

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU**

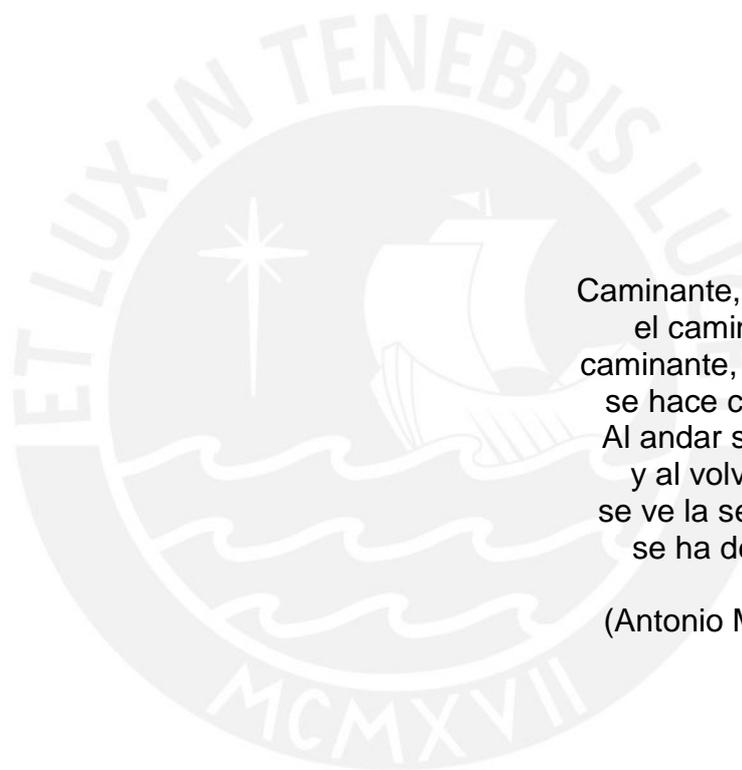
**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS  
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA**

**El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II  
(MCMI- II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de  
Dos Hospitales de Salud Mental de Lima  
Metropolitana**

Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología  
Clínica presentada por:

Carmen Angélica Solís Manrique

2 007



Caminante, son tus huellas  
el camino, y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Al andar se hace camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.

(Antonio Machado, 1917)



A mis viejitos.

## Agradecimientos

A mi mamá, por su apoyo incondicional y porque sin sus ánimos y sacrificado esfuerzo no habría llegado hasta acá.

A mi papá y a mi hermano por su tolerancia y buen humor a prueba de balas.

A Cecilia Chau, mi asesora, por creer en este proyecto desde que supo de él; por ayudarme a darle forma, darme fuerza frente a todos los contratiempos que hubo y por exigirme cuando era necesario.

A Alex Dávila, porque sin él la parte estadística habría sido muy complicada para mí.

A Doris Argumedo, por sus acertadas recomendaciones y porque me transmitió, desde los primeros ciclos de EE.GG.LL, la pasión por la psicología.

A Fidelito, porque siempre estuvo dispuesto, con la sonrisa que lo caracteriza, a ayudarme con todo lo que estaba a su alcance y porque sin él, el Departamento de Psicología sería diferente.

A mis ex -compañeros de trabajo del Hospital Hermilio Valdizán, en especial al Sr. Cornejo, por su enorme generosidad para conseguir los protocolos del archivo; a María Elena, Sixto, Veru, y Mary por su colaboración en la recolección de datos.

Al Dr. Vílchez y a los psicólogos del Hospital Víctor Larco Herrera, por su amabilidad y ayuda en la obtención de los inventarios aplicados en los últimos años a sus pacientes.

A mis grandes amigos Erika, Jaime y la Dra. Cecilia, porque sin importar el día o la hora estuvieron conmigo física y espiritualmente para darme su hombro durante todo este tiempo.

A mis amigos de Vía Libre, por su colaboración durante las horas de trabajo para que las reuniones con mi asesora fueran posibles.

Y, de manera muy especial, a todos los pacientes que día a día visitan un Hospital de Salud Mental en busca de una ayuda profesional que les permita aplacar sus síntomas y encontrar esperanza de una mejor calidad de vida.

A todos ellos, ¡GRACIAS!, porque sin su presencia, el curso y final de esta historia hubiera sido diferente.



## Tabla de Contenidos

	Página
Introducción	i
<b>Capítulo 1: Personalidad</b>	<b>1</b>
1.1 Estrategia de las disposiciones	3
1.2 Modelo Evolutivo de Millon	6
1.2.1 Componentes del Modelo Evolutivo	8
1.2.2 Concepto de trastornos de personalidad	12
1.3 El inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI- II)	14
1.4 Estudios de la validez del MCMI II en castellano	15
1.5 Relación ente personalidad y psicopatología	16
Planteamiento del problema	19
<b>Capítulo 2: Metodología</b>	<b>21</b>
2.1 Participantes	22
2.2 Instrumentos	24
2.3 Procedimiento	28
<b>Capítulo 3: Resultados</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo 4: Discusión</b>	<b>46</b>
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	65
A Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II	66
B Composición de Escalas por Ítemes	73
C Ficha Sociodemográfica	79
D Correlación Ítem- Test	81

## Introducción

El campo de la personalidad es uno de los temas dentro de la psicología que a lo largo de los años no ha recibido consenso entre los investigadores. En la actualidad existen numerosas teorías que intentan aproximarse al constructo, en esta investigación se tomará como punto de partida la estrategia de las disposiciones que asume las características de personalidad de un individuo como más o menos estables a lo largo del tiempo (Sánchez-López y Casullo, 2000) y sirve de base para explicar el surgimiento de la teoría de Theodore Millon, quien da nuevas luces para entender el fenómeno de la personalidad. La personalidad es definida por el autor como un patrón continuo de características psicológicas profundas, que son mayoritariamente inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo (Millon, 1998 a). Según su modelo, las personas deben pasar por cuatro etapas y cumplir un conjunto paralelo de cuatro tareas para desenvolverse de forma adecuada en la vida. Cada fase evolutiva se recapitula y se expresa ontogenéticamente; en cada etapa se adquieren disposiciones personológicas que representan el equilibrio o la predilección hacia una de las dos tendencias polares del continuum.

Dentro de este modelo evolutivo Millon explica el sistema multiaxial, teoría muy consolidada que considera que los trastornos de la personalidad derivan de la asociación entre estadios evolutivos y polaridades personológicas. Según esta asociación, el grado en que un determinado rasgo es problemático, no es función directa de su cantidad expresada en la elevación de una escala sino que es función de su interacción con otras características del organismo en el que se expresa tal rasgo y la interacción entre el organismo y el

contexto en el que éste se encuentra. El sistema multiaxial fue adoptado por primera vez en el DSM- III y su propósito es que se evalúen no sólo los síntomas actuales que presenta el paciente en el Eje I, sino también todas las características recogidas en el Eje II que definen su patrón de personalidad de manera que puedan ser entendidos en su interacción con el medio social. En palabras de Morales de Barbenza (2003), es preciso tener en cuenta la potencialidad patogénica de cada estilo de personalidad (Eje II) y su comorbilidad con los síndromes clínicos (Eje I), todo ello evaluado idiosincráticamente en relación al contexto situacional actual (Eje IV) y de la posibilidad de la existencia de una enfermedad orgánica (Eje III).

Hoy en día su modelo, que integra perfectamente los distintos ejes para la aparición de una patología, es mundialmente aceptado y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II) es una prestigiosa técnica de evaluación en Psicología Clínica y Psicopatología construida dentro de este marco teórico. Este inventario de autorreporte no sólo es sencillo de aplicar y calificar, sino que también proporciona numerosos datos diagnósticos en los distintos ejes, razón por la que es considerado una herramienta muy valiosa en nuestro medio por los clínicos, sobre todo en instituciones de salud pública, donde la demanda de pacientes sobrepasa la oferta de profesionales.

Esta prueba es sólo aplicable para pacientes que están recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, provee una medida 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos divididos en 4 grandes grupos, adicionalmente posee 3 escalas de validez y cuenta con niveles adecuados de validez y confiabilidad tanto en su versión original en inglés, como en la traducción al castellano hecha por Avila- Espada en España (Millon, 1998 a).

En Perú, nuestra realidad económica y sociocultural parece limitar el desarrollo científico, pues contrariamente a la larga lista de instrumentos elaborados que existen, muy pocos son los que se encuentran adaptados y validados en nuestro medio. Los psicólogos que usan el Inventario Clínico Multiaxial de Millon como un instrumento de trabajo diario en

clínicas y hospitales de nuestro país reportan puntuaciones que no se adecúan a la realidad causando problemas a nivel deontológico; sin embargo, esta situación ha sido lamentablemente- dejada de lado por mucho tiempo en un afán de tener aproximaciones diagnósticas de una mayor cantidad de pacientes.

El MCMI- II a pesar de su gran difusión entre profesionales y alumnos de psicología, no se encuentra validado en nuestra ciudad ni cuenta con baremos estandarizados para nuestra población, al igual que tantas otras pruebas que muchas veces se aplican a los pacientes en la práctica clínica. Geisinger, en 1994, afirmaba que para aplicar un instrumento clínico elaborado en una cultura diferente primero se tendría que traducir y adaptar a la medida, luego tomar una prueba piloto, someter a ensayo el instrumento aplicándolo a una muestra poblacional representativa, uniformizar los puntajes, realizar las investigaciones de validez apropiadas y desarrollar un manual de interpretación de los puntajes (Oré, 1998). En ese sentido, resulta relevante preguntarse por las consecuencias de utilizar instrumentos no válidos en la toma de decisiones prácticas que afectarán la vida de una persona o el devenir de un grupo.

Al tener en cuenta que algunos autores han indicado que el uso de baremos y criterios locales, en vez de los generales, podría mejorar la exactitud de los juicios diagnósticos, surgió la pregunta de investigación de este trabajo: ¿cuál es la validez y confiabilidad del MCMI- II en un grupo de pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana? El tema no ha sido trabajado con anterioridad en nuestro país, pero se considera relevante abordarlo pues nuestro reto como profesionales clínicos es tener cada vez más instrumentos validados en el contexto peruano. Además esto aportará sustancialmente en el área de la investigación en salud mental y evaluación de la personalidad.

El objetivo del trabajo fue conocer los criterios de validez y confiabilidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en pacientes ambulatorios e internados en dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana. En este trabajo se hace una revisión

general de la estrategia de las disposiciones y una aproximación al modelo evolutivo de Millon y a su instrumento, el MCMI- II. Adicionalmente, se reportan investigaciones que hablan de la relación entre la personalidad y la aparición de determinados cuadros psicopatológicos y, finalmente, se presenta la metodología que se usará para cumplir los objetivos generales y específicos.

Aunque este estudio es sólo un acercamiento inicial al Inventario Clínico Multiaxial de Millon II en nuestro medio, se espera que sea el primero de futuros intentos por hacer cada vez más útiles y accesibles las pruebas disponibles para la evaluación de la personalidad patológica pues esta es una población que ha sido abandonada por la investigación durante mucho tiempo.



## Capítulo 1

### Personalidad

El concepto de estilos de personalidad está cada vez más presente cuando tratamos de entender cómo se comporta el ser humano, por qué se comporta así y cuál es la causa por la que se producen diferencias entre las distintas personas a la hora de enfrentarse a los mismos o semejantes ambientes, retos, estímulos, problemas, etc. Por esta razón, a lo largo de los años, el esfuerzo de muchos psicólogos se ha orientado a tratar de definir y encontrar una teoría que explique de manera ideal la personalidad; sin embargo, en la actualidad no existe una definición absoluta y aceptada por todos. Refieren los autores que en el presente no hay consenso sobre un solo marco teórico unificador que guíe el trabajo de los psicólogos en torno a la personalidad (Carver y Scheier, 1997; Hernández, 2000; Liebert y Spiegler 2000).

Existen así, numerosas teorías que intentan aproximarse a la comprensión del campo de la personalidad. Autores como Liebert y Spiegler (2000), para un mejor entendimiento, las han agrupado en cuatro estrategias: psicoanalítica, ambiental, de las representaciones y de las disposiciones; las mismas que no son mutuamente excluyentes sino que, por el contrario, comparten entre ellas elementos comunes.

La estrategia psicoanalítica supone que la personalidad es impulsada por una o más fuerzas subyacentes dentro de la persona, es decir se centra en la idea de fuerzas impulsoras que motivan toda la conducta humana. La estrategia ambiental asume que la personalidad es moldeada por un enorme conjunto de condiciones y

circunstancias externas que inciden en el individuo; se ocupa de cómo y qué aprende la persona mediante sus interacciones con el ambiente. La estrategia de las representaciones es un reflejo de las formas en que los individuos se representan mentalmente a sí mismos, a las personas, a los objetos y a los acontecimientos que experimentan. La estrategia de las disposiciones, en la que se centrará este trabajo, refiere que la personalidad es un conjunto de características duraderas que tendrían como base un despliegue biológico (Liebert y Spiegler, 2000).

Hernández (2000) aclara que las definiciones de personalidad son abundantes, y todas ellas han sido utilizadas dentro de la psicología. Para la presente investigación se trabajará con el concepto dado por Millon, minucioso deductivista multiaxial, quien concibe la personalidad como:

*“un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1998 a; pp 4 ).*

En otras palabras, personalidad sería la organización única y dinámica de las características de una persona particular, físicas y psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente (Liebert y Spiegler, 2000). Hjelle y Ziegler (1992) la consideran como un concepto abstracto que integra emociones, motivación, experiencias, percepción y acción.

El constructo de personalidad representa las propiedades estructurales y dinámicas de un individuo tal como éstas se reflejan en sus respuestas características a las situaciones. En este sentido, personalidad haría alusión a aquellas propiedades permanentes de los individuos que tienden a diferenciarlos de los demás. La personalidad es una organización más o menos estable y duradera que permite la predicción de lo que hará una persona en una situación determinada (Catell, 1977; en Liebert y Spiegler, 2000).

### 1.1 Estrategia de las disposiciones

Allport es uno de los tantos científicos que, en su afán por esclarecer el enigma de la personalidad, se convierte en la década del 60 en fundador de la estrategia de las disposiciones (Hernández, 2000). El autor introduce el concepto de disposición para ilustrar el hecho que la gente sigue siendo la misma a pesar del paso del tiempo y de los cambios observados en las situaciones; es decir lo que definiría la esencia de la personalidad es la estabilidad, la constancia, algo que no se modifica mucho de un momento a otro (Carver y Scheier, 1997).

El supuesto de la estrategia de las disposiciones es que la personalidad es el conjunto de características permanentes e innatas de las personas, las mismas que influyen en las interacciones de la gente con su entorno. Se da por hecho que estas disposiciones son más o menos permanentes y estables lo cual genera cierto grado de congruencia en la conducta a lo largo del tiempo y de una a otra circunstancia (Sánchez- López y Casullo, 2000).

Casi todas las disposiciones importantes se forman como dimensiones bipolares distribuidas de manera normal, esto significa que la gente cae en cualquier parte a lo largo de un continuo. Los psicólogos en la actualidad señalan que una disposición es un modo general de desempeño. Esta disposición puede adquirir distintas formas conductuales concretas a medida que el individuo madura. Por eso advierten Polaino- Lorente y Cabayantes (2003), que los elementos permanentes e inherentes de la persona deben distinguirse de las condiciones temporales o estados. Las disposiciones poseen cierta consistencia y generalidad en una persona. Con éstas se alude a la magnitud en la que una disposición influye en la conducta. No se espera que aparezca una disposición en todo momento o en cada situación y esto porque las personas cuentan con muchas disposiciones.

El término rasgo se usa como sinónimo de disposición para transmitir la naturaleza permanente de una característica que pudiese figurar en otra persona como “estado” pasajero (Polaino- Lorente y Cabayantes, 2003). Allport, en 1958,

consideraba al menos diez clases de unidades de análisis que intentaban aprehender la individualidad humana; dentro de ellas consideraba a los rasgos como las unidades básicas y estables de la personalidad, afirmando que éstos estaban más generalizados que los hábitos y determinaban la conducta. Él aceptaba las bondades de comparar las personalidades según rasgos comunes (aproximación nomotética), pero insistía en que sólo se puede entender realmente a la gente si se aborda la singularidad de la personalidad (aproximación ideográfica) (Allport, 1958, en Liebert y Spiegler, 2000).

El análisis de los rasgos por lo general supone que la gente difiere en variables o dimensiones continuas. La teoría de los rasgos considera que lo que distingue a los individuos es la cantidad de características diversas que muestra su personalidad, lo que supondría que las diferencias básicas entre la gente son cuantitativas más que cualitativas (Carver y Scheier, 1997).

Raymod Catell, en la década del 70, realizó importantes aportes al desarrollo de la psicología de los rasgos. Él afirmaba que los investigadores debían determinar empíricamente cuáles son los rasgos que subyacen a la conducta humana. De acuerdo con esta aproximación, Catell tomó un conjunto de 4 500 nombres de rasgos y, luego de eliminar sinónimos, se quedó con una lista de 171 sometidos a múltiples análisis factoriales. Después de conducir muchos análisis, finalmente llegó a la conclusión que la personalidad está trazada por un conjunto de 16 dimensiones (Catell, 1977, en Carver y Scheier, 1997).

Desde que se publicó por primera vez el modelo de Catell fue criticado por tener demasiados rasgos y por carecer de la estructura jerárquica necesaria (Liebert y Spiegler, 2000). Es así como en los 80 Eysenck se concentra en un número bastante más reducido de los rasgos de la personalidad. A diferencia de Catell, Eysenck cree que los teóricos deberían empezar con ideas bien desarrolladas sobre las variables subyacentes que deseen medir y luego medirlas de manera adecuada (Lawrence, 2000).

La teoría de Eysenck considera a los rasgos y dimensiones como elementos básicos de la estructura de la personalidad, estas variables son esencialmente factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular en muchos tipos de situaciones (Eysenck y Eysenck, 1997). Mediante el análisis factorial Eysenck y sus colaboradores concluyeron que es posible entender la personalidad según tres factores básicos: psicoticismo, extraversión y neuroticismo. Ellos aseguran que estos factores representan categorías universales; así como un rango continuo, razón por la que casi todos solemos ubicarnos alrededor de la mitad (Liebert y Spiegler, 2000).

Mc Crae y Costa, en 1987, ampliaron el modelo de los cinco factores trabajado por Norman en 1963. Ellos aportaron a la psicología de las disposiciones demostrando que la estructura que se aplica a los cuestionarios, puntuaciones personales e informes de personalidad del observador es la misma. El hecho que el conjunto de cinco factores surja de diferentes fuentes de datos brinda un gran apoyo a la afirmación que son dimensiones importantes y subyacentes, a través de las cuales es posible comprender las diferencias individuales de la personalidad humana (Mc Crae y Costa, 1987, en Hernández, 2000).

Los cinco grandes, como se le ha conocido al modelo desde entonces, son: apertura, conciencia, extraversión, agradabilidad y neuroticismo. Este modelo se ha convertido en el más destacado dentro de la teoría de los rasgos y de las disposiciones. Mediante numerosas investigaciones (Peabody y Goldberg, 1990; Borkenau, 1988; Digman, 1990; Paunonen, 1992; Stumpf, 1993, en Lawrence, 2000) se ha demostrado que los cinco factores son válidos en otras culturas concluyendo Costa y McCrae que la estructura de los rasgos es universal (Liebert y Spiegler, 2000). En nuestro medio, Cassaretto (1999) adaptó el instrumento, denominado NEOPI- R, en un grupo de estudiantes universitarios encontrando consistencia interna entre 0.37 y 0.79 concluyendo la autora que la prueba reproduce el caso peruano con validez y confiabilidad.

Actualmente, se considera que los rasgos representan patrones amplios de tendencias de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de las personas (Eysenck y Eysenck, 1997). Desde esta perspectiva, las personas con un alto rasgo de sociabilidad tenderán a mostrar conductas sociables como hablar mucho, tomar la iniciativa o procurar ser el centro de atención; de la misma forma, las personas con un alto rasgo de ansiedad ante situaciones estresantes como rendir exámenes o hablar con figuras de autoridad, mostrarán un nivel de angustia mayor que las personas que no poseen este rasgo.

### *1.2 Modelo Evolutivo de Millon*

Una de las críticas más comunes hacia la clasificación de los trastornos de la personalidad que aparece en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales 4ta Ed., DSM IV -TR, es la ausencia de un modelo teórico unificado. La propuesta de Millon, iniciada en 1976 y redefinida en 1990, constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esta falencia.

El cambio fundamental de la teoría de la personalidad de Millon reflejaba una reevaluación de las características más profundas o latentes en las que se basa el funcionamiento humano (Millon, 1994 en Aparicio y Sánchez- López, 1999; Millon, 1998 b). Davis (1999), en su artículo sobre el modelo evolutivo de Millon, refiere que la personalidad nos lleva a observar los comportamientos manifiestos no uno a uno como si fuesen simplemente elementos de una lista, aislados a partir de un todo más amplio, sino que nos conmina a examinar los comportamientos en conexión uno con otro, como medio por el cual inferir algún tema o unidad de propósito subyacente con el cual cada aspecto del todo es de algún modo numerable.

Millon (1998 b) menciona que es necesario traspasar los límites tradicionales de la psicología con el fin de encontrar fundamentos renovados para la clasificación y la comprensión de la personalidad y sus trastornos, es así como el autor tomó la

decisión de desviar su foco de atención desde la psicología a las expresiones de la naturaleza que caen fuera de este campo. Millon llegó a la conclusión que la mejor manera de explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano consistía en examinar los principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza como la física, la química y sobre todo la biología (Davis, 1999).

Según este modelo, el organismo humano debe pasar por cuatro etapas y cumplir un conjunto paralelo de cuatro tareas para desenvolverse de forma adecuada en la vida. Cada fase evolutiva se recapitula y se expresa ontogenéticamente, es decir todo organismo pasa por las etapas de desarrollo que tienen unos objetivos funcionales relacionados con sus respectivas fases evolutivas las mismas que van asociadas a una bipolaridad que confiere contenido al sistema (Aparicio y Sánchez, 1999).

En cada etapa la persona adquiere unas disposiciones personalológicas que representan el equilibrio o la predilección hacia una de las dos tendencias polares, el hecho de que una inclinación aparezca como la dominante a lo largo del tiempo se debe a la interacción recíproca de factores intra y extraorganísmicos (Millon, 1998 b).

La expresión de los rasgos o las disposiciones adquiridas en las primeras etapas del desarrollo se transforma a medida que se va desarrollando las facultades o disposiciones posteriores. Millon (1998 b) pone como ejemplo un individuo con temperamento activo. Él puede desarrollar una personalidad evitativa o antisocial en función de las contingencias ambientales; las disposiciones tempranas de desarrollo pueden pasar por varias vicisitudes, de manera que el significado en el contexto del organismo se reestructura posteriormente en configuraciones de rasgos de personalidad más complejos.

### 1.2.1 Componentes del modelo evolutivo

El modelo evolutivo está formado por cuatro componentes que se presentan en forma paralela: fase evolutiva, funciones de supervivencia, etapa neuropsicológica y proceso del desarrollo (Davis, 1999).

#### *Fase 1*

La primera fase, la existencia, se refiere a la supervivencia de fenómenos integrados y refleja una cuestión de ser o no ser, entre los seres orgánicos consiste en la posesión de las propiedades de la vida.

Los mecanismos evolutivos asociados a esta etapa se relacionan con procesos de potenciación y preservación. El primero tiene que ver con la tendencia de los individuos hacia una mejor calidad de vida, y el segundo, con la tendencia contra las acciones o entorno que disminuyen la calidad de vida o incluso ponen en peligro la propia existencia. Dichos mecanismo constituyen la polaridad placer- dolor. Muchos seres presentan ambos procesos, los que tienden hacia la búsqueda del placer y los que evitan el dolor; sin embargo, algunos individuos parecen presentar conflictos en cuanto a los objetivos existenciales (ejemplo: el sádico) mientras que otros muestran deficiencias respecto a tales objetivos (ejemplo el esquizoide).

En términos de etapas evolutivo- neuropsicológicas las orientaciones en la polaridad placer- dolor se establecen en la etapa de fijación sensorial, cuyo propósito es la consecuente maduración y el refinamiento selectivo de la capacidad innata para la discriminación entre las señales de dolor y placer. En esta fase el proceso que debe desarrollarse es la confianza en los demás que impidan la predisposición a aislarse y evitar a las personas por temor a que éstas les provoquen malestar.

#### *Fase 2*

La segunda fase evolutiva, la adaptación, se relaciona con los modos en que el individuo se adapta frente a su ecosistema. Para que un organismo mantenga su

estructura única y diferenciada necesita buena suerte y la presencia de modos eficaces de funcionamiento.

Se refleja la polaridad pasiva (acomodación) frente a la orientación activa (modificación). Estos modos de adaptación difieren de los de la primera fase porque tienen que ver con la manera cómo perdura lo que debe existir y pueden agruparse fundamentalmente en función de si se toma la iniciativa para alterar y configurar los acontecimientos o si tales comportamientos son reactivos y se acomodan a éstos.

En términos de desarrollo neuropsicológico, esta polaridad se expresa ontogénicamente como la etapa de autonomía sensoriomotora. A nivel de procesos de desarrollo, lo ideal es que se adquiriera la confianza adaptativa, es decir las habilidades para manejar los acontecimientos de manera que el individuo tenga la confianza para aventurarse, probar y competir.

### *Fase 3*

En esta etapa, los organismos exhiben patrones de estrategias de replicación. Si un organismo se duplica antes de morir, dicha réplica está destinada a revivir su mismo destino. Sin embargo, si pueden modelarse nuevos potenciales para la prolongación de la existencia a partir de circunstancias azarosas o de acontecimientos regulares, se incrementa la posibilidad de alcanzar resultados distintos y aparentemente superiores.

La polaridad consiste en acciones individuales que los demás perciben como egoístas, insensibles, desconsideradas y descuidadas frente a acciones orientadas hacia la filiación, la protección y disposición para los demás.

En términos de etapas de crecimiento neuropsicológico, la orientación de un individuo hacia sí mismo y hacia los demás tiene lugar durante la etapa de identidad puberal genérica. Es en esta etapa que se asimilan los papeles sexuales de forma significativa interactuando con los demás y adquiriendo seguridad en las relaciones con los iguales.

#### *Fase 4*

La cuarta etapa es la abstracción que tiene que ver con la capacidad de las personas para simbolizar el propio mundo tanto interno como externo. Emancipados los individuos de lo real y lo abstracto pueden elaborar posibilidades no anticipadas y nuevas construcciones. Esta fase se representa en la etapa neuropsicológica de integración cortical en donde debe producirse un equilibrio adecuado entre la razón y la emoción siendo los individuos capaces de integrar sus sentimientos y pensamientos, estableciendo su propio criterio y controlando su propio destino.

A partir de este esquema, Millon derivó patrones de personalidad de afrontamiento que se correspondían detalladamente con cada uno de los trastornos de la personalidad enumerados en el Eje II del DSM- IV (DSM- IV- TR, 2002). Estas polaridades recurren a principios evolutivos básicos y a estrategias de supervivencia para proporcionar las hipótesis explicativas sobre las formas normales y clínicas de la personalidad (Aparicio, 2001). Es así como surge el sistema multiaxial, teoría fuertemente consolidada que considera que los trastornos de la personalidad derivan de la asociación entre estadios evolutivos y polaridades personológicas según la cual el grado en que un determinado rasgo es problemático, no es función directa de su cantidad expresada en la elevación de una escala sino que es función de su interacción con otras características del organismo en el que se expresa tal rasgo y la interacción entre el organismo y el contexto en el que se encuentra. Por lo tanto, no sólo una, sino dos interacciones modulan las implicancias de la intensidad de un rasgo sobre la flexibilidad y la impregnación (Millon, 1998 b).

El propósito del sistema multiaxial, adoptado por primera vez en el DSM- III, es que los clínicos evalúen no sólo los síntomas actuales que presenta el paciente en el Eje I, sino también todas las características recogidas en el Eje II que definen su patrón de personalidad. Este modelo fue construido deliberadamente de manera que los síntomas del Eje I pudieran ser entendidos en el contexto del estilo de personalidad del paciente y de su interacción con el medio social actual. La transacción entre el Eje

II (personalidad) y el Eje IV (ambiente) produce el Eje I (síntomatología clínica). Es decir, lo que se valora no son las enfermedades sino los contextos que transforman el significado de los síntomas (Millon, 1998 a).

Millon (1998 b) refiere que el formato multiaxial requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto más amplio del paciente, que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades; en otras palabras: la personalidad. Los rasgos de personalidad, a decir del autor, serían el sustrato y el contexto en el que podemos comprender mejor las formas más atípicas y variadas de la psicopatología.

Este modo de comprender la personalidad de Millon ha brindado muchos aportes al campo de la clínica ya que constituye una teoría del desarrollo y psicopatología de la personalidad integradora, situada a lo largo de una graduación continua y que sensibiliza al médico con los síntomas típicos cotidianos de los trastornos de la personalidad (Aparicio, 2001). En contra de las críticas que se han efectuado a la clasificación evolutiva, el autor señala que es necesaria porque sirve para simplificar la búsqueda de las características relevantes y porque sirve como punto inicial de valoración para el clínico (Morales, 2003).

Otra de los aportes del modelo es la construcción de inventarios de medida derivados de su modelo teórico, la misma que se ha emprendido para garantizar la uniformidad instrumental y la calidad psicométrica de los instrumentos dedicados a evaluar su modelo teórico (Sánchez-López y Casullo, 2000 en Aparicio, 2001). Además de esto, Millon señala un modelo terapéutico que permite integrar todos los conocimientos revisados. El autor señala que los trastornos clínicos no son exclusivamente conductuales, cognitivo o inconscientes, sino que éstos son sólo una parte del todo que es la persona (Aparicio, 2001).

### 1.2.2 Concepto de trastorno de personalidad

Con la llegada del sistema multiaxial, la personalidad se percibe como un continuum, no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología, insistiendo que no existe una línea que separe tajantemente lo normal de lo patológico ya que la patología tiene los mismos determinantes que el funcionamiento adecuado. Una personalidad “sana” o “enferma” pueden considerarse conceptos relativos y representan puntos arbitrarios sobre una gradiente.

Según Millon (en Aparicio, 2001) la línea que separa la conducta normal de la anormal es tan fina que la persona puede tener un funcionamiento normal en algunas áreas mientras que en otras no, además que las circunstancias ambientales pueden ser tan cambiantes que determinadas estrategias pueden ser saludables en un momento y en otro no serlo. Señala el autor que el criterio más común a la hora de distinguir entre normalidad y anormalidad es el criterio estadístico que indica que la primera está determinada por aquellos comportamientos que son más frecuentes en el grupo social, y la segunda por las características más infrecuentes en dicha población. Es decir, las distinciones entre normalidad y patología son en parte construcciones sociales y culturales; sin embargo, a pesar que no existe una línea divisoria clara, existen algunos conceptos dados con los cuales se rigen los clínicos que se desenvuelven en este campo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM- IV TR (2002), los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo y son inflexibles y desadaptativos. La Clasificación Internacional de Enfermedades 10, CIE 10, ha definido los trastornos de personalidad como patrones conductuales enraizados y duraderos, que se manifiestan como respuestas inflexibles en múltiples situaciones personales y sociales (Heerlein, 2002).

La propuesta actual de Millon engloba en un mismo marco teórico la personalidad normal y la patológica. El modelo de estilos y dimensiones de la personalidad normal surge del mismo modelo de la personalidad que diferencia y

enlaza caracteres sanos y patológicos en un continuo; es decir, la personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales y los trastornos de la personalidad serían estilos particulares del funcionamiento desadaptativo (Sánchez, 2003). Millon (1998 b) propone tres criterios para juzgar la gravedad de esta patología que son:

#### *Poca estabilidad*

Existe por parte del individuo una fragilidad o falta de resistencia en condiciones de estrés subjetivo. Estas personas suelen ser fácilmente perturbados y extremadamente susceptibles a las dificultades nuevas y a las alteraciones que le presenta su medio.

#### *Inflexibilidad adaptativa.*

Las estrategias alternativas que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y para enfrentarse al estrés son pocas y se practican de forma rígida. El individuo puede ser incapaz de adaptarse eficazmente a las circunstancias de su vida, igualmente puede modificar el ambiente para evitar estímulos que objetivamente son neutrales pero que son percibidos como estresantes.

#### *Círculos Viciosos*

Las personas con trastorno de personalidad hacen que su entorno social produzca inevitablemente un proceso de feedback que perpetúa e intensifica las diferencias preexistentes. La constricción protectora, la distorsión cognoscitiva y la sobregeneralización, todas ellas son procesos mediante los cuales sus oportunidades para nuevos aprendizajes, mal interpretan las experiencias positivas y provocan reacciones en los demás que reactivan problemas anteriores. Así pues, los patrones de personalidad patológicos son en sí mismos patológicos, es decir, generan y perpetúan dilemas ya existentes, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en

marcha secuencias autodestructivas que provocan que las dificultades ya existentes no sólo se mantengan sino que se agraven.

Esta investigación tomará en cuenta la clasificación de trastornos de personalidad dada por el DSM- IV TR (2002), que se basa en un sistema multiaxial y coloca a los diagnósticos de este tipo en un segundo eje, agrupándolos en clústers:

Clúster A: Trastorno de personalidad paranoide, trastorno de personalidad esquizoide y trastorno de personalidad esquizotípico.

Clúster B: Trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad limítrofe, trastorno de personalidad narcisista y trastorno de personalidad histriónico.

Clúster C: Trastorno de personalidad por dependencia, trastorno de personalidad por evitación y trastorno de personalidad obsesivo- compulsivo.

### *1.3 El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI- II)*

El Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI, fue publicado en 1977 y es reconocido desde esa época como una prestigiosa técnica de evaluación en Psicología Clínica y Psicopatología construida dentro de un contexto teórico y de investigación especialmente relevante. Durante la siguiente década se introdujeron modificaciones en el cuestionario, que había pasado a denominarse MCMI-I, como correcciones a la tendencia a la distorsión de las respuestas debidas entre otras cosas al estado emocional y ampliaciones destinadas a incorporar nuevos conceptos teóricos y aspectos relativos al - en ese entonces- recientemente publicado DSM III- R (Millon, 1998 a).

El MCMI II, que incluía tales cambios e incorporaciones, fue publicado en 1987. La motivación que llevó a la introducción de modificaciones fue que la teoría taxonómica del MCMI- I había sufrido una serie de desarrollos que aumentaron el número de prototipos de personalidad, así como el carácter de los distintos trastornos de personalidad establecidos (Millon 1986, en Millon, 1998 a). Es de esta manera que se añadieron dos nuevas escalas de trastornos de personalidad a las once que

constituían el segmento de personalidad del MCMI- I. También se modificaron los procedimientos para corregir los efectos de distorsión, lo que supone la adición de tres modificadores de perfil. Cada una de las 22 escalas clínicas se construyó como una medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de la personalidad y la psicopatología. Por lo tanto, las escalas y los perfiles del MCMI- II miden variables directas y cuantificables derivadas de la teoría; puesto que estas variables están ancladas en una teoría amplia y sistemática permiten diagnósticos específicos y dinámicas clínicas de los pacientes, así como hipótesis comprobables sobre la historia social y el comportamiento habitual (Millon, 1998 a).

La principal utilidad del MCMI- II es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales permitiendo identificar qué grupo de pacientes son los que necesitan una evaluación más intensa o atención profesional más minuciosa. Los puntos de corte individuales para cada escala del MCMI- II pueden usarse para tomar decisiones sobre trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos. De igual manera, los niveles de puntuación de los grupos de escalas pueden ofrecer motivos para enjuiciar el deterioro, la gravedad y cronicidad de la patología. Una interpretación más extensa y dinámica de las relaciones entre sintomatología, conducta imitativa, estilo interpersonal y estructura de la personalidad puede derivarse del examen de los patrones que configuran las 22 escalas clínicas del MCMI- II.

#### *1.4 Estudios de la validez del MCMI II en castellano*

La traducción de los ítems del MCMI- II al español intentó asegurar semántica y conceptualmente la equivalencia con el original en lengua inglesa. El proceso tuvo lugar en distintas etapas con el fin de asegurar dicha equivalencia. A una primera traducción del test le siguió una aplicación piloto del mismo para intentar constatar el nivel de comprensión conceptual. Numerosas discusiones sobre esta versión preliminar y otros ajustes a partir de traducciones paralelas, llevaron a rehacer las

frases en las que no se había alcanzado un grado de acuerdo significativo entre los traductores (Millon, 1998 b).

En una segunda etapa, logrado un borrador consensuado del test, distintos profesores de psicología en materias de evaluación psicológica trabajaron para lograr un consenso final y conseguir la primera versión en castellano. Esta se aplicó a un conjunto de estudiantes universitarios en Barcelona, España. Al margen de cualquier utilidad diagnóstica, su finalidad en ese momento fue depurar posibles errores en los ítemes. Se pretendía la detección de confusión de términos como la coherencia con el sentido del MCMI- II original y el ajuste del vocabulario y comprensión lectora del contexto español. Una vez lograda esta versión experimental se procedió a estimar las discrepancias con la versión original y efectuar ajustes mínimos que se incorporaron a la versión española (Millon, 1998 a).

En la actualidad el MCMI- II es un inventario ampliamente usado tanto en investigación como en la práctica clínica ya que cuenta con la ventaja de tener relacionada una teoría comprensiva. En sus distintas versiones este instrumento ha generado más de 500 artículos y 6 libros, ha sido traducido a varios idiomas y está siendo usado en investigaciones transculturales (Sánchez, 2003); sin embargo, a pesar de ser buenas medidas operacionales de la teoría, las investigaciones que dan cuenta de su validez en diferentes contextos aún deben continuarse.

### *1.5 Relación entre personalidad y psicopatología*

Watson, Clark y Harkness (1994) destacan la importancia de considerar juntos, como un todo, personalidad y psicopatología. Ellos señalan que algunos cuadros psicopatológicos pueden ser más estables y responder mejor al tratamiento dependiendo del tipo de estructura de personalidad que tenga el paciente. Señalan como ejemplo el resultado de su investigación en la que el neuroticismo es un rasgo dominante en personas cuya patología es la depresión, la ansiedad o los trastornos somatomorfos.

En esta misma línea, Joergen, Spitzer y Juergen (2004) en una investigación en la que examinaron la capacidad de la alexitimia para predecir una amplia gama de síntomas psiquiátricos en relación con otras dimensiones de la personalidad, el envejecimiento, y el género, hallaron que las dimensiones del Inventario del Temperamento y del Carácter emergieron como predictores significativos distintos y conceptuales para las diversas sub-escalas del SCL-90-R (Escala de Síntomas Clínicos Revisada). Estos hallazgos concuerdan con los datos presentados por Zuckerman en 1991, según los cuales el rasgo del neuroticismo se asocia a experimentar estados emocionales negativos, incluyendo ansiedad, depresión y hostilidad (Lawrence, 2000).

Así mismo, Samuels (2000) en su investigación sobre trastornos de personalidad y personalidad normal en el trastorno obsesivo compulsivo, concluyeron que la ansiedad como rasgo y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se correlacionan altamente con el trastorno obsesivo compulsivo. El modelo de las disposiciones de la personalidad se centra en numerosos rasgos que se manifiestan conductualmente. El modelo de los tres factores de Eysenck sugiere que los trastornos psicopatológicos de la personalidad se deben a un aprendizaje mal adaptado asociado a diferencias individuales de base genética en el funcionamiento psicopatológico; sin embargo, él afirma que no hay que ser pesimista en lo que respecta al potencial para el tratamiento (Liebert y Spiegler, 2000; Lawrence, 2000).

Al respecto, Bolignini, Laget, Plancherel, Stéphan, Corcos, y Halfon (2002) en un trabajo de investigación sobre el rol de la personalidad en el uso de drogas y el intento de suicidio encontraron evidencias que demuestran que para los hombres el factor significativo que explica los intentos de suicidio es la dependencia emocional, mientras que para las mujeres sería la búsqueda de sensaciones. Youseff (2004) proporcionó interesantes resultados en relación con los rasgos de la personalidad de mujeres jóvenes con trastornos de la alimentación y comportamiento suicida. La muestra estuvo constituida por estudiantes entre 15 y 20 años que eran

atendidas en un hospital psiquiátrico por consulta externa. Según los autores, los profesionales deberían prestar más atención a las mujeres jóvenes con problemas alimentarios e intentos suicidas si ellas: tienen tendencia al autocastigo y conducta antisocial, múltiples quejas físicas, no están tranquilas en situaciones sociales, o tienden a encolerizarse fácilmente con comportamientos obsesivos y preocupaciones fóbicas.

En cuanto a los hallazgos que relacionan personalidad y psicopatología encontrados con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II, se puede mencionar el trabajo de Prior, Wiederman y McGilley (1996). Ellas hallaron que los subtipos de anorexia nerviosa restrictiva y purgativa no se diferenciaban en cuanto a rasgos de personalidad pues ambos grupos presentaban grados elevados de impulsividad, tendencia al autocastigo, problemas con drogas e intentos de suicidio previos. En el 2001, Nena Wish, Hoffman y Names usando el mismo instrumento encontraron alta correlación entre el trastorno de personalidad antisocial y el consumo de sustancias psicoactivas. En el mismo año, Basson decide verificar la asociación existente entre los rasgos de personalidad y la dependencia a los ejercicios físicos excesivos basándose en el modelo biológico de Millon. Los hallazgos del autor sugieren una relación entre la adicción a correr, estilos de personalidad rígidos e inflexibles y dificultades interpersonales (Basson, 2001).

Rakesh, Johnson, Jain y Mittauer señalaron en 1999 que el MCMI- II resulta muy útil para discriminar entre los pacientes con y sin ideación suicida. En el mismo año, Ravndal y Vaglum concluyen luego de trabajar con una muestra de 200 pacientes internados por adicción a las drogas que la conducta suicida que se presentaba entre ellos estaba relacionada a elevados puntajes en la escala de trastorno de personalidad borderline y trastorno depresivo (Ravndal y Vaglum, 1999).

Por su parte, Henderson (2004) realizó una investigación con 162 pacientes psiquiátricos que eran atendidos por consulta externa por el diagnóstico de ludopatía. Luego de aplicarles el MCMI- II, se encontró alta comorbilidad de este trastorno con

personalidad antisocial y búsqueda de sensaciones, relacionando la psicopatía con la debilidad por apostar.

Queda claro que, tal como lo demuestran las investigaciones, el tipo de estructura de la personalidad influye notablemente en la aparición, pronóstico y tratamiento de numerosos cuadros psicopatológicos. Este es un dato relevante que debe ser tomado en cuenta por los profesionales que atienden a diario pacientes con enfermedades mentales. La relación entre personalidad y psicopatología existe; sin embargo, a pesar de todos estos hallazgos, debe mencionarse que la aparición de un trastorno psicopatológico responde a múltiples factores. Watson et al. (1994) señalan que es la interacción de eventos estresantes vitales, con el factor de vulnerabilidad personal y los esquemas cognitivos disfuncionales los que harán que un individuo responda negativa o positivamente a la demanda del medio.

#### *Planteamiento del problema*

En la actualidad no existe consenso para definir personalidad existiendo numerosas teorías que intentan aproximarse al constructo, una de ellas es la estrategia de las disposiciones que asume las características de personalidad de un individuo como más o menos estables a lo largo del tiempo; es decir, seguimos siendo los mismos a través de los años. Dentro de este marco teórico surge Millon, acucioso investigador, que da nuevas luces para entender el fenómeno de la personalidad. Él propone un modelo evolutivo biopsicosocial e inserta su teoría multiaxial en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Texto Revisado, DSM III- R (Millon, 1998 b).

Hoy en día su modelo, que integra perfectamente los distintos ejes para la aparición de una patología, es mundialmente aceptado y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI – II) es una prestigiosa técnica de evaluación en Psicología Clínica y Psicopatología construida dentro de este contexto teórico.

Al ser el MCMI- II un inventario de autorreporte sencillo de aplicar y calificar y al proporcionar numerosos datos diagnósticos en los distintos ejes, es una herramienta muy utilizada en nuestro medio por los clínicos, sobre todo en instituciones de salud pública, aun sin contar con baremos estandarizados para nuestra población.

Si se tiene en cuenta que el uso de baremos y criterios locales, en lugar de los generales, puede mejorar la exactitud de los juicios diagnósticos, se plantea entonces la pregunta de investigación de este trabajo: ¿cuál es la validez y confiabilidad del MCMI- II en un grupo de pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana? Los psicólogos que usan este inventario como un instrumento de trabajo diario en clínicas y hospitales reportan puntuaciones que no se ajustan a la realidad; sin embargo, el tema aún no ha sido trabajado considerándose importante abordarlo porque aportará en el área de la salud mental y la evaluación de la personalidad.

#### *Objetivo general*

Conocer la validez y confiabilidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en pacientes ambulatorios e internados en dos hospitales de salud mental en Lima Metropolitana.

#### *Objetivos específicos*

- Identificar los criterios de validez del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en pacientes ambulatorios e internados en dos hospitales de salud mental en Lima Metropolitana.
- Identificar los criterios de confiabilidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en pacientes ambulatorios e internados en dos hospitales de salud mental en Lima Metropolitana.
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la sub-muestra de pacientes internados en un hospital de salud mental en Lima Metropolitana.

## Capítulo 2

### Metodología

La presente es una investigación de tipo descriptivo. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986; en Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Según palabras del mismo autor en este tipo de estudios se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para así describir lo que se investiga. Los estudios descriptivos miden variables y pueden integrar cada una de ellas para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, pero su objetivo no es indicar la relación entre dichas variables

El diseño que se utilizará es no experimental. Este diseño es una descripción de las características de una muestra. No se manipula la variable dependiente y es factible usar una variedad de estrategias de registro y observación. Lo que se hace en una investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. En este tipo de diseño no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas por el investigador, los sujetos son observados en su ambiente original (Hernández et al., 1998).

#### 2.1 Participantes

Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron: ser paciente hospitalizado o ambulatorio de dos hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana en el

periodo comprendido entre los años 2002 y 2005, tener entre 17 y 54 años de edad y poseer un grado de instrucción mínima de 2º de secundaria.

El tipo de muestreo que se usó fue el no probabilístico accidental. Hernández et al. (1998) plantean que estas muestras son dirigidas, es decir, se selecciona a sujetos típicos con la esperanza que sean representativos de una población determinada. En estos casos, la elección de los participantes no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino corresponde a la posibilidad azarosa que tiene el investigador de seleccionar como muestra un subconjunto de la población en un momento no previsto con anterioridad (Kerlinger, 1988).

Giadagnoli y Verlicer, en 1988, consideraron que la etapa de la determinación del tamaño de la muestra es una de las más determinantes para un adecuado análisis factorial de los datos. Estos autores plantean que en situaciones óptimas, donde los factores estén muy bien definidos, un número de 150 casos como mínimo es necesario; pero en casos más ideales, números superiores a 300 casos sería recomendable (En Cassaretto, 1999). Para este trabajo de investigación se consideró una muestra de 183 participantes (a quien se llamará Muestra A) que intentan cumplir con lo establecido por la literatura científica.

La Muestra A finalmente estuvo formada por 183 pacientes de dos instituciones de salud mental, 94 (51%) pertenecieron al Hospital A y 89 (49%) al Hospital B. 61 participantes (33%) estuvieron hospitalizados al momento de su evaluación y 122 (67%) fueron atendidos de manera ambulatoria. 73 (40%) fueron de sexo femenino, de las cuales 18 se encontraban hospitalizadas y 55 fueron atendidas por consulta externa. 110 pacientes (60%) fueron varones, 43 hospitalizados y 67 ambulatorios. Las edades estuvieron comprendidas entre los 17 y 54 años con una media de 26 años para las mujeres ( $DE=9.66$ ) y 31 para los hombres ( $DE=9.81$ ), la media total fue de 29 años ( $DE=9.70$ ) (Ver Tabla 1).

**Tabla 1:** *Participantes según sexo, edad y condición de la Muestra A*

	Femenino ( <i>n</i> = 73)	Masculino ( <i>n</i> = 110)	Total ( <i>n</i> = 183)
Condición			
Hospitalizado	18	43	61
Ambulatorio	55	67	122
Edad			
<i>M</i>	26	31	29
<i>DE</i>	9.66	9.81	9.70

De manera complementaria se realizó el análisis de 31 participantes de condición hospitalizado (a quien se llamará Muestra B). Esta sub-muestra estuvo conformada por 20 mujeres y 11 hombres cuyas edades fluctuaron entre los 17 y 36 años ( $M= 23$ ;  $DE= 3.4$ ) (Ver Tabla 2). 22 (71%) de estos pacientes eran solteros, 4 (12.9%) convivientes y 5 (16.1%) estaban casados.

**Tabla 2:** *Distribución de frecuencia por edades de la Muestra B*

Edades	Frecuencia	Porcentajes
17-20 años	16	71.0%
21-24 años	6	19.3%
25-28 años	2	6.4%
29-32 años	1	3.2%
32- 36 años	6	19.3%

La mayoría (16 casos) posee secundaria completa y sólo 3 pacientes tienen grado de instrucción superior completo. En relación a sus ocupaciones se observa que predominantemente son estudiantes (13), amas de casa (8) y vendedores ambulantes (5) (Ver Tabla 3).

**Tabla 3:** Grado de instrucción y ocupación de la Muestra B

	Frecuencia	Porcentaje
Grado de instrucción		
Secundaria incompleta	6	19.4
Secundaria completa	16	51.6
Superior incompleta	6	19.4
Superior completa	3	9.7
Ocupación		
Estudiante	13	41.9
Ama de casa	8	25.8
Vendedor ambulante	5	16.1
Empleada del hogar	2	6.5
Desocupado	3	9.7
Total	31	100

Con respecto al número de internamiento, se pudo observar que la mayoría de ellos (24) había sido hospitalizado por primera vez en un centro de salud mental, mientras que para 2 pacientes éste era su tercer internamiento (Ver Tabla 4).

**Tabla 4:** Número de hospitalización de la Muestra B

Número de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1	24	77.4
2	5	16.1
3	2	6.5
Total	31	100

## 2.2 Instrumentos

Se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y una Ficha Sociodemográfica.

### 2.2.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

El principal objetivo del MCMI II es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. Los datos normativos y las transformaciones de la puntuaciones del

MCMI II están basados en muestras clínicas y son aplicables solamente a personas con evidentes síntomas psicológicos o psiquiátricos (Millon, 1987).

Todas las escalas del cuestionario, sean de personalidad (Eje II) u orientadas a síndromes clínicos (Eje I), reflejan en distinto grado los rasgos y los estados del individuo. Cada escala refleja una mezcla generalizada de predisposiciones y atributos como una naturaleza más circunstancial o aguda (Millon, 1998 a). Según el autor, los estilos de personalidad reflejan en profundidad características permanentes y omnipresentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas ya que los pacientes están tan automatizados con este modo de vida que con frecuencia son inconscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o marcada gravedad. Estas etapas avanzadas de la patología de la personalidad reflejan un deterioro insidioso y progresivo de la estructura de la personalidad y suelen acentuar el estilo de vida de funcionamiento del paciente. A pesar de cambios evidentes en la integración psíquica, la competencia social y el control emocional, el paciente tiende a mostrar las características más importantes de personalidad que eran evidentes (Millon, 1998 b).

El MCMI se considera un instrumento psicodinámico objetivo ya que está compuesto y se administra de forma estandarizada, pero se interpreta a partir del examen de la interacción entre las puntuaciones de las escalas y de la extracción de relaciones clínicamente establecidas entre los procesos cognitivos, el comportamiento interpersonal y las fuerzas intrapsíquicas (Millon, 1987).

Este es un inventario de personalidad que consta de 175 afirmaciones a los que el evaluado debe contestar con verdadero o falso y que pueden ser respondidas en aproximadamente 30 minutos (Ver Anexo A). El modelo estructural bajo el que fue elaborado es el de ítems politéticos, es decir un mismo ítem puede otorgar puntajes a

diferentes escalas (Ver Anexo B). Este instrumento está dirigido a personas con más de 17 años con buena capacidad lectora y un nivel de educación equivalente a 8 años de escolarización (Millon, 1998 a).

Este instrumento está basado en la teoría multiaxial de la personalidad y psicopatología de Millon, descritos en el Capítulo 1. Provee una medida de 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos para adultos que están recibiendo una valoración psicológica, psiquiátrica o algún tratamiento (Millon, 1998 b).

Estas 22 escalas clínicas están divididas en 4 grandes grupos:

- Patrones clínicos de personalidad, Eje I, 10 en total: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo/sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo/agresiva y (8B) Autodestructiva.
- Patología severa de personalidad, 3 en total: (S) Esquizotípica, (C) Límite y (P) Paranoide.
- Síndromes clínicos, Eje II, 6 en total: (A) Ansiedad, (H) Histeriforme, (N) Hipomanía, (D) Distimia, (B) Abuso de alcohol y (T) Abuso de drogas.
- Síndromes Clínicos severo, 3 en total: (SS) Pensamiento psicótico, (CC) Depresión mayor y (PP) Trastorno delirante.  
(Giove, 1997).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II es usado en el campo clínico en individuos que requieren servicios de salud mental por dificultades emocionales, sociales o interpersonales y está específicamente diseñado para evaluar los desórdenes del Eje I y II del DSM IV (Millon, 1987).

En la versión original en inglés del MCMI- II se calcularon índices de confiabilidad en 825 personas entre quienes se encontraban sujetos no clínicos, pacientes psiquiátricos ambulatorios y pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los índices de consistencia interna fueron bastante significativos fluctuando entre .81 (Escala PP: Trastorno Delirante) y .95 (Escala D: Distimia)

En la segunda mitad de la década de los noventa, este instrumento ha sido adaptado al castellano en España por Avila- Espada (Millon, 1998 a). El inventario Clínico Multiaxial de Millon II en su versión en español cuenta con 3 tipos de validez: a) Validez de contenido: que es el examen sistemático del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del área de conducta que debe medirse. El objetivo es evaluar si los ítems representan adecuadamente un universo o dominio de desempeño. b) Validez de criterio: el objetivo principal es evaluar si los puntajes en una prueba pueden ser usados para predecir otra variable (criterio) que, usualmente, no ha sido medida con una prueba. c) Validez de construcción por análisis factorial: que es el grado en que la prueba evalúa una característica psicológica, demostrando las construcciones teóricas que explican en cierta medida el resultado encontrado (Anastasi, 1998).

Adicionalmente cuenta con confiabilidad de consistencia interna con índices bastantes aceptables que van desde .67 hasta .94. Las escalas que gozan de mejor fiabilidad son la “8B”, “C”, “D” y “CC”. Los coeficientes obtenidos en las escalas “1”, “4”, y “7” son más bajos pero todavía satisfactorios (Millon, 1998 a).

Este inventario tiene además 4 escalas de validez que incluyen: (a) V: Validez, (b) X: Sinceridad, (c) Y: Deseabilidad Social, (d) Z: Autodescalificación.

Para la corrección del instrumento se deben omitir los protocolos con más de 11 ítems no contestados; de igual manera, si la puntuación directa en la escala de Validez es mayor a 1, el informe no sería válido. Si el puntaje es igual a 1 se puede continuar corrigiendo, aunque la validez sería cuestionable; lo ideal es contar con protocolos con puntajes igual a 0 en la escala de validez. Las puntuaciones directas de las demás escalas del MCMI – II se transforman en puntuaciones de tasa base (TB). Las TB nos permiten clasificar los diagnósticos de los pacientes evaluados en: Leves (puntajes menores o iguales a 74), Moderados (puntajes mayores o iguales 75 y menores o iguales a 84) y Severos (puntajes mayores o iguales a 85).

En este instrumento no se utilizan las T lineales ya que no es asumible la hipótesis de la distribución normal de las puntuaciones; dicho de otro modo, se asume que el rasgo medido no se distribuye normalmente en la población (Millon, 1998 b). Por lo tanto, el principal propósito de este instrumento clínico no es tanto localizar la posición relativa de un paciente en una distribución de frecuencia, sino identificar o calcular la probabilidad de que el paciente sea o no miembro de una entidad diagnóstica conocida.

La muestra normativa española estuvo constituida por una muestra clínica de 377 sujetos, la misma que al ser tan pequeña no permite captar los datos de prevalencia representativos de una población clínica; sin embargo existe amplio consenso en que las tasas de prevalencia de los principales trastornos, y en particular de los incluidos en el MCMI – II no presentan diferencias apreciables con respecto a los datos norteamericanos y los españoles (Millon, 1998 b).

### 2.2.2 Ficha sociodemográfica

Se elaboró para los fines de esta investigación y fue aplicada únicamente a los 31 participantes de la Muestra B. Permite obtener datos como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, número de hospitalización y diagnóstico de ingreso, el mismo que era recogido de la historia clínica de cada paciente (Ver Anexo C).

### 2.3 Procedimiento

Se establecieron las conversaciones con el Departamento de Capacitación y Docencia de dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana con la finalidad de obtener los protocolos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. El instrumento fue aplicado por diferentes psicólogos a sus pacientes, hospitalizados y ambulatorios, entre los años 2002 y 2005. Los datos de los protocolos recolectados fueron almacenados en una base de datos tomando en cuenta las variables: sexo, edad, condición (hospitalizado o ambulatorio) e institución de origen para proceder a su posterior análisis de validez y confiabilidad.

Dado que no existen estudios previos de validación del MCMI-II ni en nuestro medio ni en el extranjero, salvo los realizados en EEUU y España de la prueba original en inglés y castellano, se decidió replicar la parte estadística del estudio de Aparicio y Sánchez (1999) sobre la validación y confiabilidad del MIPS. En este estudio, los objetivos de las autoras fueron similares a los nuestros: comparar la confiabilidad y validez interna del MIPS, trabajar con una muestra particular y no presentan criterios de validez externa ni tasas base equivalente a las puntuaciones directas. De esta manera, siguiendo lo trabajado por Aparicio y Sánchez (1999), el estadístico que se usó para establecer la confiabilidad fue el índice de alfa de Cronbach y para determinar la validez, se realizó la corrida de correlaciones de Pearson, Correlaciones parciales y Análisis Factorial.

Cabe resaltar que en el caso de tratarse de pacientes internados, ambas instituciones tienen como política la aplicación del inventario hacia la segunda o tercera semana de hospitalización, cuando el paciente ya se encuentra en cuidados intermedios. En el caso de los pacientes de consulta externa, la aplicación del instrumento se da cuando la persona tiene cita con el/la psicólogo/a.

De manera adicional se realizaron análisis complementarios con una submuestra de 31 pacientes hospitalizados en una misma institución, que fue a quienes se tuvo acceso directo y por lo tanto se contaba con datos sociodemográficos que podían enriquecer la investigación. La ficha sociodemográfica que se aplicó permitió recolectar datos como estado civil, grado de instrucción, ocupación, número de internamiento y diagnóstico de hospitalización. Este instrumento fue completado por la investigadora luego de conversar con el paciente y/o su familiar como parte de la rutina de evaluación psicológica y era anexado a la hoja de respuesta del MCMI- II que había sido llenada por el evaluado.

## Capítulo 3

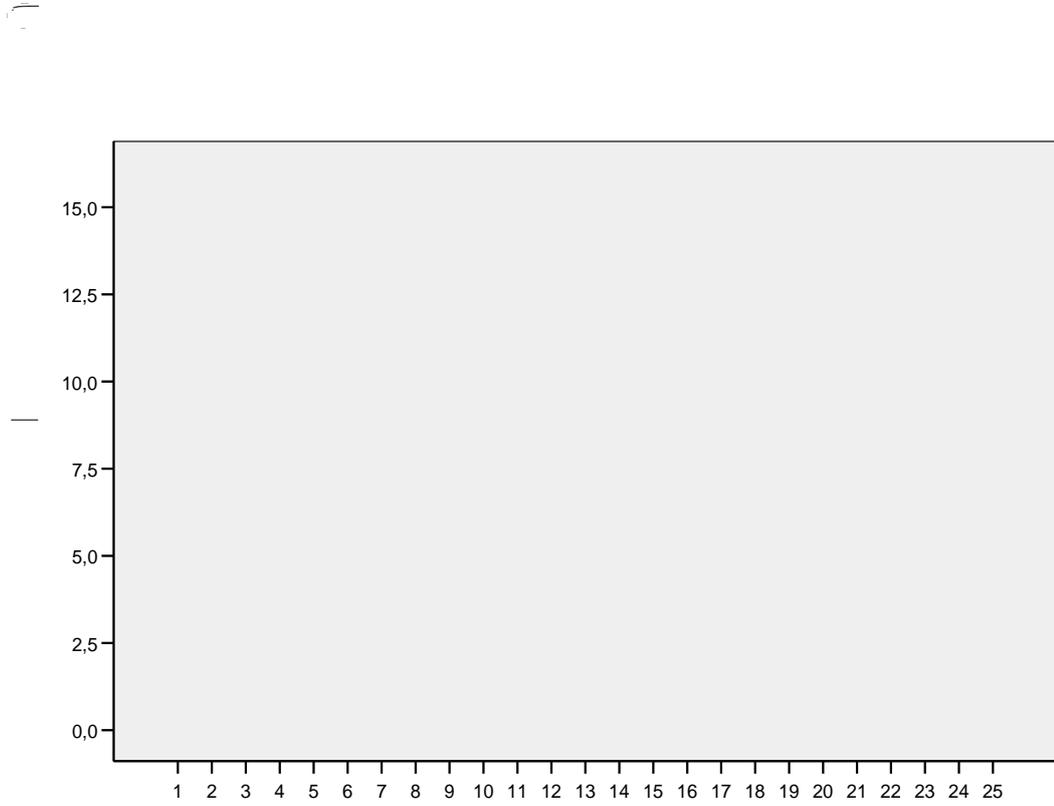
### Resultados

A continuación se presentan los hallazgos encontrados en la investigación correspondientes a la Muestra A.

Para obtener información sobre la validez del MCMI- II, se sometió a análisis factorial los datos de las distintas escalas empleando el método de Oblimin. Se tomó la decisión de no realizar este análisis por ítems dado que el criterio del test de Kayser-Meyer-Olkin (.19) no era el mínimo requerido para realizar un análisis factorial y la muestra trabajada era muy pequeña para realizar alguna eliminación de los mismos.

Es por esta razón que se agruparon los ítems en las 25 escalas por las que está conformado el instrumento, cumpliéndose así los supuestos previos: el test de Kaiser-Meyer-Olkin da una puntuación muy alta (.92), así como el test de Bartlett con una significación de .00. En cuanto al gráfico de Catell, éste muestra una curva en la que no se evidencia una depresión significativa a partir del tercer factor (Ver Figura 1). En lo que respecta a los valores del Eigenvalue que siguen al cuarto factor no se diferencian de forma significativa en el tamaño de sus valores propios, esto señala que los cuatro primeros factores tendrían un significado interpretativo superior a los restantes. Se obtuvo un total de tres factores que explicaron el 80.19% de la varianza explicada: el Factor 1 explicaba 60.09%, seguida por el Factor 2 que explicaba el 13.36% y finalmente el Factor 3 con sólo 6.74% de la varianza (Ver Tabla 5).

Figura 1: Gráfica de Catell y Eigen Values de la Muestra A



**Tabla 5:** Eigen Values y porcentaje de Varianza explicada para la Muestra A

Escalas	Resultados		
	Eigenvalues	% de varianza	% Acumulado
1	15.02	60.10	60.10
2	3.34	13.367	73.46
3	1.68	6.74	80.19
4	1.08	4.33	84.53
5	.93	3.74	88.27
6	.76	3.04	91.30
7	.17	1.63	92.93
8	.30	1.22	94.15
9	.27	1.09	95.24
10	.24	.97	96.21
11	.17	.66	96.87
12	.15	.59	97.46
13	.12	.49	97.95
14	.09	.36	98.31
15	.08	.31	98.62
16	.07	.27	98.90
17	.07	.26	99.15
18	.06	.23	99.38
19	.05	.17	99.56
20	.03	.12	99.68
21	.02	.09	99.77
22	.02	.08	99.85
23	.02	.07	99.92
24	.01	.05	99.97
25	.01	.02	100.00

n= 183

Las escalas que cargaron más alto para el Factor 1 fueron: Escala 1: Esquizoide (.67), Escala 2: Evitativo (.92), Escala 8b: Autoderrotista (.79), Escala S: Esquizotípica (.84), Escala A: Ansiedad (.95), Escala H: Histeriforme (.91), Escala D: Distimia (.91), Escala Ss: Pensamiento Psicótico(.80), Escala Cc: Depresión Mayor (.96) y Escala Z: Autodescalificación (.94). El Factor 2, estuvo formado por la Escala 7: Compulsivo (.66) y Escala Pp: Trastorno Delirante (.71) y Escala Y: Deseabilidad Social (.86). La Matriz Factorial para el Factor 3 no arroja ninguna escala con carga significativa, tal como puede observarse en la Tabla 6.

**Tabla 6:** Matriz factorial del MCMI- II rotada según el método Oblimin

Escala	Factores		
	1	2	3
Escala 1: Esquizoide	0.67	0.40	-0.10
Escala 2: Evitativo	0.92	0.14	0.06
Escala 3: Dependiente	0.57	0.35	-0.15
Escala 4: Histrionica	-0.10	0.32	-0.78
Escala 5: Narcisista	-0.16	0.47	-0.66
Escala 6: Antisocial	0.09	0.03	-0.91
Escala 6b: Agresivo	0.24	0.09	-0.70
Escala 7: Compulsivo	0.19	0.66	-0.25
Escala 8: Pasivoagresivo	0.35	-0.05	-0.70
Escala 8b: Autoderrotista	0.79	0.02	-0.21
Escala S: Esquizotípica	0.84	0.34	0.06
Escala C: Borderline	0.53	-0.23	-0.63
Escala P: Paranoide	0.22	0.59	-0.36
Escala A: Ansiedad	0.95	-0.12	0.04
Escala H: Histeriforme	0.91	-0.09	-0.03
Escala N: Hipomania	0.03	0.18	-0.80
Escala D: Distimia	0.91	-0.14	-0.10
Escala B: Dependencia de Alcohol	0.26	-0.13	-0.79
Escala T: Abuso de Drogas	-0.06	-0.10	-1.04
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	0.80	0.16	-0.09
Escala Cc: Depresión Mayor	0.96	-0.16	-0.03
Escala Pp: Trastorno Delirante	0.27	0.71	-0.13
Escala Y: Deseabilidad Social	-0.14	0.86	-0.04
Escala Z: Autodescalificación	0.94	-0.15	-0.11
Escala V: Validez	0.16	0.10	-0.01

Cumplimiento de requisitos previos: KMO: 0.92; Test de Berlett: 7,77; Significación: 0,00  
n= 183

Tras realizar la distinción por sexos, se puede observar que al rotar los datos según el método Oblimin se obtienen 4 factores para el sexo femenino que explican el 84. 51% de la varianza acumulada. El factor 1 se explica por el 60.18%, el Factor 2 por el 13.29%, el Factor 3 por 6.70% y el Factor 4 por 4.33% de la varianza. Las escalas que cargaron más alto para el Factor 1 fueron Escala 2: Evitativo (1.29), Escala A: Ansiedad y Escala H: Histeriforme (1.37), Escala D: Distimia (1.32) y Escala Cc: Depresión Mayor (1.40). El Factor 2 estuvo formado por la Escala 7: Compulsivo (.97), Escala Pp: Trastorno Delirante (1.01) y Escala Y: Deseabilidad Social (1.30). Para el Factor 3, la

Escala S: Esquizoide (.64) fue la que cargó más alto y para el Factor 4: Escala V: Validez (1.35) (Ver Tabla 7).

**Tabla 7:** Matriz factorial del MCMI- II rotada según el método Oblimin para el sexo femenino

Escala	Factores			
	1	2	3	4
Escala 1: Esquizoide	0.82	0.22	0.22	0.07
Escala 2: Evitativo	1.29	0.00	0.38	-0.08
Escala 3: Dependiente	0.67	0.29	-0.22	-0.42
Escala 4: Histriónica	-0.42	0.19	-1.28	-0.32
Escala 5: Narcisista	-0.50	0.59	-0.85	-0.16
Escala 6: Antisocial	-0.25	-0.34	-1.33	0.07
Escala 6b: Agresivo	0.11	-0.03	-1.08	-0.38
Escala 7: Compulsivo	0.20	0.97	-0.07	-0.52
Escala 8: Pasivoagresivo	0.36	-0.24	-1.03	-0.35
Escala 8b: Autoderrotista	0.99	-0.23	-0.34	-0.32
Escala S: Esquizotípica	1.21	0.27	0.64	0.09
Escala C: Borderline	0.60	-0.54	-0.90	-0.19
Escala P: Paranoide	0.21	0.74	-0.19	-0.19
Escala A: Ansiedad	1.37	-0.21	0.19	-0.32
Escala H: Histeriforme	1.37	-0.19	0.17	-0.37
Escala N: Hipomanía	-0.22	0.04	-1.35	-0.46
Escala D: Distimia	1.32	-0.30	0.01	-0.30
Escala B: Dependencia de Alcohol	0.28	-0.38	-1.08	-0.21
Escala T: Abuso de Drogas	-0.41	-0.46	-1.62	-0.01
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	1.17	0.04	0.36	0.03
Escala Cc: Depresión Mayor	1.40	-0.32	0.14	-0.28
Escala Pp: Trastorno Delirante	0.38	1.01	0.40	-0.06
Escala Y: Deseabilidad Social	-0.45	1.30	0.22	-0.27
Escala Z: Autodescalificación	1.34	-0.30	0.06	-0.23
Escala V: Validez	-0.30	-0.33	0.22	1.35

Cumplimiento de requisitos previos: KMO: 0.89; Test de Berlett: 2,97; Significación: 0,00  
n= 183

Luego de rotar los datos con el método Oblimin para el sexo masculino se obtienen 3 factores que explican el 82.48% de la varianza acumulada. El Factor 1 se explica por el 64.59% de la varianza, el Factor 2 por el 13.34% y el Factor 3 por el 4.55%. Las escalas que cargaron más alto para el Factor 1 fueron Escala A: Ansiedad (1.13) y Escala D: Distimia (1.03), para el Factor 2 fueron la Escala 4: Histriónica (1.10), la Escala 5: Narcisista (1.14), la Escala 6 Antisocial (1.06), la Escala T (Abuso de Drogas) (1.10) y la Escala Y Deseabilidad Social (.67) que si bien también carga para el Factor 3

(.56), se explica mejor en el Factor 2 siguiendo el criterio de la varianza acumulada y la teoría (Ver Tabla 8).

**Tabla 8:** Matriz factorial del MCMI- II rotada según el método Oblimin para el sexo masculino

Escala	Factores		
	1	2	3
Escala 1: Esquizoide	0.69	0.15	0.35
Escala 2: Evitativo	1.06	-0.19	0.14
Escala 3: Dependiente	0.68	0.18	0.28
Escala 4: Histriónica	-0.26	1.10	0.02
Escala 5: Narcisista	-0.39	1.14	0.08
Escala 6: Antisocial	-0.13	1.06	-0.22
Escala 6b: Agresivo	0.20	0.77	-0.13
Escala 7: Compulsivo	0.04	0.76	0.30
Escala 8: Pasivoagresivo	0.29	0.70	-0.26
Escala 8b: Autoderrotista	0.95	0.01	0.03
Escala S: Esquizotípica	0.85	0.06	0.23
Escala C: Borderline	0.55	0.47	-0.33
Escala P: Paranoide	0.01	0.86	0.21
Escala A: Ansiedad	1.13	-0.34	-0.07
Escala H: Histeriforme	1.01	-0.16	-0.09
Escala N: Hipomanía	-0.08	1.00	-0.10
Escala D: Distimia	1.03	-0.12	-0.12
Escala B: Dependencia de Alcohol	0.20	0.75	-0.35
Escala T: Abuso de Drogas	-0.16	1.10	-0.37
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	0.80	0.15	0.05
Escala Cc: Depresión Mayor	1.09	-0.23	-0.11
Escala Pp: Trastorno Delirante	0.03	0.72	0.33
Escala Y: Deseabilidad Social	-0.21	0.67	0.56
Escala Z: Autodescalificación	1.05	-0.14	-0.15
Escala V: Validez	0.37	-0.07	0.25

Cumplimiento de requisitos previos: KMO: 0.91; Test de Berlett: 4,68; Significación: 0,00  
n= 183

En relación a la validez interna medida con el índice de correlación de Pearson se puede observar que éstas son altas, siendo las más elevadas las correlaciones Distimia- Depresión Mayor y Distimia- Autodescalificación, con .96, seguidas por Ansiedad- Histeriforme y Depresión Mayor- Autodescalificación con .95. Los puntajes más bajos, en cuanto a correlaciones de Pearson, los exhiben los pares de escalas Validez- Histeriforme y Validez- Trastorno Delirante con .14 y Validez- Narcisista y Validez- Compulsivo con .15, como se observa en la Tabla 9.

**Tabla 9:** Correlaciones de Pearson por escalas del MCMI- II

Escalas	1	2	3	4	5	6	6b	7
Esquizoide	1.00	<b>0.76</b>	<b>0.68</b>	0.55	0.54	<b>0.65</b>	<b>0.62</b>	0.58
Evitativo	<b>0.76</b>	1.00	<b>0.73</b>	0.43	0.35	0.57	<b>0.66</b>	0.48
Dependiente	<b>0.68</b>	<b>0.73</b>	1.00	<b>0.64</b>	0.47	<b>0.64</b>	<b>0.73</b>	<b>0.71</b>
Histrionica	0.55	0.43	<b>0.64</b>	1.00	<b>0.80</b>	<b>0.77</b>	<b>0.72</b>	<b>0.73</b>
Narcisista	0.54	0.35	0.47	<b>0.80</b>	1.00	<b>0.71</b>	<b>0.68</b>	<b>0.67</b>
Antisocial	<b>0.65</b>	0.57	<b>0.64</b>	<b>0.77</b>	<b>0.71</b>	1.00	<b>0.84</b>	<b>0.60</b>
Agresivo	<b>0.62</b>	<b>0.66</b>	<b>0.73</b>	<b>0.72</b>	<b>0.68</b>	<b>0.84</b>	1.00	<b>0.71</b>
Compulsivo	0.58	0.48	<b>0.71</b>	<b>0.73</b>	<b>0.67</b>	<b>0.60</b>	<b>0.71</b>	1.00
Pasivoagresivo	<b>0.63</b>	<b>0.72</b>	<b>0.71</b>	<b>0.68</b>	<b>0.60</b>	<b>0.80</b>	<b>0.88</b>	<b>0.63</b>
Autoderrotista	<b>0.71</b>	<b>0.90</b>	<b>0.82</b>	0.55	0.42	<b>0.65</b>	<b>0.76</b>	0.52
Esquizotípica	<b>0.79</b>	<b>0.91</b>	<b>0.73</b>	0.53	0.47	<b>0.62</b>	<b>0.67</b>	0.55
Borderline	<b>0.64</b>	<b>0.79</b>	<b>0.68</b>	<b>0.60</b>	0.50	<b>0.78</b>	<b>0.82</b>	0.50
Paranoide	<b>0.68</b>	0.58	<b>0.62</b>	<b>0.72</b>	<b>0.83</b>	<b>0.74</b>	<b>0.77</b>	<b>0.79</b>
Ansiedad	0.57	<b>0.70</b>	0.56	0.33	0.25	0.40	0.54	0.34
Histeriforme	<b>0.62</b>	<b>0.72</b>	<b>0.62</b>	0.42	0.29	0.48	<b>0.60</b>	0.40
Hipomanía	0.57	0.48	<b>0.61</b>	<b>0.89</b>	<b>0.76</b>	<b>0.75</b>	<b>0.74</b>	<b>0.69</b>
Distimia	<b>0.66</b>	<b>0.80</b>	<b>0.62</b>	0.40	0.33	<b>0.53</b>	<b>0.63</b>	0.40
Dependencia de Alcohol	<b>0.61</b>	<b>0.64</b>	<b>0.63</b>	<b>0.67</b>	0.57	<b>0.81</b>	<b>0.76</b>	0.53
Abuso de Drogas	0.56	0.53	0.57	<b>0.78</b>	<b>0.69</b>	<b>0.90</b>	<b>0.81</b>	0.56
Pensamiento Psicótico	<b>0.74</b>	<b>0.86</b>	<b>0.66</b>	0.49	0.46	<b>0.66</b>	<b>0.71</b>	0.52
Depresión Mayor	<b>0.64</b>	<b>0.76</b>	<b>0.60</b>	0.36	0.25	0.46	0.57	0.36
Trastorno Delirante	<b>0.62</b>	<b>0.52</b>	<b>0.53</b>	<b>0.65</b>	<b>0.73</b>	<b>0.60</b>	<b>0.60</b>	<b>0.70</b>
Desebilidad Social	0.33	0.07	0.41	0.57	<b>0.61</b>	0.26	0.29	<b>0.69</b>
Autodescalificación	<b>0.65</b>	<b>0.85</b>	<b>0.64</b>	0.42	0.31	<b>0.54</b>	<b>0.65</b>	0.40
Validez	0.21	0.22	0.22	0.19	0.15	0.22	0.21	0.15

**Tabla 9** (continuación)

Escalas	8	8b	S	C	P	A	H	N
Esquizoide	<b>0.63</b>	<b>0.71</b>	<b>0.79</b>	<b>0.64</b>	<b>0.68</b>	0.57	<b>0.62</b>	0.57
Evitativo	<b>0.72</b>	<b>0.90</b>	<b>0.91</b>	<b>0.79</b>	0.58	<b>0.70</b>	<b>0.72</b>	0.48
Dependiente	<b>0.71</b>	<b>0.82</b>	<b>0.73</b>	<b>0.68</b>	<b>0.62</b>	0.56	<b>0.62</b>	<b>0.61</b>
Histrionica	<b>0.68</b>	0.55	0.53	<b>0.60</b>	<b>0.72</b>	0.33	0.42	<b>0.89</b>
Narcisista	<b>0.60</b>	0.42	0.47	<b>0.50</b>	<b>0.83</b>	0.25	0.29	<b>0.76</b>
Antisocial	<b>0.80</b>	<b>0.65</b>	<b>0.62</b>	<b>0.78</b>	<b>0.74</b>	0.40	0.48	<b>0.75</b>
Agresivo	<b>0.88</b>	<b>0.76</b>	<b>0.67</b>	<b>0.82</b>	<b>0.77</b>	0.54	<b>0.60</b>	<b>0.74</b>
Compulsivo	<b>0.63</b>	0.52	0.55	0.50	<b>0.79</b>	0.34	0.40	<b>0.69</b>
Pasivoagresivo	1.00	<b>0.83</b>	<b>0.70</b>	<b>0.92</b>	<b>0.71</b>	<b>0.61</b>	<b>0.66</b>	<b>0.76</b>
Autoderrotista	<b>0.83</b>	1.00	<b>0.82</b>	<b>0.89</b>	0.59	<b>0.75</b>	<b>0.77</b>	<b>0.62</b>
Esquizotípica	<b>0.70</b>	<b>0.82</b>	1.00	<b>0.73</b>	<b>0.70</b>	<b>0.64</b>	<b>0.69</b>	0.55
Borderline	<b>0.92</b>	<b>0.89</b>	<b>0.73</b>	1.00	<b>0.60</b>	<b>0.73</b>	<b>0.76</b>	<b>0.71</b>
Paranoide	<b>0.71</b>	0.59	<b>0.70</b>	<b>0.60</b>	1.00	0.39	0.44	<b>0.72</b>
Ansiedad	<b>0.61</b>	<b>0.75</b>	<b>0.64</b>	<b>0.73</b>	0.39	1.00	<b>0.95</b>	0.49
Histeriforme	<b>0.66</b>	<b>0.77</b>	<b>0.69</b>	<b>0.76</b>	0.44	<b>0.95</b>	1.00	<b>0.56</b>
Hipomanía	<b>0.76</b>	<b>0.62</b>	0.55	<b>0.71</b>	<b>0.72</b>	0.49	0.56	1.00
Distimia	<b>0.73</b>	<b>0.86</b>	<b>0.73</b>	<b>0.87</b>	0.48	<b>0.90</b>	<b>0.88</b>	0.54
Dependencia de Alcohol	<b>0.82</b>	<b>0.74</b>	<b>0.65</b>	<b>0.85</b>	<b>0.63</b>	<b>0.63</b>	<b>0.64</b>	<b>0.78</b>
Abuso de Drogas	<b>0.81</b>	<b>0.64</b>	0.57	<b>0.80</b>	<b>0.66</b>	0.43	0.49	<b>0.82</b>
Pensamiento Psicótico	<b>0.74</b>	<b>0.84</b>	<b>0.90</b>	<b>0.80</b>	<b>0.69</b>	<b>0.72</b>	<b>0.75</b>	0.59
Depresión Mayor	<b>0.69</b>	<b>0.82</b>	<b>0.70</b>	<b>0.83</b>	0.41	<b>0.90</b>	<b>0.92</b>	0.51
Trastorno Delirante	0.56	0.50	<b>0.71</b>	0.46	<b>0.91</b>	0.32	0.37	<b>0.65</b>
Desebilidad Social	0.18	0.12	0.20	0.04	<b>0.52</b>	0.02	0.06	0.51
Autodescalificación	<b>0.76</b>	<b>0.88</b>	<b>0.78</b>	<b>0.88</b>	0.49	<b>0.92</b>	<b>0.92</b>	0.55
Validez	0.16	0.22	0.22	0.21	0.15	0.18	0.14	0.16

Tabla 9 (continuación)

Escalas	D	B	T	Ss	Cc	Pp	Y	Z	V
Esquizoide	<b>0.66</b>	<b>0.61</b>	0.56	<b>0.74</b>	<b>0.64</b>	<b>0.62</b>	0.33	<b>0.65</b>	0.21
Evitativo	<b>0.80</b>	<b>0.64</b>	0.53	<b>0.86</b>	<b>0.76</b>	0.52	0.07	<b>0.85</b>	0.22
Dependiente	<b>0.62</b>	<b>0.63</b>	0.57	<b>0.66</b>	<b>0.60</b>	0.53	0.41	<b>0.64</b>	0.22
Histrionica	0.40	<b>0.67</b>	<b>0.78</b>	0.49	0.36	<b>0.65</b>	<b>0.57</b>	0.42	0.19
Narcisista	0.33	0.57	<b>0.69</b>	0.46	0.25	<b>0.73</b>	<b>0.61</b>	0.31	0.15
Antisocial	0.53	<b>0.81</b>	<b>0.90</b>	<b>0.66</b>	0.46	<b>0.60</b>	0.26	0.54	0.22
Agresivo	<b>0.63</b>	<b>0.76</b>	<b>0.81</b>	<b>0.71</b>	0.57	<b>0.60</b>	0.29	<b>0.65</b>	0.21
Compulsivo	0.40	0.53	0.56	0.52	0.36	<b>0.70</b>	<b>0.69</b>	0.40	0.15
Pasivoagresivo	<b>0.73</b>	<b>0.82</b>	<b>0.81</b>	<b>0.74</b>	<b>0.69</b>	0.56	0.18	<b>0.76</b>	0.16
Autoderrotista	<b>0.86</b>	<b>0.74</b>	<b>0.64</b>	<b>0.84</b>	<b>0.82</b>	0.50	0.12	<b>0.88</b>	0.22
Esquizotípica	<b>0.73</b>	<b>0.65</b>	0.57	<b>0.90</b>	<b>0.70</b>	<b>0.71</b>	0.20	<b>0.78</b>	0.22
Borderline	<b>0.87</b>	<b>0.85</b>	<b>0.80</b>	<b>0.80</b>	<b>0.83</b>	0.46	0.04	<b>0.88</b>	0.21
Paranoide	0.48	<b>0.63</b>	<b>0.66</b>	<b>0.69</b>	0.41	<b>0.91</b>	0.52	0.49	0.15
Ansiedad	<b>0.90</b>	<b>0.63</b>	0.43	<b>0.72</b>	<b>0.90</b>	0.32	0.02	<b>0.92</b>	0.18
Histeriforme	<b>0.88</b>	<b>0.64</b>	0.49	<b>0.75</b>	<b>0.92</b>	0.37	0.06	<b>0.92</b>	0.14
Hipomania	0.54	<b>0.78</b>	<b>0.82</b>	0.59	0.51	<b>0.65</b>	0.51	0.55	0.16
Distimia	1.00	<b>0.71</b>	0.54	<b>0.81</b>	<b>0.96</b>	0.40	0.01	<b>0.96</b>	0.19
Dependencia de Alcohol	<b>0.71</b>	1.00	<b>0.87</b>	<b>0.71</b>	<b>0.65</b>	<b>0.52</b>	0.24	<b>0.71</b>	0.25
Abuso de Drogas	0.54	<b>0.87</b>	1.00	<b>0.63</b>	0.49	<b>0.55</b>	0.29	<b>0.56</b>	0.25
Pensamiento Psicótico	<b>0.81</b>	<b>0.71</b>	<b>0.63</b>	1.00	<b>0.76</b>	<b>0.67</b>	0.13	<b>0.83</b>	0.23
Depresión Mayor	<b>0.96</b>	<b>0.65</b>	0.49	<b>0.76</b>	1.00	0.34	-0.02	<b>0.95</b>	0.17
Trastorno Delirante	0.40	<b>0.52</b>	<b>0.55</b>	<b>0.67</b>	0.34	1.00	0.54	0.41	0.14
Desebilidad Social	0.01	0.24	0.29	0.13	-0.02	0.54	1.00	-0.03	0.17
Autodescalificación	<b>0.96</b>	<b>0.71</b>	0.56	<b>0.83</b>	<b>0.95</b>	0.41	-0.03	1.00	0.20
Validez	0.19	0.25	0.25	0.23	0.17	0.14	0.17	0.20	1.00

n= 183

1: Esquizoide  
2: Evitativo  
3: Dependiente  
4: Histrionica  
5: Narcisista  
6: Antisocial

6b: Agresivo  
7: Compulsivo  
8: Pasivo Agresivo  
S: Esquizotípica  
C: Borderline  
P: Paranoide

A: Ansiedad  
H: Histeriforme  
N: Hipomania  
D: Distimia  
B: Depn. Alcohol  
T: Abuso Drogas

Ss: Pto. Psicótico  
Cc: Depresión Mayor  
Pp: Trast. Delirante  
Y: Des. Social  
Z: Autodescalificación  
V: Validez

En cuanto a las correlaciones parciales, se reportan únicamente los resultados con un nivel de significancia mayor o igual .50. Puede observarse que las diferencias significativas se presentan sólo en las áreas Patrones Clínicos de Personalidad y Síndromes Clínicos; sin embargo, cabe señalar que las áreas Patología Severa de la Personalidad y Síndromes Severos también presentan diferencias aunque éstas no alcanzan el mínimo requerido (.50). El nivel de significancia más bajo (.51) es el obtenido por el par Evitativo- Antisocial controlado por Agresivo y el más elevado es el par Histrionica- Autoderrotista controlado por Agresivo (.99) (Ver Tabla 10).

**Tabla 10:** *Correlaciones parciales significativas de la Muestra A*

Correlaciones	Variable controlada	Nivel de significancia	Área
Evitativo - Narcisista	Compulsivo	0.56	Patrones  Clínicos de  personalidad
Evitativo- Antisocial	Agresivo	0.51	
Evitativo- Antisocial	Pasivo- Agresivo	0.84	
Evitativo- Compulsivo	Agresivo	0.89	
Evitativo- Compulsivo	Autoderrotista	0.91	
Dependiente- Narcisista	Compulsivo	0.78	
Histriónica- Autoderrotista	Agresivo	0.99	
Histriónica- Autoderrotista	Pasivo- Agresivo	0.60	
Narcisista-Pasivo- Agresivo	Agresivo	0.76	
Antisocial- Compulsivo	Agresivo	0.96	
Antisocial. Autoderrotista	Agresivo	0.52	
Antisocial- Autoderrotista	Pasivo- Agresivo	0.74	
Compulsivo-Pasivo- Agresivo	Agresivo	0.87	
Hipomania- Distimia	Dependencia de alcohol	0.62	Síndromes Clínicos

n= 183

Para medir la confiabilidad se utilizó el índice de Alpha de Cronbach. En la Tabla 11 puede observarse que los puntajes utilizando este método son elevados y oscilan entre .46 y .92, siendo la escala más alta la Escala Pp: Trastorno Delirante (.72) y la más baja la Escala V: Validez (.46),. Los índices de confiabilidad más altos fueron obtenidos por la Escala C: Borderline (.92) y Escala Z: Autodescalificación (.93).

En cuanto a la confiabilidad por sexos medida con las técnicas Alpha de Cronbach se puede observar que para el sexo femenino éstas son elevadas y van desde .68 (Escala 1: Esquizoide) y .69 (Escala Pp: Trastorno Delirante y Escala 7: Compulsivo) hasta .91 (Escala Cc: Depresión Mayor) y .93 (Escala C: Borderline), a excepción de la Escala V: Validez que obtiene una confiabilidad de .16, muy por debajo del promedio (Ver Tabla 12).

Para el sexo masculino los puntajes de confiabilidad son similares y fluctúan entre .54 (Escala V: Validez), .73 (Escala Pp: Trastorno Delirante) y .75 (Escala 1: Esquizoide) hasta .90 (Escala A: Ansiedad y Escala D: Distimia) y .93 (Escala Z: Autoderrotista) (Ver Tabla 13).

**Tabla 11:** Confiabilidad de las escalas del MCMI- II usando Alpha de Cronbach. Muestra A

Escala	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala 1: Esquizoide	35	0.73
Escala 2: Evitativo	41	0.84
Escala 3: Dependiente	37	0.78
Escala 4: Histriónica	38	0.79
Escala 5: Narcisista	37	0.78
Escala 6: Antisocial	45	0.83
Escala 6b: Agresivo	44	0.84
Escala 7: Compulsivo	38	0.74
Escala 8: Pasivo Agresivo	40	0.85
Escala 8b: Autoderrotista	40	0.88
Escala S: Esquizotípica	44	0.83
Escala C: Borderline	62	0.92
Escala P: Paranoide	44	0.82
Escala A: Ansiedad	25	0.89
Escala H: Histeriforme	31	0.87
Escala N: Hipomanía	37	0.82
Escala D: Distimia	36	0.90
Escala B: Dependencia de Alcohol	46	0.84
Escala T: Abuso de Drogas	58	0.87
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	33	0.84
Escala Cc: Depresión Mayor	30	0.89
Escala Pp: Trastorno Delirante	22	0.72
Escala Y: Deseabilidad Social	23	0.71
Escala Z: Autodescalificación	46	0.93
Escala V: Validez	4	0.46

n=183

**Tabla 12:** Confiabilidad de las escalas del MCMI- II usando Alpha de Cronbach para el sexo femenino. Muestra A

Escala	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala 1: Esquizoide	35	0.68
Escala 2: Evitativo	41	0.83
Escala 3: Dependiente	37	0.73
Escala 4: Histriónica	38	0.74
Escala 5: Narcisista	37	0.77
Escala 6: Antisocial	45	0.83
Escala 6b: Agresivo	44	0.83
Escala 7: Compulsivo	38	0.69
Escala 8: Pasivo Agresivo	40	0.85
Escala 8b: Autoderrotista	40	0.88
Escala S: Esquizotípica	44	0.82
Escala C: Borderline	62	0.93
Escala P: Paranoide	44	0.80
Escala A: Ansiedad	25	0.89
Escala H: Histeriforme	31	0.87
Escala N: Hipomanía	37	0.80
Escala D: Distimia	36	0.90
Escala B: Dependencia de Alcohol	46	0.81
Escala T: Abuso de Drogas	58	0.83
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	33	0.83
Escala Cc: Depresión Mayor	30	0.91
Escala Pp: Trastorno Delirante	22	0.69
Escala Y: Deseabilidad Social	23	0.67
Escala Z: Autoderrotista	46	0.94
Escala V: Validez	4	0.16

n= 183

**Tabla 13:** Confiabilidad de las escalas del MCMI- II usando Alpha de Cronbach para el sexo masculino. Muestra A

Escala	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala 1: Esquizoide	35	0.75
Escala 2: Evitativo	41	0.85
Escala 3: Dependiente	37	0.80
Escala 4: Histriónica	38	0.81
Escala 5: Narcisista	37	0.80
Escala 6: Antisocial	45	0.85
Escala 6b: Agresivo	44	0.84
Escala 7: Compulsivo	38	0.77
Escala 8: Pasivo Agresivo	40	0.84
Escala 8b: Autoderrotista	40	0.89
Escala S: Esquizotípica	44	0.84
Escala C: Borderline	62	0.92
Escala P: Paranoide	44	0.83
Escala A: Ansiedad	25	0.90
Escala H: Histeriforme	31	0.87
Escala N: Hipomanía	37	0.82
Escala D: Distimia	36	0.90
Escala B: Dependencia de Alcohol	46	0.85
Escala T: Abuso de Drogas	58	0.88
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	33	0.84
Escala Cc: Depresión Mayor	30	0.88
Escala Pp: Trastorno Delirante	22	0.73
Escala Y: Deseabilidad Social	23	0.68
Escala Z: Autoderrotista	46	0.93
Escala V: Validez	4	0.54

*n*= 183

Al hacer la distinción según la condición de los pacientes (Hospitalizados o Ambulatorios) se puede observar que los puntajes de confiabilidad que se atienden por consulta externa son también altos. Usando el método de Alpha de Cronbach éstos oscilan de .59 (Escala V: Validez) y .66 (Escala Pp: Trastorno Delirante) a .93 (Escala C: Borderline) y .94 (Escala Z: Autoderrotista) (Ver Tabla 14).

**Tabla 14:** *Confiabilidad de las escalas del MCMI- II usando Alpha de Cronbach, condición ambulatoria. Muestra A*

Escala	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala 1: Esquizoide	35	0.71
Escala 2: Evitativo	41	0.85
Escala 3: Dependiente	37	0.77
Escala 4: Histriónica	38	0.80
Escala 5: Narcisista	37	0.78
Escala 6: Antisocial	45	0.84
Escala 6b: Agresivo	44	0.85
Escala 7: Compulsivo	38	0.74
Escala 8: Pasivo Agresivo	40	0.87
Escala 8b: Autoderrotista	40	0.89
Escala S: Esquizotípica	44	0.82
Escala C: Borderline	62	0.93
Escala P: Paranoide	44	0.82
Escala A: Ansiedad	25	0.89
Escala H: Histeriforme	31	0.88
Escala N: Hipomanía	37	0.84
Escala D: Distimia	36	0.91
Escala B: Dependencia de Alcohol	46	0.85
Escala T: Abuso de Drogas	58	0.88
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	33	0.83
Escala Cc: Depresión Mayor	30	0.90
Escala Pp: Trastorno Delirante	22	0.66
Escala Y: Deseabilidad Social	23	0.68
Escala Z: Autoderrotista	46	0.94
Escala V: Validez	4	0.59

*n* = 183

Para la condición Hospitalizados los índices del Alpha de Cronbach van de .64 (Escala V: Validez) y .76 (Escala 1: Esquizoide a .89 (Escala A: Ansiedad y Escala D: Dsitimia) (Ver Tabla 15).

Adicionalmente se realizaron las correlaciones Item/Test para la muestra total. Si bien estos resultados son reportados en el Anexo D, no se procedió a eliminar ningún ítem con correlación negativa por encontrarse fuera de la metodología utilizada.

**Tabla 15:** Confiabilidad de las escalas del MCMI- II usando Alpha de Cronbach, condición hospitalización

Escala	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala 1: Esquizoide	35	0.76
Escala 2: Evitativo	41	0.83
Escala 3: Dependiente	37	0.77
Escala 4: Histriónica	38	0.75
Escala 5: Narcisista	37	0.80
Escala 6: Antisocial	45	0.80
Escala 6b: Agresivo	44	0.81
Escala 7: Compulsivo	38	0.74
Escala 8: Pasivo Agresivo	40	0.79
Escala 8b: Autoderrotista	40	0.86
Escala S: Esquizotípica	44	0.86
Escala C: Borderline	62	0.90
Escala P: Paranoide	44	0.81
Escala A: Ansiedad	25	0.89
Escala H: Histeriforme	31	0.85
Escala N: Hipomanía	37	0.77
Escala D: Distimia	36	0.89
Escala B: Dependencia de Alcohol	46	0.84
Escala T: Abuso de Drogas	58	0.84
Escala Ss: Pensamiento Psicótico	33	0.85
Escala Cc: Depresión Mayor	30	0.88
Escala Pp: Trastorno Delirante	22	0.79
Escala Y: Deseabilidad Social	23	0.67
Escala Z: Autoderrotista	46	0.92
Escala V: Validez	4	0.64

*n*= 183

En relación a los puntajes obtenidos en las distintas escalas se observa que el más alto fue en la Escala C: Borderline ( $M=45,66$ ;  $DE=20,97$ ), seguida por la Escala 8: Pasivo-Agresivo ( $M=40,45$ ;  $DE=14,89$ ) y la Escala T: Abuso de Drogas ( $M=40,00$ ;  $DE=15,08$ ). Los puntajes más bajos se encontraron en la Escala Pp: Trastorno Delirante ( $M= 19.54$ ;  $DE= 7.45$ ) y en la Escala Ss: Pensamiento Psicótico ( $M= 22.73$ ;  $DE= 11.36$ ) (Ver Tabla 16).

**Tabla 16:** Puntajes obtenidos por la Muestra A en las escalas del MCMI- II

Escalas	Mínimo	Máximo	M	DE
Esquizoide	3.00	55.00	28.87	8.58
Evitativo	2.00	69.00	30.79	13.81
Dependiente	1.00	61.00	32.16	10.22
Histriónica	2.00	63.00	33.97	11.54
Narcisista	0.00	62.00	36.62	11.51
Antisocial	0.00	78.00	36.92	13.70
Agresivo	1.00	77.00	38.09	13.79
Compulsivo	4.00	63.00	39.85	9.57
Pasivoagresivo	3.00	82.00	40.45	14.89
Autoderrotista	0.00	71.00	29.91	14.58
Esquizotípica	2.00	73.00	31.05	14.00
Borderline	3.00	93.00	45.66	20.97
Paranoide	2.00	72.00	39.63	12.50
Ansiedad	0.00	43.00	19.83	11.86
Histeriforme	0.00	47.00	21.99	12.02
Hipomanía	2.00	55.00	30.13	10.59
Distimia	1.00	66.00	30.81	16.88
Dependencia de Alcohol	1.00	63.00	28.10	10.92
Abuso de Drogas	1.00	86.00	40.00	15.08
Pensamiento Psicótico	0.00	56.00	22.73	11.36
Depresión Mayor	1.00	54.00	22.44	13.32
Trastorno Delirante	0.00	38.00	19.54	7.45
Desebilidadsocial	0.00	22.00	14.84	3.89
Autodescalificacion	0.00	44.00	18.84	10.94
Validez	0.00	2.00	0.17	0.50

n= 183

En relación a los resultados hallados en la Muestra B se observa que los puntajes más altos obtenidos fueron en las escalas Narcisista ( $M= 87.32$ ;  $DE= 22.60$ ), Evitativa ( $M=80.52$ ;  $DE= 18.71\%$ ), Paranoide ( $M= 79.32$ ;  $DE= 16.92$ ) y Borderline ( $M= 78.94$ ;  $DE= 24.37$ ). Los puntajes más bajos se observan en las escalas Ansiedad ( $M= 55.39$ ;  $DE= 32.80$ ), Dependencia de Alcohol ( $M= 57.58$ ;  $DE=17.28$ ) y Depresión Mayor ( $M=58.42$ ;  $DE= 23.56$ ) (Ver tabla 17). Esto guarda relación con los diagnósticos de hospitalización dados por el médico de emergencia al momento de su internamiento. En la Tabla 18 se reportan estos diagnósticos y puede observarse que los principales fueron Trastorno de Personalidad Borderline ( $n= 14$ , 45.2%) y Depresión Mayor ( $n=12$ , 38.7%).

Del total de la Muestra B, 29 pacientes (74%) fueron internados por intento de suicidio, al margen de sus diagnósticos de hospitalización. Los principales motivos por

los cuales estas personas decidieron atentarse contra su vida fueron: Problemas con la pareja (14) y Problemas con algún familiar (9), tal como se detalla en la Tabla 19.

**Tabla 17:** Puntajes obtenidos en las escalas del MCMI- II por la Muestra B

Escalas	Mínimo	Máximo	M	DE
Evitativo	46	118	80.52	18.71
Dependiente	24	105	76.77	21.20
Histrionico	25	109	76.16	18.31
Narcisista	39	121	87.32	22.62
Antisocial	57	112	76.45	14.25
Agresivo	42	109	74.97	14.00
Compulsivo	38	93	74.42	13.75
Pasivoagresivo	0	121	75.10	26.67
Autoderrotista	25	121	76.10	24.46
Esquizotípico	48	125	75.97	21.28
Borderline	42	125	78.94	24.37
Paranoide	53	110	79.32	16.92
Ansiedad	6	107	55.39	31.80
Histeriforme	32	128	63.58	18.11
Hipomanía	8	115	62.81	18.56
Distimia	2	130	62.29	33.78
Dependencia de Alcohol	15	103	57.58	17.28
Abuso de Drogas	34	89	65.03	13.52
Pensamiento Psicótico	38	98	64.52	13.93
Depresión Mayor	10	115	58.42	23.56
Trastorno Delirante	45	94	67.39	11.48

*n*= 31

**Tabla 18:** Diagnósticos de hospitalización de la Muestra B

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de personalidad borderline	14	45.2
Depresión mayor	12	38.7
Esquizofrenia	2	6.5
Otros	3	9.6
Total	31	100

*n*= 31

**Tabla 19:** Motivo de intento de suicidio. Muestra B

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Problemas con la pareja	14	48
Problemas con algún familiar	9	31
Baja autoestima	3	10.5
Problemas económicos	3	10.5
Total	29	100

*n*= 31

## Capítulo 4

### Discusión

En el siguiente capítulo se presenta la discusión de los resultados hallados en relación al Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI-II) aplicado a una muestra de pacientes internados y ambulatorios que se atienden en dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana. Primero son analizados los resultados correspondientes a la Muestra A y luego se pasa a discutir los resultados complementarios obtenidos de la sub- muestra, denominada Muestra B.

#### *Muestra A:*

A continuación se discuten los resultados hallados en relación a la validez interna del MCMI-II.

En cuanto a los puntajes de la correlación de Pearson, se observa que en líneas generales existe una relación significativa entre Síntomas Clínicos (Eje I) y personalidad (Eje II), cumpliéndose lo reportado en otros estudios de investigación realizados. En la misma línea de las teorías revisadas, se observa correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados tales como Depresión Mayor- Distimia: .96, Autodescalificación- Distimia: .96, Autodescalificación- Depresión Mayor: .95 y Pasivo Agresivo- Borderline: .92; así como correlaciones cercanas a cero en constructos no relacionados como por ejemplo Histriónica- Evitativo: .35, Histeriforme- Narcisista: .29, Ansiedad- Narcisista: .25, y Esquizotípica- Deseabilidad Social: .20. Estos resultados son congruentes con el principio de construcción del

inventario, el mismo que fue elaborado dentro del modelo biopsicosocial de Millon. El autor plantea que los síndromes clínicos pueden ser entendidos en el contexto del estilo de personalidad del paciente y de su interacción con el medio social actual (Millon, 1998 a). Es decir, la transacción entre el Eje II (personalidad) y el Eje IV (ambiente) produce el Eje I (síntomatología clínica). En este sentido, lo que se valora no son las enfermedades sino los contextos que transforman el significado de los síntomas (Millon, 1998 a).

Los resultados obtenidos nos permiten plantear la congruencia del formato multiaxial que requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto más amplio del paciente, sino que por el contrario sea evaluado y entendido como una entidad en la que co-existen diferentes ejes. Estos hallazgos nos dan mayores herramientas para corroborar que no se puede entender a una persona como un sujeto en el que trastornos clínicos y de personalidad se dan de manera aislada y sin ninguna relación. Sólo de esta manera se puede, según palabras del autor, comprender mejor las formas más atípicas y variadas de la psicopatología de los pacientes (Millon, 1998 b).

Sin embargo, a pesar de este hallazgo que refiere una validez interna satisfactoria de las escalas clínicas, puede observarse que la escala V: Validez no correlaciona con ninguna otra escala del inventario, ni siquiera con las que involucran trastorno del pensamiento. Se supone que ésta fue construida precisamente con la finalidad de poder detectar pacientes que por su grado de delusión no deberían ser evaluados por este inventario; sin embargo, los datos obtenidos nos hacen reflexionar al respecto.

Este resultado permite cuestionar la premisa que la escala V: Validez permita al clínico tomar la decisión de qué inventario es el que está siendo contestado de una manera aleatoria y que sea, como lo dice el manual del instrumento, altamente sensible a los pacientes descuidados o mentalmente confusos (Millon, 1998 a). El

análisis de esta escala será continuado en las siguientes páginas junto con el análisis de su confiabilidad.

En relación a las correlaciones parciales, puede observarse que de las cuatro áreas del MCMI-II, las que están siendo afectadas por la influencia de una tercera variable son Patrones Clínicos de Personalidad y Síndrome Clínicos. En la primera, las escalas Pasivo- Agresivo y Agresivo afectan significativamente numerosas correlaciones lineales. El nivel de significancia más elevado lo obtiene el par Histriónica –Autoderrotista influido por Agresivo (.99) lo cual guarda relación con la teoría que plantea que el prototipo histriónico es una personalidad con una autoimagen empobrecida y dependiente que muchas veces puede llegar a tener un estilo cognitivo pesimista. La búsqueda constante de obtener la atención del entorno puede llevar a estos sujetos a presentar conductas destructivas con ellos mismos o con su medio (Millon, 1998). En la segunda, la variable Dependencia de alcohol estaría afectando la correlación Hipomanía – Distimia. Estos son los 2 polos del Trastorno Bipolar, la alta significancia (.62) se explicaría entonces por la comorbilidad que menciona el DSM- IV TR entre este diagnóstico y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (DSM IV- TR, 2002). Esto nos hace plantear que las escalas, tal como lo menciona la teoría, estarían relacionadas con las demás del área a la que pertenecen y que las delimitaciones entre sí no estarían completamente claras (Millon, 1998).

En esta investigación se ha incluido también un análisis factorial utilizando el método Oblimin dado que se está trabajando con el inventario dividido en escalas. La finalidad del análisis fue confirmar mediante esta técnica la estructura teórica propuesta por Millon. Se observa, tras analizar los resultados, que las cargas factoriales de las matrices arrojadas son significativas según lo planteado por Hair, Anderson, Tatham y Black (1999). Los autores establecen un punto de corte de .45 teniendo en cuenta el tamaño muestral con el que se está trabajando y esto se logra; sin embargo, tanto en la matriz correspondiente a la muestra general, como en la que se hace la distinción por sexos se obtiene que la estructura factorial de nuestra

muestra no es semejante a la de la muestra estadounidense ni a la española (Millon, 1994). Las posibles explicaciones para que se dé este escenario pueden ser, en primer lugar, las diferencias culturales que existen entre estas tres poblaciones. Los pacientes que acuden a una institución pública de salud mental en Lima son generalmente gente de escasos recursos económicos, que viven en los conos de la ciudad (en algunos casos vienen de provincia únicamente para su control) y que no cuentan con un nivel educativo adecuado. Esta premisa nos lleva a plantear si los ítems y las instrucciones están siendo comprendidos en su totalidad por la mayoría de la población a la que va dirigido. Se puede suponer además que, a pesar que en ambas instituciones se tiene la modalidad de completar el inventario de manera anónima, las respuestas tendenciosas marcadas por la deseabilidad social podrían estar presentes así como el efecto de aquiescencia. De la misma manera es significativo resaltar que el número de la muestra de este estudio es mucho menor que la trabajada en España y Estados Unidos, lo cual puede también explicar la diferencia en cuanto a número de factores.

La matriz factorial de nuestra muestra estaría sugiriendo en líneas generales, que efectivamente existe una estructura factorial asociada a un grupo de pacientes psiquiátricos, pero que, sin embargo, no es similar a la encontrada en la población norteamericana y española. Dado que el número de factores señalado para la prueba original no se adecúa a nuestra muestra, se asume que ésta debería ser revisada pues no debería estar siendo utilizada en nuestro medio sin realizar una estandarización previa.

En cuanto a la fiabilidad se observa que 16 de las 22 escalas clínicas del MCMI- II están por encima del .80, lo cual nos lleva a plantear que la consistencia del test es adecuada para las escalas clínicas, tanto para la muestra total como haciendo la distinción por sexos y condición. La confiabilidad peruana es similar a la española, aunque ligeramente menos elevada, lo que es de esperarse en un instrumento que recién se empieza a estudiar en nuestro país.

Es importante mencionar que el número de la muestra fue elevado ( $n=183$ ) y esto puede estar predisponiendo índices de confiabilidad altos. Sin embargo, se asume que, dados los hallazgos equivalentes que se han obtenido en estudios de confiabilidad previos en España y Estados Unidos (Millon, 1998 a; Millon 1998 b), este resultado no es el reflejo del azar sino del procedimiento de desarrollo de las escalas que se construyeron para que estuvieran en armonía con la naturaleza multidimensional de la teoría que les sirve de base.

Todo esto permite plantear que la confiabilidad basada en la consistencia interna es apropiada en todas las escalas clínicas, pues inclusive los puntajes más bajos son todavía satisfactorios. Sin embargo, en la escala V: Validez, correspondiente al grupo de escalas de validez, se obtiene una confiabilidad baja para la población general (.46) y ésta disminuye para el sexo femenino llegando a un puntaje de .16, muy por debajo del .5 recomendado (Cohen, 1988).

Los resultados insatisfactorios que obtiene la escala V: Validez en las pruebas de Validez Interna y Confiabilidad, plantean cuestionamientos sobre todo porque ningún estudio del Inventario Clínico Multiaxial de Millon realizado con anterioridad reporta los resultados obtenidos en las escalas de validez (confirmados por Y: Deseabilidad Social, Z: Autodescalificación y V: Validez). Esta situación genera entonces la pregunta cuál es la validez y confiabilidad de las escalas de validez en la versión original en inglés del inventario y de su adaptación en castellano hecha en España.

El Manual del MCMI- II da un máximo de 1 punto en la escala V: Validez para considerar un protocolo válido (Millon, 1998 a). En esta investigación este requisito fue un problema, pues cerca del 30% de nuestra muestra debió ser rechazada por no cumplir con el criterio. Alrededor de 50 protocolos tenían puntajes por encima del máximo requerido y no fueron analizados, utilizándose sí los de validez cuestionable en un afán de no tener mayor pérdida muestral. Sin embargo, en la práctica clínica los psicólogos que usan el MCMI- II en hospitales y otras instituciones de salud,

conscientes de este inconveniente sí analizan de manera cualitativa los protocolos considerados como “Inválidos” según el Manual, pues se asume que esta escala no es representativa para nuestra población y arroja puntajes más elevados que los encontrados en la muestra norteamericana y española.

Se plantea entonces la hipótesis, según los datos obtenidos en la investigación y de acuerdo con los hallazgos encontrados en la práctica clínica diaria, que la escala de Validez no resulta válida ni confiable para este grupo investigado. Esta debe ser estudiada a profundidad a fin de establecer una nueva baremación que se adecúe a la realidad de la población peruana.

Asimismo, en esta investigación se presentan los puntos máximos y mínimos obtenidos por la muestra en el MCMI- II a pesar de las dificultades en cuanto a validez y confiabilidad que se presentan en la escala Validez. Luego de analizar estos se observa que, en general, los puntajes del grupo de pacientes peruanos son semejantes a los de la muestra española y estadounidense hallados en anteriores investigaciones (Millon, 1998; Aparicio y Sánchez López, 1999); sin embargo, se aprecia que, a pesar de los perfiles similares, las medias peruanas son ligeramente más altas en casi todas las escalas.

Los puntajes obtenidos por la muestra en la prueba son consistentes con la naturaleza de la misma. Dado que los participantes son personas que reciben un tratamiento psiquiátrico (122 de manera ambulatoria y 61 hospitalizados) en una Institución de Salud Mental, es esperable encontrar puntajes altos en todas las escalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, siendo los más altos los que se observan en las escalas C: Boderline, 8: Pasivo Agresivo y T: Abuso de Drogas.

La razón para que las elevaciones estén precisamente en estas escalas puede estar en que, según estudios realizados anteriormente, el Trastorno de Personalidad Borderline es el trastorno de personalidad más común entre la población clínica; sin embargo, por la heterogeneidad del mismo éste no es siempre diagnosticado (Molina, Carrasco, Pérez y Sánchez, 2002). Bateman y Fonagy (2004) mencionan en su libro

Psychotherapy for Borderline Personality Disorder que la prevalencia de este trastorno es entre 0.2 y 1.8% en población general; sin embargo, esta cifra se eleva si se muestrea en hospitales de salud mental. Los autores refieren que entre pacientes ambulatorios el Trastorno de Personalidad Borderline se encuentra en 11% de éstos, la cifra aumenta hasta a un 20% si la condición de la muestra es hospitalizada.

Asimismo es relevante mencionar que los resultados obtenidos se relacionan con estudios que se refieren al consumo de sustancias psicoactivas como un problema que en nuestro país viene creciendo año tras año (CEDRO, 2004). Según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental publicado por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el 2002, se habla que 71.6% de la población adulta de Lima Metropolitana ha usado alguna vez en su vida un tipo de sustancias no alcohólicas, ya sea legales o ilegales y el 7.8% ha probado algún tipo de sustancias no alcohólicas ilegales. Otra investigación realizada en nuestro país por Contradrogas señala que entre la población de 12 a 50 años de edad, el 0.6% son dependientes a la pasta básica de cocaína, 0.1% tendrían adicción a la marihuana, el abuso de cocaína y alguna sustancia inhalante como el terokal obtiene también 0.1% (Saavedra, 2003). Es importante resaltar además que el diagnóstico clínico de Consumo de Sustancias está muy asociado con el Trastorno de Personalidad Borderline (Molina et al., 20002; Bateman y Fonagy, 2004; Paris, 2005).

Los puntajes menores son hallados en el área correspondiente a los Síndromes Clínicos Severos, específicamente en las escalas Pp: Trastorno Delirante y Ss: Pensamiento Psicótico, es decir condiciones diagnósticas que requieren internamiento y de donde procede la minoría de nuestra muestra. Estos hallazgo coinciden con recientes investigaciones realizadas en Lima y Callao en las cuales se halla que sólo el 0.5% de la población se encuentra afectada por un tipo de trastorno psicótico (Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002).

*Muestra B:*

La muestra analizada para esta parte del estudio corresponde en su totalidad a pacientes hospitalizados. Se observa que el 71% de ellos tienen edades comprendidas entre los 17 y 24 años, encontrándose dentro de la adolescencia tardía y la adultez temprana (Papalia, 2005). La mayoría tiene secundaria completa y son estudiantes de educación técnica o superior lo cual guarda relación con la edad.

Los diagnósticos de hospitalización más frecuentes asignados en el Servicio de Emergencia de estas Instituciones fueron el Trastorno de Personalidad Borderline y el Trastorno de Depresión Mayor. Ambos suman 83.9%, es importante resaltar en este punto que la razón de internamiento de la mayoría de los pacientes de la Muestra B (74%) fue intento de suicidio y, según el DSM IV- TR (2002), la conducta parasuicida, o intento de atentar contra la propia vida, es considerado como un criterio diagnóstico de ambos desórdenes. Estos resultados se asemejan a lo encontrado en investigaciones previas hechas en Lima con muestra parasuicida, las mismas que señalan el estrecho vínculo entre intento de suicidio- trastornos de personalidad (especialmente trastorno de personalidad borderline) y trastorno de adaptación (Vásquez, 1998; Anticona, Uscata, Fuentes y Aguire, 1999).

El Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi al respecto menciona en el Estudio Epidemiológico Metropolitano que 5.2% de la población adulta (mayores de 18 años) ha intentado suicidarse alguna vez en su vida. En cuanto a los motivos por los cuales las personas intentan quitarse la vida resaltan en ese estudio los problemas con la pareja, contrariedades económicas y dificultades con los padres (Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002), panorama similar al que se encontró en esta investigación donde 14% del total de suicidas intentó quitarse la vida. Ellos argumentaron problemas con la pareja y 9%, dificultades con los padres, aunque el motivo "Baja autoestima" que sí fue hallado en la Muestra B, no ha sido reportado con anterioridad por el Estudio Epidemiológico sugiriéndose que sea un tema para investigar más a profundidad en un futuro.

En este trabajo gran parte de la muestra (71%) es soltera. Este resultado tiene relación con los diagnósticos de hospitalización, pues las investigaciones reafirman que la carencia de pareja estable, así como de un trabajo fijo (9.7% se encuentra desocupado) es un factor de riesgo para presentar una conducta suicida y/o síntomas depresivos. (Pereyra, Cristancho, Criales y Sánchez, 2002; Pirkis, Burgess y Jolley, 2002; Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002). Lo antes mencionado podría explicarse dentro de las teorías del desarrollo de Erikson, quien menciona que el enamorarse es parte de la búsqueda de la identidad y madurez. A través de las otras personas el adolescente tiene la oportunidad de explorarse a sí mismo (Coleman, 2003). En este sentido, al ser el enamoramiento una parte integral de la experiencia del adolescente y del joven, se podría plantear que la carencia de una pareja o problemas con ésta originen sentimientos de vacío y/o tristeza que pueden desencadenar en deseos de atentar contra la vida.

Por otro lado, en cuanto a las contrariedades con los progenitores, éstas se producen por lo que algunos autores llaman “vacío intergeneracional” entre padres e hijos (Coleman, 2003). Los primeros quieren que los segundos sean independientes, pero les resulta difícil darles esa independencia que ellos reclaman lo cual genera una tensión que muchas veces desencadena en conflictos familiares (Papalia, 2005).

La situación económica también influye en estas relaciones y la pobreza perjudica el desarrollo de los adolescentes debido a la repercusión que ejerce en el estado emocional de los padres. West y Sweeting (1996), afirman que la incidencia de enfermedades mentales ha aumentado entre los adolescentes y jóvenes a medida que ellos han desarrollado un sentimiento de no tener futuro (En Coleman, 2003). El elevado nivel de desempleo juvenil continuado que existe en nuestro país, así como en otros países latinoamericanos, se percibe como un problema social para el que aún no se ha encontrado solución y es vivido por el adolescente o joven como una situación angustiante.

En relación a los patrones clínicos de personalidad se observa que las personalidades narcisista y evitativa aparecen como indicadores elevados. En este punto es importante señalar que el adolescente, por la etapa del desarrollo en la que se encuentra, está inmerso en un egocentrismo propio de su edad, que podría confundirse con narcisismo y que lo lleva a suponer que si él está preocupado con un pensamiento, los demás también deben tener la misma inquietud (Elkind, 1967 en Coleman, 2003). Sin embargo, a pesar de esta salvedad, los resultados estarían haciendo referencia a individuos centrados en sí mismos, con actitudes egoístas y que tienen dificultades para postergar el placer. Ellos se distancian siempre de la anticipación ansiosa y de los aspectos dolorosos de la vida; a pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal (Millon, 1998).

A manera de cuestionamiento se plantea si estos resultados obtenidos estarían siendo influenciados por los tiempos que vivimos en los que las personas son más individualistas y preocupadas por conseguir su propio placer. En esta misma línea, Lipovotsky (2002) menciona que el narcisismo se ha convertido en los últimos años en uno de los temas centrales de la cultura. Actualmente, sobre todo en las sociedades occidentales, el proceso de individualismo ha promovido como valor fundamental la realización personal dejando de lado en muchas ocasiones el sentido filantrópico. El ideal moderno de subordinación de lo individual a las reglas racionales colectivas ha ido desaparecido con el correr del tiempo.

Por otro lado, los tipos de personalidad antisocial, dependiente, histriónica y autoderrotista aparecen como indicadores moderados coincidiendo con los reportes previos que relacionan hostilidad, proclividad a la actuación de impulsos e irritabilidad con intentos de suicidio (Youseff, 2004; Oquendo, Brent y Brimaher, 2005) y con otros estudios que mencionan que atributos como la pasividad, el pesimismo, la baja autoestima, la agresividad e inmadurez y una tendencia a la búsqueda de sensaciones están asociados a los intentos suicidas (Heerlein, 2002).

La aparición de la personalidad paranoide como patología severa de la personalidad se explicaría por las características vigilantes de la muestra y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Estas personas, que como se ha visto son hostiles, pesimistas y con baja autoestima, son muy sensibles a las opiniones de los demás, razón por la que se encuentran más alertas a ellas anticipando rechazos y desprecios. Estos resultados se relacionan con lo encontrado en población general en el Estudio Epidemiológico Metropolitano donde la desconfianza entre la población adulta es marcada (Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2002). La investigación señala que la seguridad que las personas perciben de su entorno es importante para la salud mental de esos individuos; sin embargo, en nuestra sociedad, dados los acontecimientos nacionales que se vivieron en los últimos años, las personas no sienten confianza en sus autoridades políticas o policiales, en sus vecinos ni en los medios de comunicación pues todos ellos fallaron en algún momento. Esto podría estar ocasionando un estado general de paranoia donde se debe estar a la defensiva la mayor parte del tiempo como una estrategia de supervivencia y nos llevaría a reflexionar sobre el bienestar psicológico de las personas.

La personalidad borderline, que es la segunda que aparece como moderadamente significativa, está relacionada con la inestabilidad, labilidad emocional y búsqueda de sensaciones (Millon, 1998; Ravndal y Vaglum, 1999; Oquendo, Brent y Brimaher, 2005) y guarda relación con los diagnósticos de hospitalización dados por el Servicio de Emergencia del hospital donde se muestreó al igual que con la alta tasa de intentos de suicidio detectados. Las personas con rasgos de personalidad borderline perciben su tentativa de muerte como no letal, con una alta probabilidad de ser rescatados y, por lo tanto, con menos certeza de muerte (Stanley et al. 2001, en Bateman y Fonagy, 2004), lo cual hace que estos sujetos recurran repetidas veces a los intentos de suicidio en una búsqueda de su autoafirmación (Bateman y Fonagy, 2004).

El análisis de este estudio, a la luz de la teoría de Millon, lleva a plantear que una identificación adecuada y un tratamiento oportuno de los trastornos mentales, tanto en el eje I como en el eje II, es una importante estrategia de prevención secundaria que debemos asumir como personal de la salud. Esta medida nos permitirá colaborar en la reducción del estigma que hay hacia las personas que presentan algún trastorno mental diagnosticado dejando de verlos como sólo un caso clínico. Comprenderlos como personas cuyos patrones de personalidad están influyendo en la configuración de un determinado cuadro psicopatológico y entender que ambas condiciones no pueden tratarse por separado es una labor que debemos emprender en todo momento con nuestros pacientes.

El compromiso es de los profesionales clínicos para realizar diagnósticos adecuados que permitan realizar una intervención a tiempo con la finalidad de evitar el deterioro de la problemática psicopatológica. Autoevaluarnos constantemente sobre si estamos haciendo lo suficiente para colaborar en la prevención de la salud mental debería ser una tarea que asumamos más a menudo, así como seguir aunando esfuerzos para continuar realizando estudios que acerquen a nuestra realidad los inventarios diagnósticos que a diario usan los profesionales en el ámbito clínico.

Este trabajo ha permitido acercarnos a los criterios de validez y confiabilidad del MCMI- II en un grupo de pacientes de dos hospitales de salud mental en Lima. Sin embargo, al ser el primero que se realiza en nuestro medio, presenta algunas limitaciones tales como el número relativamente pequeño de la muestra total y la proporción no equivalente entre pacientes ambulatorios y hospitalizados (2:1). La recomendación para futuras investigaciones sería poder contar con una muestra más grande y que el número de participantes sea similar entre la distintas condiciones.

Otra de las limitaciones halladas fue que no se obtuvieron los datos sociodemográficos de la Muestra A debido a las condiciones de muestreo retrospectivo. El haber tenido múltiples evaluadores en 2 instituciones diferentes también plantea a su vez la dificultad de no haber podido estandarizar la consigna al

aplicar el instrumento a los participantes. Poder contar con una ficha sociodemográfica para la muestra general puede enriquecer los resultados brindando a los investigadores más datos sobre la muestra analizada; asimismo uniformizar los criterios de aplicación del instrumento entre los distintos evaluadores permitiría controlar variables extrañas que podrían estar influyendo en los resultados.

Se sugiere continuar los estudios de las escalas de validez a profundidad. Analizar protocolos que superan el corte mínimo sugerido por el Manual del MCMI- II, podría resultar interesante con el objetivo de establecer un nuevo puntaje máximo para considerar un protocolo como válido.

Aunque este trabajo es sólo un acercamiento inicial al Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II en nuestro medio, se espera que sea el primero de futuros intentos por hacer cada vez más útiles y accesibles las pruebas disponibles para la evaluación de la personalidad patológica pues esta es una población que ha sido abandonada por la investigación durante mucho tiempo.

## Referencias Bibliográficas

- Anastasi, A. (1998). *Test Psicológicos*. México: D.F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Anticona, C; Uscata, L; Fuentes, M. y Aguirre, E. (1999). Epidemiología de los intentos de suicidio: Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera. *Archivos peruanos de Psiquiatría y Salud Mental. Revista Oficial del Hospital Víctor Larco Herrera* 3(1), 11-22.
- Aparicio, M. (2001). *Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral*. Memoria presentada para optar al grado de Doctor. Facultad de Educación, Departamento de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Aparicio, M. & Sánchez-López, M. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del Inventario de Millon de Estilos de Personalidad. *Anales de Psicología*, 15 (2), 199-211.
- Basson, C. (2001). Personality and Behavior Associated with Excessive Dependence on Exercise: Some Reflections from Research. *South Africa Journal of psychology*, 31(2), 53-60.
- Bateman, A; Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Oxford University Press Inc.

- Bolignini, M; Laget, J; Plancherel, B; Stéphan, P; Corcos, M & Halfon O. (2002). Drug Use and Suicide Attempts: The Role of Personality Factors. *Substance Use & Misuse*, 37(3), 337-356.
- Campbell, J & Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carver, Ch & Scheier, M (1997). *Teorías de la personalidad*. México D.F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Cassaretto, M. (1999). *Adaptación del inventario de personalidad Neo Revisado (NEOPI- R) forma S en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- CEDRO. (2004). *El problema de las drogas en el Perú*. [Serie en red]. Disponible en FTP:<http://www.drogasglobal.org.pe/archivos/EI%20problema%20de%20las%20drogas%20Peru%202004%20170804.pdf>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. México: D.F. Prentice Hall Hispanoamericana.
- Coleman, J. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- DSM -IV –TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ta ed. Washington, DC; American Psychiatric Association.
- Davis, R. (1999). Millon: Essential of his Science, Theory, Classification, Assessment and Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72 (3), 330-352.
- Eysenck, H & Eysenck, S. (1997). *Eysenck Personality Questionnaire- Revised EPQ – R*. London: Hodder and Stoughton.
- Giove, A (1997). Acerca de los inventarios clínicos de Millon. *Revista de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega*, 1 ( 1/2) , 98-103.

- Hair, J; Anderson, R; Tatham, R & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Nueva York, Prentice Hall.
- Heerlein, A. (2002). *Psiquiatría clínica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Henderson, M. (2004). Psychological Correlates of Comorbid Gambling in Psychiatric Outpatients: A pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 39 (9), 1341- 1352.
- Hernández, J. (2000). *La personalidad, elementos para su estudio*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hernández, R; Fernández, C & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc. Graw Hill.
- Hjelle, L. & Ziegler, D. (1992). *Personality Theories, basic assumptions research and applications*. Nueva York: Mc. Graw Hill
- Joergen, H; Spitzer, C. & Juergen, H. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal of psychiatry*, 161(7), 1299-1301.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Mc. Graw- Hill.
- Lawrence P. (2000). *Personalidad: Teoría, diagnóstico y evaluación*. Bilbao: Editorial Española Desclée de Broker.
- Liebert, R & Spiegler, L (2000). *Personalidad*. México D.F.: Internacional Thompson Editores.
- Lipovotsky, G. (2002) *La era del vacío*. Buenos Aires, Anagrama.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory II Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1998). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II*. Adaptación española Avila- Espada. Madrid: TEA, Ediciones.

- Millon, T. (1998). *Trastornos de personalidad, más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Molina, R; Carrasco, J; Pérez, A; Sánchez, S (2002). Factores asociados al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 30(3). 153-159.
- Morales de Barbenza, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *Interdisciplinaria*, 20 (1). 61-74.
- Nena Wish, M; Hoffman, E & Names J (2001). Diagnosing Antisocial Personality Disorder Among Substance Abuser. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 27(4), 699- 718.
- Oquendo, M; Brent, D & Birmaher, B (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid with Depresión: Factors Mediating the Association with Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry* , 162 (3), 560- 566.
- Ore, B. (1998) *El personality assessment inventory (PAI) en un grupo de estudiantes universitarios : validez y confiabilidad*. Lima, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciada en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano. De la infancia a la adolescencia*. México D.F.: Mc. Graw- Hill.
- Paris. J. (2005) Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 172(2), 1579-1584.
- Pereyra, F; Cristancho, V; Criales, A. & Sánchez, A (2002). Incidencia del parasuicidio y descripción de algunas variables sociodemográficas en los casos atendido por el CRU de la Secretaría Distrital de Salud. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2 (1), 191-135.

- Pirkis, J; Burgess, P. & Jolley, D. (2002). Suicide Among Psychiatry Patients: A Case Control -Study. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 2002 (36), 86-91.
- Rakesh, L; Jhonson, B; Jain, B & Mittauer, V. (1999). Efficacy of the Millon Clinical Multiaxial Inventory – II in Discriminating Mental Health Patients with and without Suicidal Ideation. *Military Psychology*, 11 (4), 423-433.
- Ravndal; Vaglum (1999). Overdose and Suicide Attempts: Different Relation to Psychopathology and Substance Abuse. *European Addiction Research*, 5 (2), 63-71.
- Saavedra, A (2003). Epidemiología del consumo de drogas en el Perú [Serie en red],1 (Marzo). Disponible en:  
[www.opcionperu.org.pe/Web\\_OpcionPeru/Descarga/artsaavedra1.pdf](http://www.opcionperu.org.pe/Web_OpcionPeru/Descarga/artsaavedra1.pdf)
- Sánchez R (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico USF* [Serie en red] 8 (2). Disponible en FTP:<http://www.bvs-psi.org.br/>
- Sánchez- López, M. & Casullo, M. (2000). *Los estilos de la personalidad. Una perspectiva latinoamericana*. Madrid: Miño y Dávila Editores.
- Vásquez, F. (1998). Seguimiento de Pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM Honorio Delgado Hideoy Noguchi (1996-1998). *Anales de Salud Mental*. 14 (1-2). 65-76.
- Watson, D; Clark, A. & Harkness, A (1994). Structures of Personality and their Relevance to Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 18-31.
- Youseff, G. (2004). Personality Trait Risk Factors for Attempted Suicide Among Young Women with Eating Disorders. *European Psychiatry*, 19(3), 131- 139.

M

## INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON ( II )

MCMII – III

TH. MILLON

## INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.

Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.

Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a si mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.

No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. SI ESTA DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"  
Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado  
Completamente el espacio de la letra V (Verdadero)
2. "Mido más de tres metros"  
esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado  
completamente el espacio de la letra F (Falso)

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso)

Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

**NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso y egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente crítico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.

16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi mal carácter.
44. No tengo inconvenientes en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posibles muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca e ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. Ha tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente,
64. Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he tomado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta en seguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesitaba hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los últimos dos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y del mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder liberarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra í.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego, inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,  
QUE NO HA DEJADO  
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

## COMPOSICIÓN DE ESCALAS POR ÍTEMS

**ESCALA 1: ESQUIZOIDE** Ítems = 35; Puntaje = 58

*Verdadero:* 2(3), 10(2), 13(3), 16(1), 19(3), 22(1), 25(1), 33(2), 34(3), 46(1), 47(2), 53(1), 81(3), 83(2), 85(1), 106(2), 108(1), 124(2), 141(1), 142(1), 143(3), 150(2), 159(1), 160(1), 161(3)

*Falso:* 14(1), 20(2), 28(1), 48(2), 60(1), 78(1), 95(1), 103(1), 111(1), 125(1)

**ESCALA 2: EVITATIVO** Ítems = 41; Puntaje = 73

*Verdadero:* 2(1), 3(3), 8(3), 19(2), 23(2), 25(2), 27(2), 32(2), 34(1), 45(1), 47(2), 49(3), 56(2), 57(2), 63(3), 77(3), 81(1), 83(2), 85(1), 102(2), 106(1), 109(1), 110(2), 113(1), 115(2), 118(2), 120(3), 133(1), 139(1), 141(3), 147(1), 150(2), 155(2), 158(3), 160(1), 171(2)

*Falso:* 14(1), 21(1), 28(1), 125(1), 163(1)

**ESCALA 3: DEPENDIENTE** Ítems = 37; Puntaje = 62

*Verdadero:* 10(3), 31(3), 34(2), 42(3), 49(1), 54(1), 57(2), 60(2), 75(1), 77(2), 78(3), 81(2), 97(2), 106(3), 110(1), 125(1), 133(3), 145(3), 149(1), 159(3), 168(1), 173(3)

*Falso:* 4(2), 7(1), 12(1), 21(1), 28(1), 40(1), 41(1), 43(1), 74(1), 91(1), 92(1), 101(1), 147(1), 162(1), 163(1)

**ESCALA 4: HISTRIÓNICA** Ítems = 40; Puntaje = 69

*Verdadero:* 7(1), 9(2), 14(3), 20(3), 28(3), 37(1), 40(1), 41(1), 42(2), 43(2), 48(3), 56(1), 60(3), 66(2), 86(3), 89(1), 91(1), 95(1), 103(2), 111(3), 125(3), 128(1), 130(1), 133(2), 137(3), 142(1), 162(1), 166(2), 170(3), 171(1), 172(1), 173(1)

*Falso:* 3(1), 19(1), 39(1), 51(1), 61(2), 77(1), 126(1), 158(2)

**ESCALA 5: NARCISISTA** Ítems = 49; Puntaje = 85

*Verdadero:* 1(3), 2(1), 4(2), 6(3), 12(1), 14(2), 15(3), 16(2), 22(1), 28(1), 32(1), 37(3), 41(2), 43(1), 55(1), 60(1), 80(1), 85(1), 86(2), 89(3), 91(3), 103(2), 111(2), 125(2), 126(1), 129(3), 130(1), 131(3), 134(1), 135(1), 137(2), 142(3), 143(1), 146(1), 163(1), 165(2), 166(3), 170(2), 171(2), 172(2)

*Falso:* 81(1), 31(1), 42(2), 45(1), 51(1), 78(1), 106(1), 149(2), 158(2)

**ESCALA 6: ANTISOCIAL** Ítems = 45; Puntaje = 86

*Verdadero:* 1(2), 7(3), 12(2), 15(1), 20(2), 22(2), 32(1), 38(2), 40(3), 43(2), 44(1), 48(1), 55(2), 64(1), 73(2), 74(2), 80(2), 85(1), 86(2), 87(2), 91(2), 92(3), 94(3), 101(1), 103(3), 104(1), 111(1), 113(1), 116(3), 129(2), 130(3), 140(1), 142(2), 144(2), 147(3), 157(1), 162(3), 165(2), 171(1), 172(3)

*Falso:* 34(1), 42(2), 77(1), 78(2), 81(2)

**ESCALA 6B: AGRESIVO** Ítems = 45; Puntaje = 81

*Verdadero:* 1(2), 4(3), 7(1), 9(3), 12(3), 21(2), 30(3), 32(1), 38(1), 40(1), 41(3), 43(1), 44(3), 58(1), 64(2), 66(1), 74(2), 80(1), 82(2), 84(2), 86(1), 91(2), 95(1), 101(3), 107(2), 115(2), 121(2), 129(2), 134(3), 135(1), 142(1), 146(1), 147(1), 148(3), 155(2), 163(3), 165(1), 166(2)

*Falso:* 31(1), 42(2), 71(1), 77(2), 78(2), 106(1), 145(1)

**ESCALA 7: COMPULSIVO** Ítems = 38; Puntaje = 68

*Verdadero:* 4(1), 21(3), 32(1), 39(3), 46(3), 61(3), 64(2), 74(1), 75(3), 78(1), 81(1), 88(3), 126(3), 134(2), 138(3), 148(2), 149(3), 153(3), 159(2), 161(2), 163(2)

*Falso:* 7(1), 20(2), 40(1), 43(1), 48(2), 50(1), 60(1), 66(1), 77(1), 86(2), 92(1), 95(1), 103(1), 111(1), 128(1), 145(2), 155(1)

**ESCALA 8: PASIVO AGRESIVO** Ítems = 41; Puntaje = 78

*Verdadero:* 1(1), 4(1), 9(2), 12(1), 16(2), 21(1), 22(3), 23(1), 25(1), 28(2), 43(2), 50(3), 51(1), 55(3), 58(1), 64(2), 66(3), 73(2), 74(2), 77(2), 82(2), 86(2), 95(3), 101(2), 104(3), 107(3), 110(1), 115(2), 120(1), 123(2), 128(2), 129(1), 135(3), 139(1), 155(2), 156(3), 165(3), 171(1)

*Falso:* 6(1), 149(2), 159(2)

**ESCALA 8B: AUTODERROTISTA** Ítems = 40; Puntaje = 71

*Verdadero:* 8(1), 10(2), 16(2), 18(1), 23(3), 25(1), 28(2), 31(1), 42(2), 45(2), 51(2), 54(2), 56(2), 57(3), 63(1), 65(3), 71(1), 73(1), 77(2), 81(1), 82(1), 99(1), 106(2), 110(3), 115(2), 120(2), 121(3), 128(1), 132(2), 133(1), 139(3), 141(1), 145(2), 154(3), 155(2), 167(1), 168(3), 171(1), 173(1)

*Falso:* 74(1)

**ESCALA S: ESQUIZÓTIPICA** Ítems =44; Puntaje = 79

*Verdadero:* 2(2), 3(2), 8(2), 10(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(3), 25(1), 31(2), 38(2), 47(3), 49(2), 53(1), 63(2), 69(3), 77(2), 83(3), 85(2), 100(2), 102(3), 108(1), 112(3), 113(2), 118(3), 120(2), 123(2), 124(2), 130(1), 133(2), 136(1), 141(2), 147(1), 150(3), 158(2), 160(1), 161(1), 162(1), 164(2), 165(1)

*Falso:* 14(1), 48(1), 60(1), 166(2)

**ESCALA C: BORDERLINE** Ítems = 62; Puntaje =103

*Verdadero:* 5(2), 7(1), 22(2), 23(2), 25(3), 26(2), 27(2), 35(2), 36(1), 40(1), 43(3), 44(1), 50(2), 51(1), 53(1), 54(1), 56(3), 57(1), 58(3), 59(2), 65(1), 66(2), 67(1), 72(1), 73(3), 74(1), 77(1), 78(1), 79(2), 82(3), 91(2), 94(1), 95(2), 97(2), 99(1), 101(2), 103(1), 104(1), 108(1), 110(1), 113(3), 115(3), 128(3), 129(2), 130(1), 132(1), 135(1), 136(2), 139(1), 140(2), 142(2), 144(1), 147(1), 154(1), 155(3), 156(2), 162(1), 165(1), 167(1), 168(1), 171(3), 173(1)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA P: PARANOIDE** Ítems = 44; Puntaje = 74

*Verdadero:* 6(1), 12(1), 15(2), 16(3), 21(1), 22(1), 24(2), 30(1), 32(3), 37(2), 38(3), 39(1), 41(1), 43(1), 44(1), 46(2), 55(1), 61(1), 63(1), 64(3), 68(1), 74(3), 75(1), 80(2), 84(3), 85(3), 89(2), 98(1), 100(2), 103(2), 123(2), 126(2), 127(1), 129(2), 131(2), 135(1), 138(1), 143(1), 146(3), 163(1), 164(3), 165(1), 171(1), 172(1)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA A: ANSIEDAD** Ítems = 25 Puntaje = 43

*Verdadero:* 8(1), 16(1), 18(3), 26(1), 29(2), 33(2), 36(1), 51(3), 53(2), 54(1), 67(3), 71(2), 78(1), 96(2), 97(2), 99(1), 108(1), 109(2), 114(3), 117(3), 132(1), 145(1), 153(1), 167(2)

*Falso:* 166(1)

**ESCALA H: HISTERIFORME** Ítems = 31; Puntaje = 49

*Verdadero:* 5(1), 18(2), 26(1), 29(3), 31(1), 33(3), 36(1), 42(1), 50(1), 51(2), 53(2), 56(1), 60(1), 66(1), 67(2), 68(3), 71(3), 72(3), 78(1), 96(3), 98(2), 102(1), 109(1), 114(2), 117(1), 118(1), 137(1), 145(1), 170(1), 173(1)

*Falso:* 41(1)

**ESCALA N: HIPOMANIA** Ítems =37; Puntaje =57

*Verdadero:* 11(3), 14(2), 17(1), 20(2), 28(2), 37(1), 40(1), 50(2), 58(1), 60(2), 66(1), 67(1), 73(1), 86(2), 89(1), 93(3), 95(1), 98(1), 101(1), 103(2), 111(1), 121(1), 125(2), 127(1), 128(2), 131(1), 134(2), 137(2), 151(3), 166(1), 170(2), 172(1), 174(3)

*Falso:* 19(1), 42(1), 158(1), 161(1)

**ESCALA D: DISTIMIA** Ítems = 36; Puntaje = 69

*Verdadero:* 5(2), 8(2), 25(1), 26(2), 27(3), 36(2), 45(3), 46(1), 51(2), 53(2), 54(3), 56(1), 59(2), 65(2), 71(2), 72(2), 76(2), 79(3), 83(2), 96(2), 97(3), 99(3), 107(1), 108(3), 109(2), 110(1), 132(3), 136(2), 139(1), 154(2), 155(1), 167(1), 168(1)

*Falso:* 41(1), 86(1), 166(2)

**ESCALA B: DEPENDENCIA DE ALCOHOL** Ítems = 46; Puntaje = 65

*Verdadero:* 17(3), 18(2), 22(1), 23(1), 25(1), 27(1), 35(1), 40(1), 46(1), 54(1), 65(1), 70(1), 73(2), 80(1), 87(3), 93(1), 95(2), 96(1), 97(2), 103(1), 104(1), 105(2), 108(1), 109(2), 111(1), 114(1), 117(1), 119(3), 125(1), 128(1), 130(1), 135(1), 137(1), 140(1), 144(2), 149(1), 155(1), 157(3), 159(1), 162(1), 165(1), 171(1), 175(2)

*Falso:* 8(1), 52(2), 122(2)

**ESCALA T: ABUSO DE DROGAS** Ítems = 58; Puntaje = 90

*Verdadero:* 1(2), 6(1), 7(2), 9(2), 12(1), 14(1), 20(2), 22(2), 30(1), 32(1), 35(3), 40(2), 43(2), 44(1), 50(1), 55(1), 58(2), 60(1), 66(1), 70(3), 73(2), 80(2), 82(2), 86(2), 89(1), 91(2), 92(2), 93(1), 94(1), 95(2), 101(1), 103(2), 104(1), 105(3), 111(1), 113(1), 114(1), 115(2), 116(1), 117(2), 120(1), 123(1), 125(1), 128(1), 129(2), 130(1), 137(1), 140(3), 144(3), 146(1), 155(1), 162(2), 165(1), 166(1), 171(1), 172(1), 175(3)

*Falso:* 61(1)

**ESCALA SS: PENSAMIENTO PSICÓTICO** Ítems = 33; Puntaje = 58

*Verdadero:* 3(1), 8(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(1), 29(1), 31(1), 38(2), 68(2), 69(2), 74(1), 77(2), 80(2), 82(1), 83(2), 85(2), 98(3), 102(2), 109(3), 112(2), 115(2), 120(2), 124(3), 127(3), 141(1), 146(2), 147(1), 156(1), 160(3), 161(1), 164(2), 167(3)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA CC: DEPRESIÓN MAYOR** Ítems = 31; Puntaje = 55

*Verdadero:* 5(3), 19(1), 26(3), 33(2), 36(3), 45(2), 47(2), 50(2), 51(1), 53(3), 54(1), 56(2), 57(1), 58(1), 59(3), 65(1), 67(1), 72(2), 76(3), 79(2), 81(1), 95(1), 96(2), 99(1), 108(2), 109(2), 110(1), 117(1), 136(3), 154(1)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA PP: TRASTORNO DELIRANTE** Ítems = 22; Puntaje = 38

*Verdadero:* 15(1), 16(2), 24(2), 32(1), 38(2), 39(1), 69(2), 74(1), 80(3), 84(2), 85(2), 89(1), 98(2), 100(3), 112(1), 123(3), 126(1), 131(2), 138(1), 143(1), 146(2), 164(2)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA Y: DESEABILIDAD SOCIAL** Ítems = 23; Puntaje = 23

*Verdadero:* 4(1), 14(1), 34(1), 39(1), 60(1), 61(1), 75(1), 78(1), 86(1), 88(1), 89(1), 93(1), 103(1), 106(1), 122(1), 125(1), 126(1), 137(1), 138(1), 149(1), 153(1), 159(1), 166(1)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA Z: AUTODESCALIFICACIÓN** Ítems = 46; Puntaje = 46

*Verdadero:* 3(1), 5(1), 8(1), 18(1), 23(1), 24(1), 25(1), 26(1), 27(1), 33(1), 36(1), 43(1), 45(1), 49(1), 50(1), 51(1), 53(1), 54(1), 58(1), 59(1), 63(1), 66(1), 67(1), 68(1), 71(1), 72(1), 76(1), 79(1), 82(1), 96(1), 97(1), 99(1), 100(1), 102(1), 108(1), 110(1), 114(1), 115(1), 117(1), 118(1), 120(1), 128(1), 132(1), 136(1), 158(1), 167(1)

*Falso:* Ninguno

**ESCALA V: VALIDEZ** Ítems = 4; Puntaje = 4

*Verdadero:* 62(1), 90(1), 152(1), 169(1)

*Falso:* Ninguno

## Ficha sociodemográfica

- Fecha actual: \_\_\_\_\_
- Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_
- Número de cama: \_\_\_\_\_
- Pabellón de hospitalización: \_\_\_\_\_
- Informante: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Grado de instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Número de internamiento: \_\_\_\_\_
- Motivo de hospitalización: \_\_\_\_\_
- En caso que el motivo de hospitalización haya sido intento de suicidio,  
indicar la causa que motivó la tentativa :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Diagnóstico otorgado por el médico tratante:  
\_\_\_\_\_

### Correlación ítem- test

Item	Correla	Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlac
item_1	-0.028	item_57	0.469	item_149	0.048	item_172	0.304
item_10	0.238	item_63	0.422	item_168	0.463	item_173	0.312
item_13	0.089	item_77	0.350	item_173	0.306	item_3	0.105
item_16	0.296	item_81	0.244	item_4	-0.093	item_19	-0.028
item_19	0.085	item_83	0.464	item_7	0.228	item_51	0.277
item_22	0.177	item_85	0.275	item_12	0.360	item_61	-0.004
item_25	0.308	item_102	0.427	item_21	0.305	item_77	0.137
item_33	0.340	item_106	0.279	item_28	0.283	item_126	0.103
item_34	0.066	item_109	0.368	item_40	0.209	item_158	0.176
item_46	0.273	item_110	0.356	item_41	0.240	item_1	0.127
item_47	0.230	item_113	0.470	item_43	0.312	item_2	0.124
item_53	0.331	item_115	0.493	item_74	0.313	item_4	0.122
item_81	0.232	item_118	0.405	item_91	0.265	item_6	0.271
item_83	0.294	item_120	0.455	item_92	0.169	item_12	0.181
item_85	0.342	item_133	0.219	item_101	0.398	item_14	0.221
item_106	0.308	item_139	0.378	item_147	0.121	item_15	0.316
item_108	0.445	item_141	0.382	item_162	0.389	item_16	0.248
item_124	0.311	item_147	0.128	item_163	0.295	item_22	0.204
item_141	0.288	item_150	0.333	item_7	0.342	item_32	0.132
item_142	0.302	item_155	0.370	item_9	0.377	item_37	0.371
item_143	0.168	item_158	0.431	item_14	0.166	item_41	0.216
item_150	0.289	item_160	0.382	item_20	0.343	item_43	0.356
item_159	0.002	item_171	0.372	item_28	0.262	item_55	0.160
item_160	0.303	item_14	-0.153	item_37	0.396	item_60	0.319
item_161	0.241	item_21	0.301	item_40	0.228	item_165	0.356
item_14	0.004	item_28	0.147	item_41	0.261	item_166	0.309
item_20	0.280	item_125	-0.141	item_42	0.142	item_170	0.463
item_28	0.186	item_163	0.227	item_43	0.393	item_1	-0.010
item_48	0.089	item_10	0.366	item_48	0.324	item_7	0.423
item_60	0.228	item_31	0.207	item_56	0.362	item_12	0.386
item_78	0.446	item_34	-0.018	item_60	0.335	item_15	0.237
item_95	0.379	item_42	0.231	item_66	0.426	item_20	0.356
item_103	0.119	item_49	0.267	item_86	0.175	item_22	0.289
item_111	0.256	item_54	0.341	item_89	0.177	item_32	0.091
item_125	0.036	item_57	0.347	item_91	0.211	item_38	0.126
item_2	0.212	item_60	0.194	item_95	0.443	item_40	0.260
item_3	0.347	item_75	0.031	item_103	0.142	item_43	0.400
item_8	0.380	item_77	0.321	item_111	0.463	item_44	0.421
item_19	0.182	item_78	0.413	item_125	0.175	item_48	0.195
item_23	0.314	item_81	0.176	item_128	0.347	item_55	0.198
item_25	0.413	item_97	0.345	item_130	0.228	item_64	0.338
item_27	0.433	item_106	0.294	item_133	0.280	item_73	0.385
item_32	0.221	item_110	0.366	item_137	0.156	item_74	0.337
item_34	0.046	item_125	0.075	item_142	0.353	item_80	0.224
item_45	0.485	item_133	0.298	item_162	0.399	item_85	0.363
item_47	0.304	item_145	0.417	item_170	0.473	item_86	0.139
item_49	0.371			item_171	0.347	item_87	0.373

Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci
item_91	0.311	item_134	0.377	item_128	0.351	item_45	0.533
item_92	0.313	item_135	0.362	item_145	0.295	item_51	0.439
item_94	0.350	item_142	0.460	item_155	0.280	item_54	0.505
item_101	0.409	item_146	0.147	item_1	-0.139	item_56	0.360
item_103	0.186	item_147	0.186	item_4	-0.072	item_57	0.468
item_104	0.330	item_148	0.411	item_9	0.419	item_63	0.411
item_111	0.372	item_155	0.399	item_12	0.439	item_65	0.412
item_113	0.322	item_163	0.331	item_16	0.307	item_71	0.478
item_116	0.160	item_165	0.386	item_22	0.263	item_73	0.346
item_129	0.259	item_166	0.139	item_23	0.422	item_77	0.389
item_130	0.235	item_31	0.154	item_25	0.373	item_81	0.179
item_140	0.295	item_42	0.125	item_28	0.299	item_82	0.389
item_142	0.445	item_71	0.342	item_43	0.408	item_99	0.491
item_144	0.389	item_77	0.194	item_50	0.414	item_106	0.289
item_147	0.226	item_78	0.328	item_51	0.324	item_110	0.344
item_157	0.407	item_106	0.230	item_55	0.254	item_115	0.552
item_162	0.467	item_145	0.352	item_58	0.451	item_120	0.445
item_165	0.338	item_4	-0.028	item_64	0.366	item_121	0.244
item_171	0.324	item_21	0.348	item_66	0.393	item_128	0.409
item_172	0.357	item_32	0.134	item_73	0.371	item_132	0.523
item_34	0.025	item_39	0.120	item_74	0.351	item_133	0.251
item_42	0.138	item_46	0.245	item_77	0.228	item_139	0.363
item_77	0.157	item_61	0.094	item_82	0.457	item_141	0.368
item_78	0.235	item_64	0.279	item_86	0.038	item_145	0.486
item_81	0.100	item_74	0.300	item_95	0.545	item_154	0.241
item_1	-0.082	item_75	0.051	item_101	0.500	item_155	0.365
item_4	-0.033	item_78	0.333	item_104	0.256	item_167	0.483
item_7	0.295	item_81	0.104	item_107	0.495	item_168	0.499
item_9	0.451	item_88	0.191	item_110	0.259	item_171	0.396
item_12	0.447	item_126	0.177	item_115	0.539	item_173	0.263
item_21	0.422	item_134	0.353	item_120	0.338	item_74	0.322
item_30	0.054	item_138	0.037	item_123	0.222	item_2	0.179
item_32	0.127	item_148	0.374	item_128	0.474	item_3	0.343
item_38	0.107	item_149	0.051	item_129	0.236	item_8	0.456
item_40	0.210	item_153	0.148	item_135	0.354	item_10	0.321
item_41	0.293	item_159	0.124	item_139	0.396	item_13	0.209
item_43	0.404	item_161	0.204	item_155	0.404	item_19	0.154
item_44	0.427	item_163	0.341	item_156	0.352	item_23	0.294
item_58	0.359	item_7	0.236	item_165	0.378	item_24	0.426
item_64	0.426	item_20	0.316	item_171	0.426	item_25	0.357
item_66	0.396	item_40	0.167	item_6	0.357	item_31	0.177
item_74	0.347	item_43	0.346	item_149	-0.113	item_38	0.048
item_80	0.236	item_48	0.222	item_159	-0.048	item_47	0.320
item_82	0.422	item_50	0.286	item_8	0.414	item_49	0.328
item_86	0.096	item_60	0.356	item_10	0.317	item_53	0.317
item_91	0.284	item_66	0.389	item_16	0.329	item_63	0.429
item_95	0.505	item_77	0.118	item_18	0.328	item_69	0.439
item_101	0.475	item_86	0.165	item_23	0.358	item_77	0.355
item_107	0.431	item_92	0.193	item_25	0.424	item_83	0.427
item_115	0.451	item_95	0.397	item_28	0.218	item_85	0.311
item_121	0.260	item_103	0.087	item_31	0.126	item_100	0.390
item_129	0.268	item_111	0.362	item_42	0.178	item_102	0.394

Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci
item_108	0.482	item_91	0.280	item_68	0.293	item_29	0.400
item_112	0.382	item_94	0.265	item_74	0.339	item_31	0.174
item_113	0.381	item_95	0.518	item_75	-0.025	item_33	0.576
item_118	0.394	item_97	0.555	item_80	0.354	item_36	0.481
item_120	0.412	item_99	0.525	item_84	0.215	item_42	0.070
item_123	0.224	item_101	0.479	item_85	0.448	item_50	0.377
item_124	0.438	item_103	0.047	item_89	0.215	item_51	0.510
item_130	0.191	item_104	0.323	item_98	0.306	item_53	0.505
item_133	0.235	item_108	0.414	item_100	0.329	item_56	0.347
item_136	0.343	item_110	0.295	item_103	0.134	item_60	0.082
item_141	0.406	item_113	0.509	item_123	0.312	item_66	0.377
item_147	0.154	item_115	0.576	item_126	0.232	item_67	0.613
item_150	0.285	item_128	0.497	item_127	0.303	item_68	0.500
item_158	0.382	item_129	0.209	item_129	0.209	item_71	0.601
item_160	0.397	item_130	0.182	item_131	0.305	item_72	0.438
item_161	0.260	item_132	0.558	item_135	0.313	item_78	0.373
item_62	0.221	item_135	0.385	item_138	0.036	item_96	0.641
item_164	0.408	item_136	0.456	item_143	0.222	item_98	0.562
item_165	0.250	item_139	0.398	item_146	0.249	item_102	0.332
item_14	-0.048	item_140	0.211	item_163	0.307	item_109	0.451
item_48	0.038	item_142	0.451	item_164	0.413	item_114	0.458
item_60	0.133	item_144	0.530	item_165	0.411	item_117	0.568
item_5	0.398	item_147	0.243	item_171	0.369	item_118	0.483
item_7	0.285	item_154	0.292	item_172	0.290	item_137	-0.018
item_22	0.254	item_155	0.376	item_8	0.306	item_145	0.511
item_23	0.393	item_156	0.380	item_16	0.266	item_170	0.229
item_25	0.419	item_162	0.454	item_18	0.404	item_173	0.157
item_26	0.421	item_165	0.318	item_26	0.479	item_41	0.171
item_27	0.467	item_167	0.546	item_29	0.405	item_11	0.461
item_35	0.119	item_168	0.483	item_33	0.618	item_14	0.175
item_36	0.436	item_171	0.433	item_36	0.456	item_17	0.292
item_40	0.206	item_173	0.223	item_51	0.495	item_20	0.352
item_43	0.343	item_6	0.287	item_53	0.521	item_28	0.294
item_44	0.344	item_12	0.279	item_54	0.479	item_37	0.377
item_50	0.452	item_15	0.236	item_67	0.669	item_40	0.229
item_51	0.377	item_16	0.281	item_71	0.656	item_50	0.389
item_53	0.394	item_21	0.387	item_78	0.364	item_58	0.310
item_54	0.480	item_22	0.222	item_96	0.646	item_60	0.310
item_56	0.376	item_24	0.397	item_97	0.608	item_66	0.416
item_57	0.403	item_30	0.141	item_99	0.532	item_67	0.264
item_58	0.499	item_32	0.178	item_108	0.507	item_73	0.355
item_59	0.459	item_37	0.378	item_109	0.475	item_86	0.145
item_65	0.416	item_38	0.174	item_114	0.521	item_89	0.179
item_66	0.405	item_39	0.097	item_117	0.615	item_93	0.427
item_67	0.462	item_41	0.338	item_132	0.615	item_95	0.497
item_72	0.377	item_43	0.412	item_145	0.476	item_98	0.409
item_73	0.426	item_44	0.282	item_153	-0.053	item_101	0.341
item_74	0.335	item_46	0.303	item_167	0.585	item_103	0.157
item_77	0.300	item_55	0.185	item_166	-0.017	item_111	0.438
item_78	0.346	item_61	0.093	item_5	0.451	item_121	0.326
item_79	0.456	item_63	0.296	item_18	0.374	item_125	0.219
item_82	0.460	item_64	0.371	item_26	0.493	item_127	0.287

Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci	Item	Correlaci
item_128	0.409	item_23	0.401	item_32	0.029	item_33	0.591
item_131	0.362	item_25	0.297	item_35	0.290	item_36	0.475
item_134	0.308	item_27	0.389	item_40	0.263	item_45	0.589
item_137	0.203	item_35	0.294	item_43	0.378	item_47	0.297
item_151	0.433	item_40	0.241	item_44	0.384	item_50	0.336
item_166	0.246	item_46	0.196	item_50	0.368	item_51	0.492
item_170	0.487	item_54	0.416	item_55	0.150	item_53	0.516
item_172	0.322	item_65	0.311	item_58	0.347	item_54	0.530
item_174	0.311	item_70	0.292	item_60	0.288	item_56	0.342
item_19	-0.073	item_73	0.461	item_66	0.399	item_57	0.376
item_42	0.094	item_80	0.147	item_70	0.318	item_58	0.469
item_158	0.092	item_87	0.363	item_73	0.429	item_59	0.464
item_161	0.194	item_93	0.356	item_80	0.220	item_65	0.423
item_5	0.454	item_95	0.507	item_82	0.399	item_67	0.619
item_8	0.277	item_96	0.382	item_86	0.160	item_72	0.484
item_25	0.438	item_97	0.430	item_89	0.149	item_76	0.566
item_26	0.478	item_103	0.137	item_91	0.295	item_79	0.435
item_27	0.500	item_104	0.327	item_92	0.273	item_81	0.140
item_36	0.465	item_105	0.283	item_93	0.432	item_95	0.444
item_45	0.592	item_108	0.347	item_94	0.346	item_96	0.622
item_46	0.288	item_109	0.421	item_95	0.459	item_99	0.526
item_51	0.505	item_111	0.350	item_101	0.453	item_108	0.504
item_53	0.474	item_114	0.334	item_103	0.191	item_109	0.462
item_54	0.555	item_117	0.423	item_104	0.336	item_110	0.268
item_56	0.366	item_119	0.267	item_105	0.259	item_117	0.537
item_59	0.489	item_125	0.135	item_111	0.411	item_136	0.458
item_65	0.398	item_128	0.487	item_113	0.322	item_154	0.182
item_71	0.588	item_130	0.224	item_114	0.261	item_15	0.280
item_72	0.449	item_135	0.408	item_115	0.385	item_16	0.276
item_76	0.578	item_137	0.053	item_116	0.196	item_24	0.343
item_79	0.431	item_140	0.370	item_117	0.287	item_32	0.203
item_83	0.375	item_144	0.400	item_120	0.273	item_38	0.197
item_96	0.576	item_149	-0.054	item_123	0.226	item_39	0.084
item_97	0.612	item_155	0.287	item_125	0.256	item_69	0.316
item_99	0.566	item_157	0.319	item_128	0.440	item_74	0.238
item_107	0.538	item_159	-0.006	item_129	0.250	item_80	0.359
item_108	0.496	item_162	0.385	item_130	0.234	item_84	0.235
item_109	0.479	item_165	0.361	item_137	0.110	item_85	0.424
item_110	0.281	item_171	0.407	item_140	0.380	item_89	0.229
item_132	0.630	item_175	0.284	item_144	0.404	item_98	0.148
item_136	0.484	item_8	0.218	item_146	0.199	item_100	0.372
item_139	0.339	item_52	0.050	item_155	0.380	item_112	0.213
item_154	0.203	item_122	0.136	item_162	0.460	item_123	0.318
item_155	0.311	item_1	0.049	item_165	0.354	item_126	0.297
item_167	0.604	item_6	0.296	item_166	0.224	item_131	0.365
item_168	0.424	item_7	0.447	item_171	0.369	item_138	0.094
item_41	0.241	item_9	0.380	item_172	0.393	item_143	0.209
item_86	-0.049	item_12	0.383	item_175	0.314	item_146	0.295
item_166	-0.023	item_14	0.138	item_61	-0.075	item_164	0.435
item_17	0.340	item_20	0.364	item_5	0.498	item_4	0.141
item_18	0.231	item_22	0.240	item_19	0.167	item_14	0.386
item_22	0.236	item_30	0.231	item_26	0.464	item_34	0.146