1965)
Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS; Mattick & Clarke, 1989)	Escala de Depresión de Carroll (CRS; Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson & Greden, 1981)
Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE; Watson & Friend, 1969)	

Nota. Esta información fue extraída de Antony, Orsillo & Roemer, 2001; Buela-Casal & Sierra, 2002; Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon se sustenta en la teoría evolutiva planteada por el mismo Millon (Cardenal & Sánchez, 2007), la cual busca una comprensión integradora de la persona y no un agregado de diagnósticos (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007). De acuerdo con Millon, la “normalidad” y la “patología” son conceptos relativos que se encuentran en un continuo, ambas comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo y se encuentran compuestas por los mismos rasgos básicos. Sin embargo, la diferencia consistiría en que los sujetos normales son flexibles cuando se adaptan a su entorno; en cambio, los individuos patológicos son más rígidos, lo cual los lleva a desplegar conductas desadaptativas (Cardenal & Sánchez, 2007; Sánchez, 2003).

Millon considerando los conceptos de la evolución, postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo (Cardenal & Sánchez, 2007; Millon, 2005; Sánchez, 2003):

- La existencia: Implica la polaridad placer-dolor, la cual se refiere a la motivación para la conducta. Esto se puede reflejar, por un lado, en la búsqueda de experiencias que generen

- recompensas y mejoren la calidad de vida; y, por otro lado, en la evitación del peligro o amenazas que puedan disminuir la calidad de vida o arriesgar la propia existencia.
- Los modos de adaptación: Implican la polaridad pasivo-activo, la cual se refiere a la forma en que la persona se adapta al medio. Es otras palabras, una tendencia que consiste en acomodarse al entorno y a un ambiente favorable o una tendencia a modificar, intervenir o dominar el entorno.
  - Las estrategias de replicación: Reflejan la polaridad yo-otros e indicarían cómo se transmite la existencia. Una de estas estrategias es la auto-propagadora, que facilitaría acciones centradas en el individualismo; por el contrario, otra de las estrategias es la del cuidado-de-otros, que presenta acciones afiliativas, íntimas y protectoras en relación a los demás.
  - Los procesos de abstracción: Implican diversas polaridades que pueden ser divididas en dos grupos. El primero se refiere a la fuente que provee información a las cogniciones, pudiendo ser externo-al-self o interno-al-self y material o inmaterial; mientras que el segundo se refiere al procesamiento cognitivo, el cual puede basarse en la lógica o en lo emocional y tender a incorporar la nueva información a la ya conocida o distanciarla de lo ya aprendido para crear nuevas ideas.

Empleando las tres primeras polaridades del modelo evolutivo, Millon caracterizó cada uno de los prototipos de personalidad básicos, los cuales pueden ser fuertes, débiles o neutros en cualquier elemento de cada una de las polaridades. Es importante resaltar que el ser fuerte en un elemento de una polaridad indica que habría una tendencia hacia cierto estilo de conducta (Sánchez, 2003).

Como resultado de la descripción de cada prototipo de personalidad, Millon construyó un sistema de clasificación de éstos, de acuerdo con la polaridad en la que se evidenciaba mayor deficiencia, considerando así la existencia de trastornos de personalidad. Éstos son características enraizadas en el individuo que afectan a todas las áreas de desenvolvimiento y al encontrarse tan inmersas en el funcionamiento de éste, no son advertidas por él. Asimismo, son estilos de funcionamiento desadaptativos y pueden presentarse en diferentes niveles de acuerdo a la gravedad: leve, moderada y grave (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Sánchez, 2003). En su sistema de clasificación Millon planteó cuatro grupos (Sánchez, 2003):

- Personalidades con dificultades para el placer: Esquizoide, Evitativo y Depresivo.
- Personalidades con problemas interpersonales: Dependiente, Histriónico, Narcisista y Antisocial.

- Personalidades con conflictos intrapsíquicos: Sádico, Compulsivo, Negativista y Masoquista.
- Personalidades con déficit estructurales: Esquizotípico, Límite, Paranoide y Descompensado.

Considerando la clasificación mencionada, Millon plantea que los síndromes clínicos del Eje I son producto del estilo de personalidad del sujeto. En otras palabras, los síndromes se presentan cuando el equilibrio de la personalidad establecida de la persona se encuentra en peligro. En ese momento, se hacen esfuerzos para restablecer esa estabilidad, lo cual genera dificultades adicionales para el individuo, que se traducen en síntomas clínicos. Los síntomas que la persona presenta reflejan no sólo su respectivo patrón de personalidad, sino también eventos previos de experiencia y aprendizaje. De acuerdo con Millon, si bien cada síndrome clínico se presenta con mayor frecuencia en una determinada personalidad, también es posible encontrar que un síndrome se presente en diversos patrones de personalidad. Por ejemplo, el trastorno somatomorfo se puede apreciar en personalidades evitativas, dependientes, histriónicas, compulsivas o negativistas; mientras que los trastornos de conducta se encuentran mayormente en personalidades narcisistas, antisociales y sádicas (Millon & Grossman, 2007).

Por lo tanto, empleando como base esta teoría y los criterios del DSM, se construyó la versión original del MCMI. Hasta el momento se han creado tres versiones del Inventario Clínico Multiaxial de Millon: el MCMI-I en el año 1983, el MCMI-II en 1987 y el MCMI-III en 1997 (Cardenal & Sánchez, 2007; Inch & Crossley, 1993). El desarrollo de cada escala de la última versión de este instrumento pasó por tres fases de validación: teórico-sustantiva, interna-estructural y mediante criterios externos. En la primera de ellas, se crearon ítems de acuerdo con cada síndrome, considerando que se ajusten a los requerimientos teóricos y criterios del DSM. En la fase interna-estructural, los ítems se sometieron a un análisis de consistencia interna y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se eliminaron ítems y otros fueron corregidos. Finalmente, en la última fase, los ítems se examinaron en relación a la capacidad que presentaban para discriminar entre grupos clínicos. Para ello, los resultados de los grupos diagnósticos objetivo se contrastaron con muestras de pacientes psiquiátricos, esperándose encontrar diferencias significativas (Cardenal & Sánchez, 2007).

La adaptación española del MCMI-III utilizó la validez de criterio, empleando la colaboración de profesionales que enviaban para cada evaluado un informe clínico con la interpretación de los aspectos fundamentales del Eje I y II (Cardenal et al., 2007). Para ello, se

utilizó una muestra de 964 pacientes, de los cuales 486 eran mujeres y 478 eran hombres. Además, las edades de los participantes fluctuaban entre los 18 y 76 años de edad.

Para desarrollar las puntuaciones de prevalencia, se calcularon las tasas de prevalencia de cada una de las escalas a partir de los diagnósticos realizados por los profesionales y mediante interpolación lineal se asignaron estos puntajes de prevalencia a las puntuaciones directas obtenidas en el test. La interpolación lineal consiste en el cálculo de los valores intermedios de una variable a partir del trazo de una recta que atraviesa los valores obtenidos. Como resultado de este procedimiento, se obtuvieron tres puntos de corte: prevalencia de cero (puntaje directo mínimo), de 60 (mediana) y de 115 (puntaje directo máximo; Cardenal & Sánchez, 2007).

En relación a la consistencia interna del instrumento, se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach para cada escala, los cuales se encuentran entre .65 y .88. Específicamente, las escalas de Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor obtuvieron un Alfa de Cronbach elevado, .83 y .88 respectivamente. Además, los resultados de la fiabilidad test-retest oscilan desde .82 a .96 para todas las escalas; siendo .84 para la escala de Trastorno de Ansiedad y .95 para Depresión Mayor (Cardenal & Sánchez, 2007).

Adicionalmente, para determinar la validez externa del MCMI-III se empleó el MMPI-2 en una muestra de 388 pacientes; las escalas de Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor obtuvieron correlaciones positivas con Hipocondriasis (.42 y .48 respectivamente), Depresión (.43 y .55 respectivamente) y Psicastenia (.62 y .68 respectivamente; Cardenal & Sánchez, 2007).

En Latinoamérica, especialmente en Brasil y Argentina, en los últimos años, el MCMI-III ha sido empleado en diversas investigaciones empleando poblaciones con características variadas: pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Górgora, 2006; Salorio et al., 2011), consumidores de alcohol y drogas (Markhamid, Mendes, Rodrigues, Carvalho & Alchieri, 2011; Mejías & Antelo, 2009; Nascimento, Nunes, Carvalho, Rodrigues & Carlos, 2011), pacientes con cáncer de mama (Cerezo, Ortiz-Tallo & Cardenal, 2009), agresores contra la pareja condenados (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008; Loinaz, Echeburúa & Torrubia, 2010), personas sin hogar (Salavera, Puyuelo & Orejudo, 2009), mujeres víctima de violencia psicológica por parte de su anterior pareja (Ballester & Ventura, 2010), etc. De igual manera, en el Perú, se llevó a cabo una investigación con la prueba con internos de un centro penitenciario involucrados en el delito de secuestro (Modonese, 2008).

A pesar de todas las investigaciones mencionadas realizadas con el instrumento, no se han efectuado muchos estudios relacionados a la validación del MCMI-III en países latinoamericanos. Entre las pocas investigaciones realizadas, se encuentra la adaptación y validación del inventario

para la realidad brasilera (Rodrigues, Soares, Carlos & Barreto, 2009) y la adaptación preliminar argentina (Richaud, Oros & Lemos, 2006). En el Perú, Solís (2007) ha llevado a cabo la validación de la versión anterior, el MCMI-II, y encontró adecuados índices de consistencia con coeficientes Alfa de Cronbach entre .46 y .92; siendo .89 para las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor.

No obstante, es importante realizar estudios de validación de la última versión puesto que al haberse cambiado más de la mitad de los ítems e incorporado dos subescalas, el MCMI-III debe ser considerado como un nuevo instrumento y no como una versión revisada de la anterior (Marlowe, Festinger, Kirby, Rubenstein & Platt, 1998).

Asimismo, de manera específica, no se ha desarrollado ninguna investigación especializada acerca de la validación de las escalas de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad en países latinoamericanos. Por el contrario, en otros contextos como Australia, Saulsman (2011) realizó una investigación con la finalidad de determinar la validez de constructo y la eficacia diagnóstica de las escalas relacionadas de depresión y ansiedad. La muestra empleada consistió en 696 pacientes ambulatorios y se aplicaron, además del MCMI-III, seis cuestionarios y una encuesta estructurada para determinar diagnósticos del Eje I. Se encontró que la escala Depresión Mayor presentaba altas correlaciones convergentes con la medida relacionada a depresión (.69 con el BDI-II) y no con las medidas relacionadas a ansiedad, lo cual indica una buena discriminación de este trastorno con el de ansiedad. Los resultados mencionados se evidencian también en un estudio con la versión anterior de este instrumento (MCMI-II), realizado por Goldberg, Shaw y Segal (1987), el cual obtuvo una correlación de .62 entre la escala de Depresión Mayor y el BDI. Por lo tanto, de acuerdo con lo mencionado, se ha podido demostrar que las escalas de Depresión Mayor del MCMI-II y III serían válidas para diagnosticar el trastorno que están destinadas a medir.

Un aspecto importante de la calidad de una prueba diagnóstica es la sensibilidad (Sen), la especificidad (Esp), el poder predictivo positivo (PPP) y el poder predictivo negativo (PPN). El primero de ellos se refiere a cuán sensible es la prueba en la detección del trastorno; es decir, el grado en el que el test es bueno para detectar a las personas que presentan el trastorno. La especificidad es el grado en el que el test es bueno para excluir correctamente a los sujetos que no padecen el trastorno. Por otro lado, el poder predictivo positivo es definido como la proporción de pacientes cuyo trastorno ha sido identificado correctamente por la prueba; mientras que el poder predictivo negativo es el porcentaje de pacientes que han sido diagnosticados por la prueba con un trastorno, pero que en realidad no lo presentan (Altman, 2000; Martínez, Hernández, Hernández, 2006).

Los criterios mencionados para la escala Depresión Mayor del MCMI-III varían de acuerdo con diversas investigaciones, como se puede apreciar en la Tabla 2. En la investigación llevada a cabo por Retzlaff (1996), los resultados de los PPP obtenidos eran considerados problemáticos porque eran muy bajos y podrían guiar a pensar que la prueba no era válida para predicciones diagnósticas específicas de la depresión. Sin embargo, estos resultados variaron considerablemente en el estudio de la segunda edición del manual, obteniéndose un valor de .72 (Ryder & Wetzler, 2005). Estas diferencias encontradas se pueden explicar por dificultades del diseño del estudio realizado por Retzlaff en 1996; en especial por el empleo de una sesión para evaluar a los participantes y la poca experiencia de quienes diagnosticaron la presencia del trastorno en el paciente (Ryder & Wetzler, 2005).

Tabla 2

*Sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y negativo de la Escala de Depresión Mayor en diversas investigaciones*

Autor	Año	País	Muestra	Sen	Esp	PPP	PPN
Retzlaff	1996	Estados Unidos	100	.56	.73	.36	.86
Segunda edición del manual del MCMI-III <sup>a</sup>	1997	Estados Unidos	-	-	-	.72	-
Davis, Wenger y Guzman <sup>b</sup>	1997	Estados Unidos	-	-	-	.51	-
Gibeau y Choca	2005	Estados Unidos	371	.26	.90	.67	.63
Adaptación española del MCMI-III	2007	España	964	-	-	.66	-
Saulsman	2011	Australia	696	.35	.91	.85	.50

Nota. <sup>a</sup> En: Ryder & Wetzler, 2005; <sup>b</sup> En: Gibeau & Choca, 2005

Asimismo, es importante resaltar que en los resultados obtenidos por Saulsman (2011) no se consideraron a los participantes que presentaba un diagnóstico mixto ansioso-depresivo. Por ello, la autora indica que se podría plantear que en contextos donde la comorbilidad puede presentarse, el MCMI-III no podría diferenciar los trastornos de depresión y ansiedad con un alto nivel de exactitud. Igualmente, esto llevaría a considerar el MCMI-III como un instrumento para realizar un análisis de la probabilidad de la presencia de un trastorno, más que como una herramienta rigurosa para realizar un diagnóstico.

En relación a la escala de Trastorno de Ansiedad, se evidencian diferencias significativas con la misma escala de la versión anterior del instrumento. El estudio de Marlowe et al. (1998) encontró que la escala de Trastorno de Ansiedad del MCMI-II tiene una correlación de .32 con la del MCMI-III; lo cual indicaría cambios importantes en la escala. A pesar de las modificaciones

realizadas, los resultados de las investigaciones no favorecen su validez. Blais et al. (2003) encontraron que la escala Trastorno de Ansiedad poseía correlaciones positivas tanto con pruebas que medían ansiedad (.49 con el BAI y .42 con el HAM-A) como las que medían depresión (.56 con el BDI y .53 con el HAM-D).

Igualmente, Saulsman (2011) encontró que la escala de Trastorno de Ansiedad presentaba una asociación moderada con las medidas relacionadas a ansiedad, más notablemente con las medidas referidas a pánico y preocupaciones (.41 con el BAI y .40 con el Inventario de Preocupación de Pensilvania -PSWQ- y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad -ASI-); sin embargo, presentó correlaciones pequeñas con las medidas de fobia social (.14 con el Escala de Miedo a la Evaluación Negativa -FNE- y .21 con el Escala de Ansiedad a la Interacción Social -SIAS-). Además, la escala de Trastorno de Ansiedad se encontraba tan fuertemente relacionada a la sintomatología depresiva como a la ansiosa (.42 con el BDI-II). Por lo tanto, los resultados de ambos estudios mencionados demuestran que la escala de Ansiedad presenta dificultades para poder discriminar la ansiedad de la depresión. Inclusive, ésta presenta correlaciones un poco más elevadas con las medidas de depresión en comparación a las obtenidas con las de ansiedad. Estos resultados refuerzan la investigación realizada por Wetzler, Kahn, Cahn, Van Praag y Asnis (1990; en Ryder y Wetzler, 2005), quienes compararon pacientes con Trastorno de Pánico y pacientes con Depresión Mayor y obtuvieron que la escala de Trastorno de Ansiedad no proveía ninguna discriminación entre ambos trastornos.

En relación a los criterios de eficacia diagnóstica, los resultados de las investigaciones también varían para la escala de Trastorno de Ansiedad, tal como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3  
*Sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y negativo de la Escala de Trastorno de Ansiedad en diversas investigaciones*

Autor	Año	País	Muestra	Sen	Esp	PPP	PPN
Retzlaff	1996	Estados Unidos	100	.58	.29	.58	.30
Segunda edición del manual del MCMII-III <sup>a</sup>	1997	Estados Unidos	-	-	-	.80	-
Davis, Wenger y Guzman <sup>b</sup>	1997	Estados Unidos	-	-	-	.70	-
Gibeau y Choca	2005	Estados Unidos	371	.55	.58	.14	.90
Adaptación española del MCMII-III	2007	España	964	-	-	.75	-
Saulsman	2011	Australia	696	.29	.70	.41	.58

Nota. <sup>a</sup> En: Ryder & Wetzler, 2005; <sup>b</sup> En: Gibeau & Choca, 2005.

Particularmente, al medir el poder predictivo positivo (PPP) los estudios más antiguos presentan resultados más elevados; mientras que las investigaciones más actuales encuentran resultados más bajos. De igual manera, con respecto al poder predictivo negativo (PPN) de la escala de Trastorno de Ansiedad, las investigaciones también presentan resultados distintos unas de otras, oscilando entre .30 y .90.

Una evidencia adicional de la validez de las escalas de Depresión Mayor y Ansiedad es un estudio que obtuvo como resultado que en los pacientes con Depresión Mayor las escalas de Trastorno de Personalidad Dependiente, Autodestructiva y Límite, y las escalas clínicas de Distimia y Depresión Mayor del MCMI-III fueron las que presentaron puntajes elevados; mientras que en los pacientes con Ansiedad las escalas de Trastorno de Personalidad Compulsivo y Trastorno de Ansiedad fueron las más elevadas. No obstante, en esta investigación no se incluyeron los pacientes con comorbilidad ansiosa-depresiva (Freeman, Kablinger, Rilland & Brannon, 1999).

Debido a la diversidad de resultados obtenidos en diferentes investigaciones desde la publicación del MCMI-III, se considera necesario continuar investigando acerca de la validez de ambas escalas y de la eficacia de éstas para realizar un diagnóstico. Además, es necesario iniciar investigaciones que aporten información relevante que ayude a la detección y diagnóstico temprano de estos trastornos. De esta manera, se podrá intervenir tempranamente, lo cual beneficiaría de manera considerable el pronóstico, además del alivio del malestar producido por los síntomas.

Por ello, la presente investigación busca determinar la validez de constructo y la eficiencia diagnóstica de las escalas de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del MCMI-III. Asimismo, tiene como objetivo específico, describir las características de los valores obtenidos en el MCMI-III en las escalas mencionadas de acuerdo a las variables sociodemográficas de edad y sexo. Para lograr estos objetivos, se diseñó un estudio psicométrico en el que se evaluó con el MCMI-III a 100 pacientes de consulta externa que acudían a un hospital de atención de la salud mental de Lima Metropolitana.



## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra estuvo conformada por 100 pacientes ambulatorios adultos de un hospital de salud mental de Lima, siendo el 68% mujeres y el 32% hombres. Las edades de los mismos fluctuaron entre los 18 y los 56 años ( $M=30.53$ ;  $DE=10.11$ ). Asimismo, el 29% de los participantes presentó un grado de instrucción superior completa; mientras que el 43% y el 28% tenían superior incompleta y secundaria completa, respectivamente.

La mayoría de participantes (70%) había asistido por primera vez al hospital en los últimos diez meses; mientras que el 14% en los últimos tres años y el 16% hace más de tres años. Cabe resaltar que el 71% de la muestra se encontraba recibiendo medicación, de los cuales el 85.92% tomaba medicamentos recetados tanto para sintomatología depresiva como para ansiosa; mientras que el resto de participantes (14.08%) recibía medicación para el control de la impulsividad y antipsicóticos (Por ejemplo: valproato, topiramato, quetiapina, olzapin y sulpiride).

Por otro lado, los pacientes en tratamiento farmacológico se encontraban tomando medicación por lo menos hace un mes ( $M=14.40$ ;  $DE=27.01$ ). Asimismo, sólo el 7% de la muestra había sido hospitalizada y el 25% había recibido terapia psicológica con anterioridad por lo menos durante un mes ( $M=6.24$ ;  $DE=8.28$ ).

Una vez obtenida la autorización del Comité de Ética del hospital, los pacientes fueron evaluados en una de las sesiones de la evaluación psicológica que realizaban en el servicio de Diagnóstico del hospital. A cada participante se le brindó información general acerca de la investigación y un consentimiento informado (Anexo A), el cual firmó en señal de aceptación de su participación en el estudio.

### *Medición*

Los constructos de Depresión y Ansiedad serán medidos a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III); éste consta de 175 ítems, los cuales se encuentran agrupados en veinticuatro escalas clínicas. Éstas, a su vez, se encuentran agrupadas en cuatro áreas: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves (Cardenal y Sánchez, 2007). La escala Depresión Mayor consta de 17 ítems; mientras que la escala Trastorno de Ansiedad consta de 14 ítems. La prueba presenta una Sección de Respuestas Llamativas que permite detectar la presencia de síntomas relacionados a la anorexia,

bulimia, abuso infantil, etc.; además, la prueba posee tres escalas de validez: Sinceridad, Deseabilidad social y Devaluación. (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007).

Los puntajes obtenidos se presentan como puntuaciones de prevalencia, que fijan los puntos de corte para un determinado atributo en población psiquiátrica. En el caso de las escalas clínicas, se determina la presencia del síndrome con una prevalencia de 75, mientras que con una de 85 se determina la prominencia del mismo. Igualmente para las escalas de personalidad una prevalencia de 75 indica la presencia del rasgo y una de 85, la presencia del trastorno (Cardenal y Sánchez, 2007).

Adicionalmente, el constructo de Depresión se midió a través del Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2006), el cual consiste en 21 ítems puntuados en una escala Likert de 4 puntos donde mayor será la severidad de la depresión cuando el puntaje sea más alto. Adicionalmente, el BDI-II refleja dos factores: una dimensión somática-afectiva, que incluye 12 ítems; y otra cognitiva que consiste en 9 ítems. Asimismo, sus ítems se basan en los criterios diagnósticos de Depresión Mayor del DSM-V e incluye síntomas depresivos atípicos y severos (Quilty, Zhang & Bagby, 2010).

La adaptación argentina de este inventario (Brenlla & Rodríguez, 2006) presenta un coeficiente de alfa de .88 para pacientes y de .86 para población general. Es importante resaltar que esta versión del BDI-II y la versión original no presentan coeficientes de confiabilidad para las dos dimensiones. Con respecto a las correlaciones ítem-test, éstas fueron significativas, siendo sus valores desde .19 (ítem sobre agitación) hasta .61 (ítem sobre pesimismo) para los pacientes; mientras que para la población general, las correlaciones se encontraron entre .25 (ítem sobre pensamientos o deseos suicidas) y .55 (ítem sobre desvalorización). Además, la correlación test-retest obtenida fue de .90, indicando una correlación positiva y significativa. Igualmente, este instrumento presenta validez convergente con la Escala de Depresión del MMPI-2 ( $r=.58$ ) y con la escala de Depresión de la SCL-90-R ( $r=.81$ ; Brenlla & Rodríguez, 2006). En la presente investigación, esta versión del BDI-II presentó una confiabilidad de .91, siendo la correlación ítem-test obtenida entre .38 y .66 (Anexo B). De igual manera, presentó una confiabilidad de .85 y .86 para las dimensiones somática-afectiva y cognitiva, respectivamente.

El BDI ha sido empleado para la validación de otros instrumentos en diversos estudios; por ejemplo, la escala de Depresión del MCMI (Blais et al., 2003; Golberg, Shaw & Segal, 1987; Pedrero & López-Durán, 2005; Saulsman, 2001), la Escala de Autoestima de Rosenberg (Góngora & Casullo, 2009), la Escala de Deseabilidad Social de Crowe y Marlowe (Cosentino & Castro, 2008) y la Escala de Desesperanza de Beck (Mikulic, Cassullo, Crespi & Marconi, 2009).

El constructo de Ansiedad se midió con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck & Steer, 1990), el cual es una escala autoaplicable de 21 ítems que evalúa la severidad con que se presenta la sintomatología ansiosa. Al igual que el BDI-II, el BAI presenta dos dimensiones: una afectiva-cognitiva constituida por 9 ítems; y otra somática que presenta 12 ítems (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

La versión en español de esta prueba presenta una alta confiabilidad, siendo el coeficiente de alfa .93. Este resultado se ha encontrado en diversos estudios con población general en varios países, obteniéndose un alfa entre .88 y .94 (Magán, Sanz & García-Vera, 2008). Es importante resaltar que en esta versión del BAI no se presentan coeficientes de confiabilidad para las dos dimensiones. En esta investigación, la confiabilidad obtenida fue de .91, siendo la correlación ítem-test encontrada entre .36 y .71 (Anexo B). Igualmente, la dimensión afectiva-cognitiva presentó una confiabilidad de .84; mientras que la dimensión somática, de .85.

El BAI presenta correlaciones significativas y positivas con el BDI-II ( $r=.63$ ) y con el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo ( $r=.32$ ). De acuerdo con estos resultados, se podría pensar que la prueba carece de validez discriminante; sin embargo, al existir una superposición entre las manifestaciones de ansiedad, depresión e ira, es de esperarse que se presenten correlaciones positivas entre ellos. No obstante, al realizar un análisis factorial con los ítems de las tres pruebas, se encontró la existencia de un factor de ansiedad, uno de depresión y uno de ira rasgo. Todos los ítems que definieron el factor ansiedad pertenecían al BAI, con rangos entre .84 y .31 de carga (Magán, Sanz & García-Vera, 2008).

El BAI ha sido empleado para la validación de otros instrumentos en diversos estudios; por ejemplo, la escala de Ansiedad del MCMI-III (Blais et al., 2003; Saulsman, 2011), el Inventario Obsesivo Compulsivo (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir, 1998), el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2007), el Inventario de Ansiedad de la Salud (HAI; Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002), el Cuestionario “¿Por qué preocuparse?” (González, Bethencourt, Fumero & Fernández, 2006), el Cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman-III (Herrero, Viña, Gonzalez, Ibañez & Peñate, 2001).

### ***Procedimiento***

Para esta investigación, se realizó un estudio psicométrico en el que los tres instrumentos descritos anteriormente fueron aplicados en una sola sesión. Al haber culminado la evaluación de los 100 pacientes, se seleccionaron los protocolos válidos. En el caso de los inventarios de Beck, los

que habían sido completados en su integridad y, en el caso del MCMI-III, se seleccionaron los protocolos que cumplieran los siguientes criterios:

- a. Presentar todas las respuestas contestadas.
- b. Responder “Falso” en todos los ítems de la escala de Validez.
- c. Presentar una puntuación entre 34 y 178 en la escala de Sinceridad.
- d. Presentar puntuaciones de prevalencia de todas las escalas de patrones clínicos de personalidad mayores a 59.

Posteriormente, se determinó la confiabilidad de las escalas de Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, la cual determinó que la muestra presentaba una distribución normal en los puntajes directos de las dos escalas mencionadas. Por ello, se empleó el estadístico Pearson para correlacionar los puntajes obtenidos en ambas escalas del MCMI-III y los puntajes de los dos inventarios de Beck y sus respectivas dimensiones, con la finalidad de determinar la validez de las escalas mencionadas.

Además, como una medida adicional de validez, se consideró la eficacia diagnóstica, la cual se mide a través de cuatro criterios: sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo. Estos criterios se calcularon en las dos escalas mencionadas considerando los dos puntos de corte para la prevalencia propuestos por el manual del MCMI-III para las escalas (75 indica la presencia del trastorno y 85, la prominencia del trastorno) y las puntuaciones totales del BDI y del BAI. Para ello, se establecieron dos grupos:

- “Grupo Depresivo”: Conformado por participantes que obtuvieron puntuaciones igual o mayores a 20 en el BDI-II correspondientes al rango de depresión moderada a severa (Brenlla & Rodríguez, 2006).
- “Grupo Ansioso”: Conformado por pacientes con puntuaciones igual o mayores a 16 en el BAI, correspondiente a ansiedad moderada y grave (Magán, Sanz & García-Vera, 2008).

Asimismo, y sólo para los análisis de eficacia diagnóstica, se eliminaron a los participantes que presentaban simultáneamente puntuaciones moderadas y severas en el BDI-II y el BAI, debido a que el MCMI-III no incluye una escala que refleje la presencia del Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor de manera simultánea. Por lo tanto, para calcular los criterios de eficacia diagnóstica del MCMI cuando se utiliza como punto de corte el percentil 75, se eliminaron 33 participantes, los cuales tenían puntuaciones a partir de moderadas en los dos inventarios de Beck; y para la eficacia diagnóstica del percentil 85, se eliminaron 12 participantes, los cuales presentaban puntuaciones severas en ambos inventarios de Beck.

Finalmente, se realizaron comparaciones de las medias de las puntuaciones de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad en relación a la variable sociodemográfica sexo; para ello, se utilizó la Prueba T de Student, dado que se trataba de variables normales. Mientras que la variable sociodemográfica edad se correlacionó con los puntajes directos de las dos escalas mencionadas a través del estadístico Pearson.





## RESULTADOS

### *Nivel de sintomatología depresiva y ansiosa en la muestra*

En el presente estudio, como se aprecia en la Tabla 4, se encontró que la media del BDI-II refleja la presencia de leve sintomatología depresiva; sin embargo, ésta se encuentra muy cerca al punto de corte que indica un nivel moderado de depresión (PD=20). Es importante resaltar que la mayoría de los participantes (66%) presenta puntuaciones entre 14 y 63, lo cual indica la presencia de sintomatología depresiva.

Asimismo, la puntuación promedio del BAI indica la presencia de moderada sintomatología ansiosa en los participantes. La mayoría de los participantes (72%) presenta puntuaciones superiores a 8, lo cual significa que se evidencia sintomatología ansiosa; siendo moderada y severa para casi la mitad de los pacientes. Estos resultados reflejan que la muestra era principalmente ansiosa-depresiva.

Asimismo, respecto a las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III, se puede observar que más de la mitad de los pacientes presenta Ansiedad, de los cuales un porcentaje elevado presenta el trastorno de manera prominente. Mientras que los pacientes que presentan Depresión Mayor constituyen un porcentaje bajo.

Tabla 4  
*Estadísticos descriptivos para el BDI-II, BAI y escalas de MCMI-III*

	M	DE	% Leve	% Moderado	% Severo	% PREV $\geq 75$	% PREV $\geq 85$
BDI-II	19.68	12.05	20	23	23	-	-
BAI	16.27	11.62	25	31	16	-	-
Escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III	8.89	5.83	-	-	-	54	43
Escala Depresión Mayor del MCMI-III	8.10	6.10	-	-	-	13	7

Nota. PREV= Puntaje de Prevalencia

### *Confiabilidad de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del MCMI-III*

Con la finalidad de determinar el grado de confiabilidad de las medidas utilizadas se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo .86 para la escala Depresión Mayor y .85 para la escala Trastorno de Ansiedad. Adicionalmente, se calculó la correlación ítem-test para cada escala, encontrándose correlaciones ítem-test corregidas para los ítems de la escala Trastorno de Ansiedad superiores a .36. Resultados similares se obtuvieron en la escala Depresión Mayor, siendo las

correlaciones ítem-test para los ítems de esta escala superiores a .37 a excepción de los ítems 34 y 111, los cuales presentan una correlación de .19 y .22, respectivamente (Anexo C).

### *Validez de Constructo de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad*

Para determinar la validez de constructo de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad, se emplearon como criterio las correlaciones de las puntuaciones obtenidas con las del Inventario de Depresión de Beck y en el Inventario de Ansiedad de Beck respectivamente. Asimismo, se correlacionaron las puntuaciones de las dos escalas del MCMI-III con las dimensiones de los inventarios de Beck (dimensiones somática-afectiva y cognitiva del BDI-II; y dimensiones afectiva-cognitiva y somática del BAI). Como resultado se obtuvo, como se esperaba, que las escalas del MCMI-III presentaban correlaciones convergentes con las otras medidas de depresión y ansiedad utilizadas para el estudio. Es decir, la escala Trastorno de Ansiedad correlacionó alta y significativamente con los puntajes totales del BAI; mientras que la escala Depresión Mayor se asoció significativamente con los puntajes totales del BDI-II (Tabla 5). Además, se apreciaron correlaciones altas y significativas entre las dos dimensiones del BDI-II y la escala Depresión Mayor, siendo ligeramente más elevada con la dimensión somática-afectiva. Igualmente, se evidenció el mismo resultado entre las dimensiones del BAI y la escala Trastorno de Ansiedad, siendo la correlación con ambas dimensiones bastante similares. Por lo tanto, al encontrarse que las escalas del MCMI-III presentan correlaciones altas y significativas con sus respectivos inventarios de Beck y que las dos dimensiones correspondientes correlacionan con las escalas de manera homogénea, se podría concluir que las escalas de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad miden adecuadamente el constructo que buscan medir.

Tabla 5

*Correlaciones entre las escalas del MCMI-III, BDI-II y BAI*

Medida	1	2	3	4	5	6	7	8
1. BDI-II	-							
2. Dimensión somática-afectiva	.95	-						
3. Dimensión cognitiva	.92	.76	-					
4. BAI	.69	.69	.60	-				
5. Dimensión afectiva-cognitiva	.67	.66	.60	.93	-			
6. Dimensión somática	.64	.65	.53	.95	.78	-		
7. Escala Depresión Mayor	.69	.67	.62	.64	.60	.61	-	
8. Escala Trastorno de Ansiedad	.59	.59	.50	.72	.68	.69	.72	-

Nota. Todos los coeficientes presentan una significación de  $p < .01$ .



Sin embargo, la escala Trastorno de Ansiedad también obtuvo una correlación igual de alta y significativa con el BDI-II; y presentó correlaciones a partir de .50 con ambas dimensiones de este inventario. Cabe resaltar que la correlación encontrada entre esta escala y el BDI-II no difiere significativamente de la correlación entre la escala y el BAI ( $Z=-.91$ ;  $p=.18$ ). La escala Depresión Mayor presentó un resultado similar con el BAI y sus dimensiones, presentando correlaciones a partir de .60. Las correlaciones entre la escala y los dos inventarios de Beck tampoco difieren significativamente ( $Z=.35$ ;  $p=.64$ ). Por otro lado, también se correlacionaron las escalas del MCMI-III entre sí, obteniendo una correlación alta y positiva (.72) entre la escala Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad.

### *Eficacia Diagnóstica de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad*

La eficacia diagnóstica se midió por medio de cuatro criterios: sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y negativo. Como se mencionó anteriormente, para este análisis, los participantes que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva a partir de sus puntuaciones en los inventarios de Beck fueron eliminados.

Los resultados obtenidos demuestran que la escala Trastorno de Ansiedad presenta una mayor eficacia diagnóstica que la escala Depresión Mayor del MCMI-III. Como se aprecia en la Tabla 6, la escala Trastorno de Ansiedad es capaz de detectar una alta proporción de pacientes que efectivamente presenta el trastorno de acuerdo a sus puntuaciones en el BAI<sup>1</sup>; sin embargo, también identifica positivamente a un porcentaje considerable de participantes que no tienen sintomatología ansiosa de acuerdo al BAI. Lo mencionado también se aprecia al considerar como punto de corte el percentil 85; no obstante, la escala en este percentil puede detectar una proporción ligeramente más elevada de pacientes que presentan el trastorno de acuerdo al BAI, en comparación con el percentil 75. Asimismo, se observa en los resultados que esta escala puede identificar satisfactoriamente la ausencia del trastorno en los pacientes que efectivamente no lo tienen de acuerdo al BAI. Estos resultados indican que la escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III sería capaz de distinguir la presencia de sintomatología ansiosa en pacientes que sí la tienen y de descartar la presencia de ansiedad en pacientes que no la tienen. No obstante, utilizando como punto de corte el percentil 75, la escala podría brindar un porcentaje alto de falsos positivos (59%), el cual se eleva al considerar una prevalencia de 85.

---

<sup>1</sup> Aragonès, Masdeu, Cando & Coll (2001); Germans, Van Heck, Masthoff & Trompenaars (2010); Grilo, Becker, Anez & McGlashan (2004); Osberg, Haseley & Kamas (2008); y White & Grilo (2011) consideran que los valores superiores a .5 son adecuados.

La escala Depresión Mayor, considerando las prevalencias 75 y 85, es capaz de detectar un porcentaje considerable de pacientes que efectivamente presentan el trastorno de acuerdo a sus puntuaciones en el BDI-II e identificar satisfactoriamente la ausencia del trastorno en los pacientes que no la tienen de acuerdo al mismo inventario. No obstante, la escala Depresión Mayor descarta la presencia de depresión en un alto porcentaje de participantes que sí presentan sintomatología depresiva de acuerdo al BDI-II. Por lo tanto, se estaría encontrando que la escala Depresión Mayor tiene una alta proporción falsos negativos.

Tabla 6

*Estadísticos de Eficacia Diagnóstica para las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMII-III*

	Sensibilidad	Especificidad	PPP	PPN
Escala Trastorno de Ansiedad				
PREV $\geq$ 75	.79	.70	.41	.93
PREV $\geq$ 85	.83	.66	.15	.98
Escala Depresión Mayor				
PREV $\geq$ 75	.08	.98	.50	.82
PREV $\geq$ 85	.23	.99	.75	.88

Nota. PPP=Poder Predictivo Positivo; PPN=Poder Predictivo Negativo.

### ***Depresión y Trastorno de Ansiedad de acuerdo a las variables sociodemográficas***

La presente investigación tuvo como objetivos específicos describir las características de los valores obtenidos en las escalas mencionadas del MCMII-III de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo y edad. En primer lugar, respecto a la variable sexo, se obtuvieron diferencias significativas sólo en la escala Depresión Mayor; siendo ésta, de acuerdo a Morales (2011), una diferencia de mediana magnitud. Como se esperaba de acuerdo a la literatura, las mujeres puntúan más alto que los hombres en esta escala. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en la escala Trastorno de Ansiedad (Tabla 7).

Tabla 7

*Diferencia de género en las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMII-III*

Escalas	Femenino		Masculino		t (98)	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE			
Trastorno de Ansiedad	9.12	5.88	8.41	5.78	-0.57	.57	-
Depresión Mayor	9	6.41	6.19	4.94	-2.19	.03	.49

En segundo lugar, se correlacionó la variable edad con los puntajes directos obtenidos en las dos escalas, encontrándose correlaciones no significativas entre la variable edad y las escalas Trastorno de Ansiedad ( $r = -.07$ ;  $p = .46$ ) y Depresión Mayor ( $r = -.06$ ;  $p = .58$ ).





## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la validez de constructo y la eficacia diagnóstica de las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III. Como se ha podido apreciar en los resultados, las escalas mencionadas presentan un alto grado de confiabilidad por consistencia interna y una adecuada correlación ítem-test, lo que permite confiar en los resultados que se derivan de la presente investigación.

A pesar de ello, en la escala Depresión Mayor, dos ítems presentan una correlación ítem-test baja: el 34 (“Últimamente he perdido los nervios”) y el 111 (“Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo”). Una posible explicación es que estos dos ítems presentarían dificultades para medir la sintomatología depresiva, debido a que su fraseo dificulta una adecuada comprensión de los mismos. Así, respecto al ítem 34, debido a que la frase “perder los nervios” no se emplea comúnmente en nuestro país, podría ser comprendido de diversas maneras y no estar necesariamente relacionado a la sintomatología depresiva; los participantes han podido interpretar que esta frase se podría referir, por un lado, a haber perdido el nerviosismo y encontrarse más tranquilo o, por el contrario, a estar más nervioso de lo habitual y no poder controlar su ansiedad. En la propuesta de la prueba este ítem se refiere a encontrarse más irritable y no poder controlar la cólera que se puede sentir, lo cual se relaciona a la irritabilidad que caracteriza a la depresión.

Por otro lado, a pesar de que el ítem 111 es más claro en lo que busca medir, la pérdida de placer hacia las cosas que la persona solía encontrar satisfactorias, presentaría dificultades al emplear como ejemplo la pérdida del interés hacia el sexo. Se podría plantear que los participantes han podido entender este ítem como la pérdida de placer específicamente en esta actividad y no de manera general. Esta hipótesis surge debido a que durante la administración de las pruebas varias participantes, especialmente las mujeres menores de 20 años, preguntaban a la investigadora qué se podría responder en ese ítem si es que no han tenido todavía relaciones sexuales; incluso, una de las participantes que tenía 40 años realizó la misma pregunta pero refiriendo que nunca había sentido placer al tener relaciones sexuales. Por lo tanto, este ítem presentaría dificultades para la comprensión de su generalización más allá del ejemplo concreto.

Por ello, se plantearía realizar una adaptación lingüística del MCMI-III a nuestra realidad, puesto que se ha empleado la versión española de la prueba, la cual incluye en algunos ítems terminología utilizada en España. Además, la adaptación permitiría modificar los ítems de manera que sean más comprensibles para el contexto nacional.

En relación a la validez de constructo, en términos de la correlación entre las medidas de ansiedad y depresión a través de los inventarios de Beck y las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III, se apreció que ambas escalas del MCMI-III presentaban correlaciones altas, significativas y convergentes con el BAI y el BDI-II, respectivamente. Además, las dos dimensiones de cada inventario correlacionan con su respectiva escala de manera homogénea, lo cual refleja que las escalas de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad miden adecuadamente el constructo que buscan medir y presentan una buena validez convergente.

Sin embargo, con respecto a la validez divergente, se observaron correlaciones altas y significativas entre la escala Trastorno de Ansiedad y el BDI-II, la escala Depresión Mayor y el BAI, y las dos escalas del MCMI-III entre sí. Estudios previos han encontrado, al igual que la presente investigación, que la escala Trastorno de Ansiedad presenta correlaciones positivas tanto con pruebas que miden ansiedad como las que miden depresión (Blais et al., 2003; Saulsman, 2011). No obstante, respecto a la escala Depresión Mayor, Saulsman (2011) obtuvo que esta escala presenta correlaciones altas con el BDI-II y no con medidas relacionadas a ansiedad, lo cual no ocurre en la presente investigación.

Por otro lado, también se encontró una correlación alta y significativa entre el BDI-II y el BAI, lo cual se aprecia de igual manera en la literatura (Beck, Steer & Brown, 2006; Brenlla & Rodríguez, 2006; Magán, Sanz & García-Vera, 2008; Osman et al., 1997; Sanz & Navarro, 2003; Steer & Clark, 1997). Asimismo, otros instrumentos que miden estos dos trastornos clínicos han obtenido resultados similares; por ejemplo, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) con el BDI-II (Brenlla & Rodríguez, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) con el Inventario de Depresión del mismo autor (HAM-D; Blais et al., 2003).

No obstante, las correlaciones en los inventarios mencionados no reflejan necesariamente una falla en la construcción de los inventarios que miden ansiedad y depresión sino, por el contrario, mostrarían la asociación existente entre estos dos constructos, lo cual se ve sustentado por la teoría del Modelo Tripartito de la depresión y ansiedad (Clark & Watson, 1991; Watson, Clark & Carey, 1988). Watson (2002) indica que las correlaciones altas entre medidas de depresión y ansiedad resultarían del componente que comparten estos dos trastornos (afecto negativo) y, por ello, sostiene que se apreciará una mejor discriminación cuando las escalas midan aspectos únicos de la ansiedad (hiperactivación fisiológica) y la depresión (baja afectividad positiva). Considerando esta teoría y analizando los ítems del BDI-II y el BAI, se encontró que el primero de ellos consta de siete ítems relacionados al afecto negativo; mientras que el BAI presenta dos. Por lo tanto, se podría

plantear que esos nueve ítems serían los que incrementarían la correlación encontrada. Por ello, se plantea realizar una investigación que excluya estos ítems para determinar si la correlación varía.

Asimismo, a partir de la alta correlación que existe entre el BDI-II y el BAI, se podría cuestionar el uso de éstas para realizar análisis de validez discriminante. Sin embargo, Martínez, Hernández y Hernández (2006) sostienen que “si el test es una buena medida del constructo, mostrará correlaciones inferiores con otros constructos a las que muestra con las medidas del propio constructo” (p. 236); en base a esto se podría sostener que las pruebas seleccionadas efectivamente son adecuadas medidas de sus respectivos constructos dado que ambas presentan correlaciones más altas con medidas de su mismo constructo a las que con otros constructos.

Por lo tanto, considerando lo mencionado previamente, para poder determinar que las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad presentan una adecuada validez discriminante, se esperaría que la correlación entre las escalas y el inventario que mide el mismo trastorno sea mayor a la correlación resultante con el inventario del otro trastorno. Sin embargo, esto no sucede en las escalas del MCMI-III puesto que la diferencia entre las correlaciones no es significativa; por lo tanto, se podría indicar que las escalas presentan una pobre habilidad para discriminar la sintomatología del trastorno que dicen medir y la de otra patología considerada en esta investigación.

En primer lugar, aludiendo nuevamente al Modelo Tripartito, estos resultados se podrían deber a que tanto las escalas del MCMI-III como los inventarios de Beck miden el afecto negativo, el cual es un componente que comparten la ansiedad y la depresión. Por lo tanto, las correlaciones encontradas se elevarían al poseer esta similitud. Mientras que, por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, Agudelo, Buela-Casal y Spielberger (2007), al igual que muchas investigaciones realizadas (Alonso, Angermayer, Bernert & Bruffaerst, 2004; Brown, Campbell, Lehman, Grishman & Mancill, 2001; Muñoz, McBride, Brnabic & Lopez, 2005; Shankman & Klein, 2003), indican que los datos epidemiológicos corroboran una alta comorbilidad entre los trastornos de depresión y los de ansiedad. Si bien no podemos considerar comorbilidad en los participantes de esta investigación, se encontró que el 57% presentaba simultáneamente leve sintomatología depresiva y ansiosa; mientras que el 33% y el 12% presentan niveles moderados y severos de ambas sintomatologías, respectivamente. Por lo tanto, es probable que la simultaneidad de sintomatología ansiosa y depresiva existente esté afectando los resultados de las correlaciones. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones planteen realizar estos análisis considerando diversos grupos: pacientes con sólo sintomatología depresiva, pacientes con sólo sintomatología

ansiosa y pacientes con sintomatología mixta, con la finalidad de determinar si la comorbilidad afecta los resultados obtenidos.

Igualmente, como una medida de validez, se consideró la eficacia diagnóstica de las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del instrumento, empleando cuatro criterios (sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y negativo). En primer lugar, se encontró que la escala Trastorno de Ansiedad es capaz de distinguir la presencia de sintomatología ansiosa en pacientes que efectivamente tienen trastorno de ansiedad y la ausencia de ella en pacientes que no presentan sintomatología ansiosa de acuerdo al BAI. No obstante, esta escala podría brindar un porcentaje considerable de falsos positivos. Comparando los resultados con los encontrados en otras investigaciones (Cardenal & Sánchez, 2007; Retzlaff, 1996; Gibeau & Choca., 2005; Ryder y Wetzler, 2005; Saulsman, 2011), en ésta la escala Trastorno de Ansiedad presenta una mejor sensibilidad, especificidad y poder predictivo negativo; sin embargo, la capacidad de la prueba para detectar adecuadamente a los pacientes que efectivamente presentan el trastorno (Poder predictivo positivo) es menor.

Una posible explicación de estos resultados podría ser la atenuación de la sintomatología del grupo de participantes debido a que la mayoría se encontraba en tratamiento farmacológico por lo menos durante un mes. Esto llevaría a menores puntuaciones en el BAI, ya que es una prueba que se centra mayoritariamente en los aspectos fisiológicos de la ansiedad. En cambio, la escala Trastorno de Ansiedad más allá de la sintomatología fisiológica, evalúa aspectos cognitivos y conductuales que no son capturados por el BAI; lo cual posiblemente le haya permitido detectar sintomatología ansiosa en pacientes que el BAI no ha podido identificar. Por ello, sería recomendable realizar investigaciones con participantes recién diagnosticados y que todavía no han iniciado un tratamiento farmacológico.

Sin embargo, otra explicación sería que la naturaleza global de la escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III no permita que sea más precisa al realizar la medición de este trastorno. Esta característica de la escala se expresa en la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, los cuales implican diferentes patologías que presentan características particulares y específicas. Por ejemplo, la fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad frente a situaciones de interacción social; mientras que Trastorno Obsesivo Compulsivo no presenta esta característica, por el contrario, se distingue mayormente por el despliegue de conductas repetitivas (compulsiones) con la finalidad de aliviar la ansiedad. Si bien en el manual de la versión española, se indica que haciendo una revisión de las respuestas del participante se podría determinar si presenta una fobia simple o social, no es claro al determinar qué otros trastornos ansiosos mide. Realizando un análisis



de los ítems de la escala Trastorno de Ansiedad, se observaron ítems que hacían referencia probablemente a ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico. Inclusive, otros se asociaban con estrés post-traumático, que es una escala distinta. Por lo tanto, una escala que mida los trastornos de ansiedad de manera general, tal como lo hace el MCMI, tendría que abarcar al menos los criterios diagnósticos más representativos de cada uno de ellos.

Además, analizando los ítems de las escalas Trastorno de Ansiedad, se encontró que algunos ítems se refieren a la presencia de pensamientos recurrentes (Ej.: “Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen”, “Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente”), los cuales si bien se referirían a los pensamientos intrusivos del Trastorno Obsesivo Compulsivo, también se podrían confundir con el pensamiento rumiativo de la depresión. Por lo tanto, es posible que este tipo de ítems contribuyan a la dificultad de la escala para discriminar pacientes con sintomatología ansiosa de los que no la presentan.

En cambio, la escala Depresión Mayor presenta deficiencias para identificar a los pacientes que sí presentan el trastorno de acuerdo al BDI-II, puesto que a pesar de que un porcentaje considerable de los pacientes detectados por la escala presenta efectivamente Depresión Mayor, la escala no es capaz de identificar un porcentaje significativo de la totalidad de participantes que de acuerdo al BDI-II presentan sintomatología depresiva. Por lo tanto, se estaría encontrando en la escala Depresión Mayor la presencia de falsos negativos. En otros estudios (Retzlaff, 1996; Gibeau & Choca, 2005; Ryder y Wetzler, 2005; Saulsman, 2011), la escala Depresión Mayor presenta una sensibilidad y un poder predictivo positivo un poco más elevados en comparación a los obtenidos en la presente investigación, especialmente en el de Saulsman (2011) que también analiza estos criterios en las mismas escalas que el presente estudio. Sin embargo, se encontró un poder predictivo negativo similar al obtenido en la adaptación española del MCMI-III (Cardenal & Sánchez, 2007).

Para poder entender los resultados obtenidos, es importante resaltar las diferencias en las características de cada prueba. Por un lado, el BDI-II presenta cuatro alternativas de respuestas y éstas intentan capturar distintas intensidades del síntoma. Mientras que, por otro lado, la escala Depresión Mayor del MCMI-III sólo tiene dos opciones de respuestas (Verdadero y Falso) y los ítems reflejan los síntomas con una intensidad fuerte (Ej.: “Gran parte del tiempo me siento débil y cansado”, “No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme”, “Ahora me siento terriblemente deprimido y trise gran parte del tiempo”). Esto último podría explicar la presencia de falsos negativos en la escala del MCMI-III, ya que es posible que un paciente que refiera que no puede conciliar el sueño inicialmente pero después puede dormir o que indique sentirse muy triste y

deprimida pero no “terriblemente”, marque falso en esos ítems a pesar de que se presente el síntoma de manera menos intensa; lo cual generaría que la escala Depresión Mayor no detecte la presencia del trastorno en esta paciente a pesar de que los síntomas estén presentes, lo cual sí es capturado por las diferencias opciones de respuesta del BDI-II.

Por otro lado, el BDI-II incluye algunos síntomas no mencionados en la escala del MCMI-III, tales como sentimientos de fracaso, de culpa, de castigo, disconformidad con uno mismo, llanto, agitación e indecisión. A pesar que el MCMI incluye en un ítem la sensación de vacío y en otro el pensamiento rumiativo, la ausencia de los síntomas que considera el BDI-II podría propiciar que la escala no detecte tan finamente la presencia de depresión como el BDI-II. Además, como se había mencionado anteriormente, el ítem que hace referencia al síntoma de irritabilidad en la escala Depresión Mayor (ítem 44) presenta dificultades al emplear terminología utilizada en España; mientras que en el BDI-II este síntoma se presenta de manera más clara.

Por último, la escala del MCMI-III incluye los siguientes ítems: “En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial” y “Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra”. Estos ítems presentan dos ideas; por lo tanto, al incluir la frase “sin ningún motivo/razón” pueden propiciar que los pacientes que consideren que sí conocen el motivo por el cual se encuentran deprimidos, marquen falso en esos ítems. Estas limitaciones en los ítems del MCMI-III han podido generar que la escala presente dificultades para detectar una cantidad mayor de participantes que efectivamente presentan depresión.

Independientemente de estas dificultades que pueden presentar las escalas en sí mismas, las diferencias encontradas en los resultados de este estudio y los de otros revisados (Retzlaff, 1996; Gibeau & Choca., 2005; Ryder y Wetzler, 2005; Saulsman, 2011) se han podido deber una dificultad en el diseño de esta investigación, específicamente con el criterio diagnóstico empleado. En primer lugar, en otros estudios, como el de Saulsman (2011), se emplean un gran número de pruebas (seis) para obtener la validez de constructo, siendo cinco de éstas, inventarios que miden ansiedad. En esta investigación solamente se emplearon dos inventarios, uno que mide sintomatología depresiva (BDI-II) y otro que mide sintomatología ansiosa (BAI). Si bien Saulsman también utiliza estos inventarios, el empleo de otros instrumentos adicionales que miden ansiedad serviría para abarcar la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad. Asimismo, cabe resaltar que los resultados de esta investigación se comparan con resultados encontrados por estudios que no han empleado la versión en español del MCMI-III y con muestras estadounidenses y australianas, las cuales son distintas a las latinoamericanas. Además, la adaptación española (Cardenal & Sánchez,

2007) solamente hace referencia al poder predictivo positivo de las escalas, lo cual no permite una comparación más completa con los resultados de esta investigación.

Sin embargo, la limitación más importante del presente estudio es haber empleado los inventarios de Beck como criterio para el análisis de eficacia diagnóstica en vez de un diagnóstico propiamente dicho, realizado a través de entrevistas estructuradas o del juicio de un clínico experto. La desventaja de los inventarios de Beck es que éstos indican la presencia de sintomatología y no proporcionan un diagnóstico.

En el caso de este estudio, no fue posible emplear una entrevista estructurada para determinar un diagnóstico puesto que el hospital con el que se trabajó permitía evaluar al paciente solamente en una sesión, lo cual no proporcionaba el tiempo suficiente para poder aplicar las pruebas y también realizar la entrevista; además, no se consideró el diagnóstico médico del paciente puesto que éste no era definitivo sino presuntivo. Por lo tanto, se optó por emplear los inventarios de Beck y considerar el punto de corte para sintomatología moderada como criterio para la prevalencia de 75 en el MCMI-III y el punto de corte para sintomatología severa como criterio para la prevalencia de 85. Esta decisión ha podido influir considerablemente en los resultados obtenidos; por ello, se recomienda que se realicen nuevas investigaciones con un criterio diagnóstico más adecuado con la finalidad de contrastar lo encontrado en la presente investigación. Asimismo, se plantearía poseer una muestra más amplia para este análisis, puesto que en la presente investigación la muestra se redujo considerablemente al eliminar a los participantes que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva simultáneamente, lo cual podría restarle potencia a los resultados obtenidos.

Como se ha mencionado previamente, el MCMI-III es una prueba que incluye 24 escalas, tanto de trastornos clínicos como de trastornos de personalidad; sin embargo, a pesar de esto, es de rápida aplicación puesto que está constituida sólo por 175 ítems. No obstante, si bien estas características son una ventaja práctica, también pueden ser desventajas; debido a que diversas escalas comparten ítems, lo cual afecta la capacidad para discriminar los trastornos que miden de los otros medidos por otras escalas. En el caso específico de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad, éstas comparten un ítem: “Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente”; que, a su vez, comparten con la escala Trastorno de Estrés Post-Traumático. Este aspecto unido al empleo de sólo dos opciones de respuesta, aumenta artificialmente la correlación entre las puntuaciones.

Por otro lado, el estudio también se planteó como objetivos específicos describir las características de los valores obtenidos en el MCMI-III en las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad de acuerdo a las variables sociodemográficas de sexo y edad. En relación a la variable edad, no se encontró asociación significativa, lo cual se ha podido deber a que, en primer lugar, de acuerdo con la literatura, cada trastorno de ansiedad presenta diferentes rangos de edad en los cuales el trastorno tiene mayor prevalencia (Bourne, 2010; Cascardó & Resnik, 2005; Halgin & Krauss, 2009). Además, el estudio epidemiológico realizado en Lima y Callao (INSM “HD-HN”, 2002), en el cual se muestra que existe una mayor prevalencia de depresión mayor en personas entre los 45 y 64 años, es realizado con población normal; por lo tanto, los resultados obtenidos en la presente investigación podrían indicar que en población clínica esta diferencia no se presenta.

Con respecto a la variable sexo, se apreciaron diferencias significativas en la escala Depresión Mayor. Como se esperaba, las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas que los hombres, lo cual también se ha encontrado en diversas investigaciones en otros países como España y Chile (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001; Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez & Matud, 2003; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2004), así como en nuestro propio país (INSM “HD-HN”, 2002). Estas investigaciones se han realizado con población general; por lo tanto, los resultados obtenidos en el presente estudio indican que al emplear una muestra clínica también se evidencian las diferencias de género con respecto a la Depresión Mayor. Por lo tanto, se considera necesario iniciar investigaciones que puedan explicar estos resultados en nuestro contexto y poder realizar programas de prevención más específicos.

El estudio presentado representa un aporte a la validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor, puesto que no se ha encontrado en la literatura revisada otros estudios de validación de estas escalas en población latinoamericana aparte de los presentados en el manual de la versión española. Además, en el manual de esa versión del MCMI-III se presenta solamente el poder predictivo positivo de cada escala; por lo tanto, los resultados de esta investigación contribuyen con los otros criterios de la eficacia diagnóstica y la validez de constructo.

No obstante, se recomienda que se realicen futuras investigaciones al respecto, empleando un adecuado criterio diagnóstico y muestras más amplias a la utilizada en este estudio, con la finalidad de obtener una mayor confiabilidad en los resultados y contrastarlos con los obtenidos en la presente investigación, puesto que éstos refieren fallas en las escalas estudiadas, lo cual llevaría a concordar con Saulsman (2011), quien indica que parecería que el MCMI-III en estas escalas clínicas podría considerarse como un instrumento que permite detectar la probabilidad de la

presencia de un trastorno, más no como una herramienta rigurosa para realizar un diagnóstico. Si bien las pruebas psicológicas pueden proporcionarnos una aproximación diagnóstica, es importante contrastar lo encontrado con una entrevista que permita tener un criterio más confiable.

A pesar de ello, se considera que los resultados de esta investigación abren la posibilidad de realizar otros estudios para aportar mayores evidencias a la validez de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del MCMI-III.





## REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buela-Casal, G. & Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Alonso, J., Angermayer, J., Bernert, S. & Bruffaerst, T. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiat Scand*, 109(420), 28-37.
- Altman, D. (2000). Diagnostic tests. En Altman, Machin, Bryant & Gardner (Ed.), *Statistics with confidence (2<sup>nd</sup> Edition)*; pp. 105-119). Londres: BMJ Books.
- Antony, M., Orsillo S., & Roemer, L. (2001). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Aragonès, E., Masdéu, R., Cando, G. & Coll, G. (2001). Validez diagnóstica de la *Self-Rating Depression Scale* de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (5), 310-316.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233. doi: 10.1192/bjp.178.3.228.
- Ballester, A. & Ventura, M. (2010). Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36 (2), 68-76.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición*. Buenos Aires: Paidós.
- Bittner, A., Goodwin, R.D., Wittchen, H., Beesdo, H., Höfle, M. & Lieb, R. (2004). What characteristic of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 618-626.
- Blais, M., Holdwick, D., McLean, R., Otto, M., Pollack, M. & Hilsenroth, M. (2003). Exploring the Psychometric Properties and Construct Validity of the MCMI-III Anxiety and Avoidant Personality Scales. *Journal of Personality Assessment*, 81 (3), 237-241.
- Bourne, E. (2010). *The Anxiety & Fobia Workbook*. California: New Harbinger Publications.
- Buela-Casal, G., Sierra, J.C. & Cano, M.C. (2004). *Manual de evaluación y tratamiento psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En Beck, A., Steer, R., & Brown, G. *BDI-II Inventario de Depresión de Beck* (pp.11-38). Buenos Aires: Paidós.

- Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J. & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSMIV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Cardenal, V. & Sánchez, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18* (3), 305-324.
- Cascardo, E. & Resnik, P. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista latinoamericana de psicología, 41* (1), 131-140.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Consentino, A. & Castro, A. (2008). Adaptación y validación argentina de la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Interdisciplinaria, 25* (2), 197-216.
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica, 23* (1), 49-57.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema, 20* (2), 193-198.
- Foa, E., Kozak, M., Salkovskis, P., Coles, M. & Amir, N. (1998). Validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment, 10* (3), 206-214.
- Freeman, A., Kablinger, A., Rolland, P. & Brannon, G. (1999). Millon multiaxial personality patterns differentiate depressed and anxious outpatients. *Depression and Anxiety, 10*, 73-76.
- Germans, S., Van Hecho, G., Masthoff, E. & Trompenaars, F. (2010). Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II). *Psychological Assessment, 22* (4), 945-952. doi: 10.1037/a0021047.
- Gibeau, P. & Choca, J. (2005). The Diagnostic Efficiency of the MCMI-III in the Detection of Axis I Disorders. En R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)*, pp. 272-281. Hoboken, NJ: Wiley.
- Goldberg, J., Shaw, B. & Segal, Z. (1987). Concurrent Validity of the Millon Clinical Multiaxial Inventory Depression Scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (5), 785-787.
- Góngora, V. & Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 27* (1), 179-194.



- Góngora, V. (2006). Trastornos de personalidad en pacientes bulímicas: un estudio comparativo entre el inventario MCMI-III y la entrevista SCID-II. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 52 (3), 157-163.
- González, M., Bethencourt, J., Fumero, A. & Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario “¿Por qué preocuparse?”. *Psicothema*, 18 (2), 313-318.
- Grilo, C., Becker, D., Anez, L. & McGlashan, T. (2004). Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: An evaluation in hispanic men and women with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 126-131. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.126
- Halgin, R. & Krauss S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México D.F: McGraw Hill.
- Herrero, M., Viña, C., Gonzalez, M., Ibañez, I. & Peñate, W. (2001). El cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman-III (ZKPQ-III): versión española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 269-287.
- Hospital Hermilio Valdizán (2010). *Perfil Epidemiológico de Pacientes en Consulta Externa y Hospitalización*. Extraído de <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas.htm>.
- Inch, R. & Crossley, M. (1993). Diagnostic utility of the MCMI-I and MCMI-II with psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (3), 358-366.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002: Informe General. *Anales de Salud Mental*, XVIII, 1-2.
- Joiner, T., Catanzaro, S., Laurent, J., Sandín, B. & Blalock, J. (1996). Modelo Tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1 (1), 27-34.
- Kessler, R.C, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R, Rush, A.J, Walters E.E, & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Lara, M., Medina-Mora, M., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. & Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22 (1), 106-111.
- Macher, E. (2008). Situación de la Salud Mental en el Perú. *Ministerio de Salud*. Extraído de <http://www.insm.gob.pe/documents/SSMP-CAJAMARCA-200208.pdf>
- Magán, I., Sanz, J. & García-Vera, M. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 626-640.

- Makhamid, Y., Mendes, B., Rodrigues, H., Carvalho, H. & Alchieri, J. (2011). Trastornos de la personalidad borderline como escala secundaria en usuarios de alcohol o drogas especificadas por el MCMI-III. *XII Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2011*. Extraído de [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/50199/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/50199/)
- Marlowe, D., Festinger, D., Kirby, K., Rubenstein, D. & Platt, J. (1998). Congruence of the MCMI-II and the MCMI-III in Cocaine Dependence. *Journal of Personality Assessment*, 71, 15-28.
- Martínez, M. R., Hernández, M. J., & Hernández, M.V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 7-21.
- Matud, M.P., Díaz, F., Aguilera, L., Rodríguez, M.V. & Matud, M.J. (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3 (2), 5-15.
- Mejías, D. & Antelo, M.A. (2009). Patología dual, relación con consumo de sustancias adictivas y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2.
- Mikulic, I., Cassullo, G., Crespi, M. & Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de Investigaciones (Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires)*, 16, 365-373.
- Millon, T. (2005). Reflections on the future of personology and psychopathology. En S. Strack (Ed.), *Handbook of Personology and Psychopathology*, pp. 527-546. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Millon, T. & Grossman, S. (2007). *Resolving Difficult Clinical Syndromes: A Personalized Psychotherapy Approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Mirowski, J. (1996). Age and the Gender Gap in Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37 (4), 362-380.
- Modonese, M. (2008). *Índice de Psicopatología en internos en un centro penitenciario involucrados en el delito de secuestro*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Morales, P. (2011). El tamaño del efecto (*effect size*): análisis complementarios al contraste de medias. *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Extraído de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>
- Muñoz, R., McBride, M., Brnabic, J. & Lopez, C. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93-98.
- Nascimento, J., Nunes, A., Carvalho, H., Rodrigues, H. & Carlos, J. (2011). Correlaciones entre trastorno por estrés postraumático y dependencia de alcohol y drogas en usuarios de servicio público de atención a dependientes químicos. *XII Congreso Virtual de Psiquiatría*,

- Interpsiquis 2011*. Extraído de [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/50168/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/50168/)
- Nezu, A., Ronan, G., Meadows, E. & McClure, K. (2000). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Osberg, T., Haseley, E. & Kamas, M. (2008). The MMPI-2 Clinical Scales and Restructured Clinical (RC) Scales: Comparative psychometric properties and relative diagnostic efficiency in young adults. *Journal of Personality Assessment*, 90 (1), 81-92. doi: 10.1080/00223890701693801.
- Osman, A., Kopper, B., Barrios, F., Osman, J. & Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 7-14.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Pedrero, E. & López-Durán, A. (2005). Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico? *Adicciones*, 17 (3), 215-230.
- Quilty, L., Zhang, K. & Bagby, R. (2010). The latent symptom structure of the Beck Depression Inventory-II in outpatients with Major Depression. *Psychological Assessment*, 22 (3), 603-608. doi: 10.1037/a0019698
- Retzlaff, P. (1996). MCMI-III diagnostic validity: Bad test or bad validity study. *Journal of Personality Assessment*, 66, 431-437.
- Richaud, M., Oros, L. & Lemos, V. (2006). Una adaptación preliminar a la Argentina del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XV (1), 55-62.
- Rodrigues, H., Soares, A., Carlos, J. & Barreto, A. (2009). Traducción y validación del Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III): Adaptación del instrumento para la realidad brasileña. *X Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2009*. Extraído de [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/diagnostico/39494/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico/39494/)
- Ryder, A. & Wetzler, S. (2005). Validity of the MCMI-III in the description and diagnosis of psychopathology. En R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)*, pp. 248-271). Hoboken, NJ: Wiley.
- Salavera, C., Puyuelo, M. & Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de Psicología*, 25 (2), 261-265.
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H. & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853.
- Salorio, P., Campillo, M., Espinosa, R., Pagán, G., Oñate, C. & López, I. (2011). Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia: Un estudio con el MCMI-III. *XII Congreso*

- Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis* 2011. Extraído de [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/50080/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/50080/)
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF (Universidade de São Francisco)*, 8 (2), 163-173.
- Sanz, J. & Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Saulsman, L. (2011). Depression, Anxiety, and the MCMI-III: Construct Validity and Diagnostic Efficiency. *Journal of Personality Assessment*, 93 (1), 76-83. doi: 10.1080/00223891.2010.528481
- Shankman, S. & Klein, D. (2003). The relation between depression and anxiety: an evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23, 605-637.
- Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI – II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Steer, R. & Clark, D. (1997). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 128-136.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305. doi:10.1192/bjp.184.4.299
- Watson, D. (2002). *Mood and temperament*. New York: Guilford.
- Watson, D., Clark, L.A. & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- White, M. & Grilo, C. (2011). Diagnostic efficiency of DSM-IV indicators for binge eating episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (1), 75-83. doi: 10.1037/a0022210.

**ANEXO A: Consentimiento Informado**

Señor(ra)(rita.), estamos realizando un estudio titulado “Validación de constructo y efectividad diagnóstica de las escalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)” en un grupo de pacientes ambulatorios del hospital. El objetivo de esta investigación es validar un instrumento de evaluación diagnóstica para que pueda ser empleado en nuestro país.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a unas preguntas realizadas por el evaluador y a pruebas clínicas que miden la presencia o ausencia de determinados síntomas, durante dos sesiones.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Además, los resultados servirán como información importante para su propio proceso de evaluación en este departamento. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, donde no figurará su nombre, por lo tanto, serán anónimas para los investigadores.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en este estudio a la Psicóloga María Elena Ampumayta, jefa del Servicio de Diagnóstico y Consejo Psicológico, al teléfono 494-2410, anexo 265.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma ni a la evaluación que se está llevando a cabo en este departamento. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

-----  
**Nombre:** .....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) en qué consiste mi participación en este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en dos sesiones.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

-----  
Firma del Participante

-----  
Fecha

## ANEXO B: Cuadro de correlación ítem-test para el BDI-II y el BAI

	Correlación ítem-test corregida del BDI-II	Correlación ítem-test corregida del BAI
Item 1	.66	.36
Item 2	.65	.59
Item 3	.51	.54
Item 4	.55	.54
Item 5	.53	.64
Item 6	.55	.53
Item 7	.50	.59
Item 8	.59	.64
Item 9	.66	.68
Item 10	.61	.71
Item 11	.54	.45
Item 12	.60	.56
Item 13	.59	.38
Item 14	.64	.59
Item 15	.58	.46
Item 16	.46	.38
Item 17	.51	.67
Item 18	.38	.57
Item 19	.63	.44
Item 20	.50	.48
Item 21	.44	.59

### ANEXO C: Cuadro de correlación ítem-test para las escalas Trastorno de Ansiedad y Depresión Mayor del MCMI-III

#### *Escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III*

Items	Correlación ítem-test corregida
MCMI40	.35
MCMI58	.41
MCMI61	.40
MCMI75	.42
MCMI76	.66
MCMI108	.42
MCMI109	.37
MCMI124	.55
MCMI135	.53
MCMI145	.53
MCMI147	.63
MCMI149	.52
MCMI164	.57
MCMI170	.55

#### *Escala Depresión Mayor del MCMI-III*

Items	Correlación ítem-test corregida
MCMI1	.50
MCMI4	.57
MCMI34	.19
MCMI44	.57
MCMI55	.57
MCMI74	.60
MCMI104	.41
MCMI107	.41
MCMI111	.22
MCMI128	.55
MCMI130	.51
MCMI142	.57
MCMI148	.37
MCMI149	.56
MCMI150	.53
MCMI154	.40
MCMI171	.62