

El MMPI-2: ¿Un Caso de Validez Incremental?

Fernando J. Rissetti N.

Servicio de Salud Estudiantil, Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Se hace una revisión de los resultados reportados en la literatura extranjera en relación a la validez incremental del MMPI-2. Se contrastan dichos resultados con los obtenidos en Chile en el proceso de estandarización y validación de la psicotecnología. Se concluye que el MMPI-2 mantiene intacta su estructura interna, en lo relativo a las escalas de validez y clínicas tradicionales, permitiendo una transición fluida desde el MMPI al MMPI-2. Con respecto al aporte incremental de las 15 nuevas escalas de contenido del inventario, en su tarea de evaluar personalidad, la evidencia es promisoría, aunque aún no concluyente. Se espera que futuros estudios entreguen mayores datos para dilucidar este tópico crucial.

Palabras claves: MMPI-2, Evaluación de personalidad, Validez incremental, Comparación transcultural.

Abstract

A revision of the results published in the foreign literature about the incremental validity of the MMPI-2 is done. These results are contrasted with the evidence gathered in Chile in the standardization and validation process of the MMPI-2. The MMPI-2 maintains unaltered its internal structure with respect to the functioning of the traditional validity and clinical scales, so allowing a smooth transition from the MMPI to the MMPI-2. With respect to the incremental contribution of the new MMPI-2 content scales, the results are promising, although not yet conclusive. It is expected that new studies will contribute with further evidence, in order to answer this crucial question.

Key words: MMPI-2, Personality assessment, Incremental validity, Transcultural comparison.

Conocido es el hecho que el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI) es el instrumento de evaluación objetiva de personalidad más utilizado e investigado en los Estados Unidos –y probablemente en el mundo– en los últimos 50 años, con más de 150 traducciones y adaptaciones a distintos contextos nacionales y culturales, a lo largo de aproximadamente 50 países (Butcher, 1995). Este ha sido el caso en Chile, desde fines de la década de los 70, particularmente en el ámbito de su uso e investigación en población universitaria y, en menor grado, en otros grupos poblacionales (Rissetti, Himmel, Maltes, González & Olmos, 1989; Rissetti & Maltes, 1985a, 1985b).

Durante la década de 1980 esta psicotecnología experimentó en su país de origen, los Esta-

dos Unidos, un desarrollo hacia el denominado MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989), en base a la primera revisión sustantiva realizada al Inventario desde su construcción en la década de 1940, incorporándose 15 nuevos indicadores escalares denominados *escalas de contenido*.

Aun cuando, como se verá, esta revisión fue de naturaleza conservadora (Weed y Butcher [1992] la han comparado con la “refacción de una antigua e histórica casa” [p. 66]), manteniéndose prácticamente intactas las 3 escalas de validez y las 10 escalas *clínicas* originales del MMPI, surge la interrogante de fondo en relación a en qué medida el MMPI-2 es un instrumento *diferente* al MMPI y en qué medida es capaz de *hacer todo o eventualmente más* de lo que es capaz el instru-

mento original, en la tarea de evaluar objetivamente variables de personalidad. Se plantea, por ende, el tópico de la *validez incremental* del MMPI-2, esto es, su capacidad de aportar información sobre el estatus psicológico del individuo, a través de las nuevas escalas incorporadas, que exceda o refine la aportada por los indicadores escalares tradicionales.

El presente artículo tiene por objetivo comentar los resultados de los estudios realizados, en el extranjero y en Chile, para evaluar empíricamente la eficacia de las escalas de contenido como indicadores psicométricos *per se*, su eficacia en la tarea de diferenciar la normalidad de la anormalidad psicológica y su capacidad para predecir la ocurrencia de un criterio externo mediato.

DESARROLLO DEL MMPI-2

Producto de la toma de conciencia, tanto de las debilidades psicométricas del instrumento como de la obsolescencia de las normas de interpretación —derivadas en los Estados Unidos en la década de 1940—, la Universidad de Minnesota tomó la decisión estratégica de iniciar a comienzos de la década de los ochenta un proyecto de reestandarización, que persiguió los siguientes objetivos centrales (Butcher et al., 1989):

1. Obtener una muestra normativa contemporánea, representativa de la población mayor de 18 años de los Estados Unidos.
2. Superar las debilidades del denominado *empiricismo ciego*, con el que fueron construidas las escalas de validez y clínicas tradicionales (método de grupos contrastados), incorporando escalas derivadas con metodología teórico-empírica destinadas a facilitar el proceso de autorrevelación por parte del individuo que rinde el inventario y evaluar ámbitos nuevos de comportamiento, potencialmente útiles para decisiones clínicas y de investigación.
3. Mantener, sin embargo, la continuidad del MMPI, preservando las escalas tradicionales y, con ello, el vasto cuerpo de conocimiento acumulado en su uso e investigación.

Resultado de esta estrategia, en Estados Unidos fue publicado en 1989 un producto "híbrido", el MMPI-2, cuyas características esenciales son las siguientes (Butcher, 1992):

- Contiene 567 ítems (uno más que la versión original).
- Se eliminaron 109 ítems objetables u obsoletos, siendo reemplazados por igual número de ítems con contenidos relevantes para la exploración de: ideación suicida, abuso de alcohol y sustancias, comportamiento tipo A, relaciones familiares, adaptación laboral y adhesión a tratamiento.
- Contiene tres nuevas escalas de validez (Fb, VRIN y TRIN), destinadas a identificar el patrón de respuesta infrecuente a los ítems de la segunda mitad del cuadernillo y la consistencia de las respuestas, respectivamente, manteniéndose las escalas de validez tradicionales (L, F y K).
- Contiene las escalas estándar o *clínicas* (Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma y Si), las que se mantienen de manera casi idéntica en su composición, eliminándose sólo algunos ítems objetables de Hs, D, Mf y Si.
- Contiene 15 nuevas escalas de contenido, derivadas con técnicas estadísticas. Estas escalas, diseñadas para ser utilizadas como complemento a la interpretación de las escalas clínicas, son las siguientes:

ANX (Ansiedad): Es una medida de ansiedad generalizada, que incluye dificultades somáticas, problemas de concentración, trastornos del sueño, dificultades para enfrentar la tensión vital y preocupaciones, entre otras.

FRS (Temores): A diferencia de la anterior, que correlaciona con síntomas de ansiedad generalizada, esta escala de contenido evalúa temores más específicos, tales como a lugares altos, desastres naturales, la obscuridad y los lugares cerrados.

OBS (Obsesividad): Está relacionada tanto con una dimensión de temor y de desajuste conductual general como con problemas en el funcionamiento cognitivo, tales como dificultades en la toma de decisiones, tendencia a "rumiar" los problemas y dificultades para aceptar los cambios.

DEP (Depresión): Posee contenidos relacionados con ánimo y moral bajo y autoimagen negativa, orientándose a medir niveles significativos de depresión clínica (pensamientos suicidas o deseos de estar muerto, por ejemplo).

HEA (Preocupaciones por la Salud): Los correlatos de esta escala corresponden a diversas preocupaciones y síntomas en distintos

sistemas corporales, tales como gastrointestinales, neurológicos, problemas sensoriales y cardiovasculares.

BIZ (Cognición Bizarra): Está centrada en detectar procesos de pensamiento psicótico, ideación paranoidea y confusión psicológica severa.

ANG (Rabia): Sus contenidos se centran en explorar la expresión en el individuo de sentimientos de rabia y hostilidad.

CYN (Cinismo): Está orientada a explorar la presencia de actitudes negativas exteriorizadas y de creencias misántropas acerca de las personas que rodean al individuo.

ASP (Prácticas Antisociales): En esta escala se espera que el individuo reporte comportamientos asociados a dificultades en la conducta escolar, dificultades con la ley, exigencias desmedidas hacia los demás, amenazas hacia quienes no están de acuerdo con él o ella, etc.

TPA (Comportamiento Tipo A): Está orientada a medir contenidos asociados típicamente con el patrón conductual conocido como *Comportamiento Tipo A*, con correlatos tales como orientación al trabajo duro, ambición y afán de logro desmedidos, impaciencia, irritabilidad y competitividad excesiva.

LSE (Baja Autoestima): Esta escala identifica a las personas con una actitud negativa hacia sí mismas, incluyendo creencias de ser poco atractivas, inútiles, torpes o ser una carga para los demás.

SOD (Incomodidad Social): Identifica a las personas tímidas, inhibidas, poco amistosas y que evitan los contactos sociales.

FAM (Problemas Familiares): Está orientada a identificar disfuncionalidad del sistema familiar del individuo, en los planos de abuso, conflictos matrimoniales y manejo y expresión de los conflictos, entre otros.

WRK (Interferencia Laboral): Explora dificultades para funcionar y rendir eficazmente en el entorno laboral, tales como dificultades de concentración y en la toma de decisiones y actitudes negativas hacia otras personas en este ámbito.

TRT (Indicadores Negativos de Tratamiento): Fue construida para evaluar la disposición del individuo a someterse a tratamiento, tanto en la esfera orgánica como conductual-emocional. Contiene ítems que exploran creencias del individuo en relación a la factibilidad del cambio conductual o vital,

tendencia a derrotarse y no enfrentar las dificultades o crisis, entre otros.

Williams (1994) postula que es útil considerar que estas escalas evalúan cuatro áreas clínicas:

1. Conductas sintomáticas internas (ANX, FRS, OBS, DEP, HEA y BIZ).
2. Tendencias agresivas externas o comportamiento externalizable (ANG, CYN, ASP y TPA).
3. Visión negativa de sí mismo (LSE).
4. Áreas generales de problemas (SOD, FAM, WRK y TRT).

LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION CON EL MMPI-2

Se procederá a realizar una revisión panorámica de los principales resultados que los investigadores han informado en la literatura publicada en estos últimos años, en el extranjero y en Chile, sobre el comportamiento de esta psicotecnología, que oriente sobre el tópico de su validez psicométrica en general y de su validez incremental en particular.

Investigaciones en el Extranjero

Desde una perspectiva global, las revisiones del MMPI-2 van desde un continuo de artículos bastante críticos, como el de Helmes y Reddon (1993), quienes lo catalogan como un instrumento "ineficiente bajo cualquier estándar psicométrico" (p. 467), hasta visiones muy optimistas, como las de Kaplan y Sacuzzo (1989), quienes estiman su futuro como "extremadamente brillante" (p. 378).

Butcher (1992) define al MMPI-2 como una revisión y expansión del MMPI original, que contiene normas nuevas, representativas de la población de los Estados Unidos, que aporta una base de comparación y de inferencias mucho más válida que el instrumento original. En segundo lugar, este autor afirma que el MMPI le entrega al clínico, a un costo-beneficio favorable (potenciado por la velocidad y exactitud de la corrección –e incluso interpretación– por computador), una evaluación objetiva de las características de personalidad del individuo, patrones de síntomas y actitudes personales que se ha demostrado son relevantes para dimensionar distintos aspectos de su cuadro y de su pronóstico clínico.

Por otro lado, Williams (1994) asevera que las nuevas escalas de contenido fueron construidas para facilitar una comunicación más directa entre la persona que responde al cuestionario y el clínico o investigador. Las define como indicadores psicométricos que poseen una alta confiabilidad test-retest (medida por r), la que oscila entre 0,78 y 0,90 para ambos sexos de la muestra normativa norteamericana ($n = 1.462$ mujeres y 1.138 hombres), y una alta consistencia interna (medida por el coeficiente alfa de Cronbach), que presenta valores de 0,72 a 0,86 para ambos sexos (Butcher, Graham, Williams & Ben-Porath, 1990; Williams, 1994).

Williams (1994) afirma que estas escalas son un valioso complemento en la clarificación de la interpretación de las heterogéneas escalas clínicas o estándares originales, citando el caso de la escala Pd (Desviación Psicopática). Al observar las elevaciones relativas de ASP (Prácticas Antisociales) y FAM (Problemas Familiares), el clínico podría determinar si la elevación de Pd realmente refleja la presencia de actitudes antisociales, conflictos familiares o ambas, por ejemplo. Lo mismo podría hacerse en el caso de la interpretación de una escala tan compleja y heterogénea en su contenido como es Sc (Esquizofrenia), en su interacción con BIZ (Cognición Bizarra), para la identificación de un proceso psicótico o prepsicótico, o en el caso de la depresión clínica mayor, con la interpretación configural de las escalas D y DEP (Depresión).

Asimismo, según Williams (1994), las escalas de contenido constituirían *per se* una fuente válida de información adicional sobre el individuo, en la medida en la que se han derivado empíricamente coeficientes de validez que son semejantes a los de las escalas tradicionales, pudiendo ser utilizadas por sí solas para generar hipótesis interpretativas sobre el individuo. Afirma que los terapeutas conductuales pueden encontrar que las escalas de contenido son aun más relevantes para su trabajo que las escalas tradicionales, en la medida en la que son más homogéneas y consistentes con el concepto de *conducta objetivo* (*target behavior*). Este sería el caso, por ejemplo, de ANX (Ansiedad), FRS (Temores), OBS (Obsesividad), ANG (Rabia), ASP (Prácticas Antisociales) y TPA (Personalidad Tipo A). Finalmente, TRT (Indicadores Negativos de Tratamiento) puede constituirse en una medida útil para identificar, en la fase inicial de evaluación, a aquellos individuos que es improbable que se beneficien de una estrategia de tratamiento de esta naturaleza.

Con respecto al funcionamiento de las escalas de validez introducidas, las revisiones apuntan a un comportamiento promisoriamente eficaz en el plano de la identificación de patrones de respuestas al azar o de deseabilidad social (Ben-Porath & Tellegen, 1994).

En lo que dice relación con la contribución de las escalas de contenido al diagnóstico diferencial de psicopatología, la literatura revisada reporta hallazgos de diversos tipos.

Ben-Porath, Butcher y Graham (1991) investigaron la capacidad del MMPI-2 de diferenciar la esquizofrenia de la depresión mayor en pacientes hospitalizados ($n = 87$ hombres y 73 mujeres). Reportan que tanto las escalas originales como las de contenido aportan información útil para el diagnóstico diferencial de estas dos condiciones anormales. Es más, encontraron que las de contenido poseen validez incremental con respecto a este tópico, en la medida en la que aportan información diferente a la que es posible obtener de las escalas clínicas estándar. En efecto, con respecto a la elevación escalar, las escalas de contenido BIZ (Cognición Bizarra) y DEP (Depresión) aparecieron entregando un cuadro diagnóstico más refinado que las escalas clínicas. La escala de contenido con mayor elevación para ambos sexos fue la que correspondió al grupo diagnóstico, es decir, DEP en el grupo con depresión mayor y BIZ en el grupo con diagnóstico de esquizofrenia (Ben-Porath et al., 1991).

Los análisis de regresión múltiple, por otro lado, demostraron que las escalas de contenido contribuyen incrementalmente a la tarea de diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y depresión mayor, observándose que estas escalas contienen un importante peso predictivo para ambos sexos (DEP = 0,58 y BIZ = 0,63 en el grupo masculino; sólo BIZ = 0,56 en el grupo femenino). Concluyen que estas escalas poseerían un potencial considerable para complementar a las escalas clínicas tradicionales, en la tarea de diferenciar éstas y otras formas de desórdenes psicológicos (Ben-Porath et al., 1991).

Ben-Porath y McCully (1993), a diferencia del estudio anteriormente comentado, en el que se utilizó como criterio el diagnóstico clínico, buscaron demostrar la contribución de los puntajes de las escalas de contenido a la predicción de puntajes en dos instrumentos de auto-reporte, el *Inventario de Depresión de Beck* y el *Symptom Checklist 90-R*. Su grupo de estudio estuvo formado por estudiantes universitarios norteamericanos (257 hombres y 339 mujeres).

Investigaciones en Chile

Adaptación y Estandarización del MMPI-2

Estos autores postularon que el uso de instrumentos de autorreporte como medidas de criterio les permitiría evaluar directamente la capacidad de las escalas de contenido del MMPI-2 para cumplir su tarea primaria como escalas derivadas racionalmente, esto es, facilitar una comunicación psicométricamente confiable entre la persona evaluada y el que interpreta sus respuestas.

Encontraron que las escalas de contenido efectivamente hacen un aporte incremental a la predicción de la varianza en estos instrumentos de medición, tanto en hombres como en mujeres, por sobre lo que son capaces de predecir las escalas clínicas tradicionales del MMPI. Los análisis de regresión demostraron que la contribución incremental de estas escalas era, en promedio, de un 10% para el caso de los hombres, poseyendo los mayores pesos las escalas ANG (Rabia) y DEP (Depresión) en la predicción de la varianza adicional (24% en ambas), y de 12% para las mujeres (con las escalas ANG y TPA), agregando ambas escalas un 33% a la predicción de la varianza. Alertan, sin embargo, sobre la naturaleza del contenido directo (*face validity*) de los ítemes de estas escalas, que las haría vulnerables a la distorsión intencional por parte del individuo evaluado. Especifican, por tanto, que "dado un examinado cooperador, las escalas de contenido del MMPI-2 entregan un medio de comunicación directo, confiable y válido, entre el sujeto evaluado y el que interpreta el test" (Ben-Porath & McCully, 1993, p. 573).

Menos optimistas son los resultados informados por Morrison, Edwards y Weissman (1994). El objetivo de su estudio fue evaluar en una muestra "anormal" de 200 pacientes ambulatorios (100 hombres y 100 mujeres) si el MMPI-2 es capaz de aportar una ventaja sobre el MMPI original en la identificación de distintos diagnósticos psiquiátricos, formulados en la admisión clínica. Globalmente, los análisis practicados no revelaron diferencias sustantivas entre el MMPI y el MMPI-2, como predictores del diagnóstico. Al utilizar el diagnóstico como criterio, ambos instrumentos mostraron aproximadamente la misma tasa de clasificación correcta, siendo de magnitud modesta la capacidad predictiva de ambos (33% de coincidencia global con el criterio externo). Concluyen estos autores, como numerosos otros que han investigado la relación entre el MMPI y el diagnóstico clínico (juicio impresionístico), que la evidencia de una validez diferencial entre el MMPI y el MMPI-2 deberá ser buscada en indicadores más diferenciados, tales como síntomas específicos y correlatos conductuales de las escalas o códigos-tipo (Morrison et al., 1994).

Conocidos los resultados del proyecto de re-estandarización en los Estados Unidos, el equipo de investigación del Servicio de Salud Estudiantil de la Pontificia Universidad Católica de Chile tomó la decisión de iniciar un trabajo de adaptación de este instrumento en Chile, que permitiera maximizar las fortalezas que esta psicotecnología aparecía poseyendo. La investigación (Proyecto FONDECYT 819/90), iniciada en 1991, tuvo como objetivo traducir, adaptar, estandarizar y validar el MMPI-2 en la población chilena, con una perspectiva de investigación transnacional, que permitiera corroborar las características de las escalas tradicionales y de las nuevas escalas de contenido del inventario observadas en la población de origen.

Por medio de la utilización de una estrategia de comité y de "retrotraducción" (*back-translation*), se practicó una revisión del total del *pool* de ítemes del inventario, a objeto de traducir al castellano los ítemes nuevos incorporados y pulir la traducción de los existentes, capitalizando de esta manera la experiencia acumulada en el uso de la versión original del MMPI a lo largo de 13 años (Rissetti, Montiel, Maltes, Hermosilla & Fleischli, 1978). La versión en castellano obtenida a través de esta metodología fue sometida a un estudio test-retest en una muestra de 22 profesionales bilingües de ambos sexos con experiencia bicultural relevante.

En este grupo de estudio el promedio de las correlaciones test-retest de los puntajes brutos en ambas administraciones del instrumento fue cercano a $r = 0,80$, aportando evidencia sobre una robusta confiabilidad escalar de esta traducción. Se demostró una alta equivalencia lingüística y psicométrica entre la versión original en inglés desarrollada por el Comité de la Universidad de Minnesota y la versión en castellano construida en Chile (Rissetti, Himmel, González & Olmos, 1996).

Participantes

La versión así traducida fue administrada a lo largo de 11 meses a una muestra normativa inicial, estratificada por edad y nivel de escolaridad, de 3.175 voluntarios, definidos operacionalmente como "psicológicamente normales", residentes en las Regiones Metropolitana, II, VIII y IX. La normalidad psicológica fue definida como la ausen-

cia de una condición psicopatológica en el participante en el momento de rendir el inventario, inserto en actividades habituales de carácter estudiantil o laboral y sin exhibir comportamientos desajustados manifiestos. Una serie de etapas de depuración de esa muestra, en base al control de calidad de los protocolos de respuesta y a la utilización de criterios empíricos (Rissetti et al., 1989), condujeron a la selección de una muestra normativa definitiva, que estuvo compuesta por 1.111 participantes (522 hombres y 589 mujeres). Su composición demográfica fue la siguiente: la edad promedio de los hombres fue 27,9 años ($DS = 10,8$) y la de las mujeres 31,9 años ($DS = 14,6$). La distribución de escolaridad, en el caso de los hombres, fue la siguiente: 24% de los individuos tenía educación básica, 44% educación media, 9% educación técnica y 23% educación superior. En el caso de las mujeres, esta distribución fue de 15, 38, 17% y 30%, respectivamente (Rissetti et al., 1996).

Esta versión del MMPI-2 fue administrada, además, a 518 participantes que presentaban anormalidad psicológica, definida por la presencia de algún tipo de psicopatología en el momento de rendir el inventario, diagnosticada a través del juicio clínico. Todos estos participantes se encontraban bajo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico, ambulatorio (de carácter privado, en el Servicio de Salud Estudiantil de la Pontificia Universidad Católica de Chile, o en un hospital público) o internados en un hospital público o en una clínica psiquiátrica universitaria. Diversos pasos de depuración de esta muestra clínica, por motivos de control de calidad de los protocolos o para efectos de balancear la muestra en su composición demográfica, condujeron a una muestra clínica definitiva de 243 participantes (109 hombres y 134 mujeres). Estos participantes fueron clasificados por los profesionales tratantes —a petición del equipo de investigación— en cuatro categorías diagnósticas gruesas, resultando la siguiente distribución: neurosis reactiva (38%), trastorno de la personalidad (39%), psicosis (17%) y otras (6%) (Rissetti et al., 1996).

Resultados

A continuación se sintetizan los principales resultados de la investigación (Rissetti et al., 1996).

Confiabilidad. Al igual que en el estudio de reestandarización de la Universidad de Minnesota (Butcher et al., 1989, 1990), las escalas de conte-

nido del MMPI-2 mostraron coeficientes de consistencia interna significativamente más altos que las escalas clínicas tradicionales. En el caso de la muestra normativa chilena de hombres, presentaron una media de coeficientes alfa de Cronbach de 0,82, versus 0,63 en las escalas tradicionales. En el caso de la muestra de mujeres, los valores fueron 0,81 versus 0,62, respectivamente (Rissetti et al., 1996). Estos resultados evidenciarían la fortaleza de la metodología de construcción de estos indicadores escalares, ya comentada (Williams, 1994).

Validez de constructo. Se realizó un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax (cuatro factores), para las escalas clínicas y las escalas de contenido. En el caso de las escalas clínicas y de validez tradicionales, la estructura factorial del MMPI-2 es esencialmente la misma que la extraída en estudios de estandarización del instrumento original en Chile (Rissetti & Maltes, 1985a; Rissetti et al., 1989), observándose en ambos sexos una alta consistencia, tanto en el tiempo como a nivel transnacional, si se la compara con las magnitudes de los resultados obtenidos en el estudio de reestandarización en los Estados Unidos (Butcher et al., 1989). Se mantienen un primer factor de *Desajuste General* (Sc, Pt, F, Hs y Pd con los mayores pesos), un segundo factor de *Sobrecontrol*, con altos pesos en Hy y K, un tercer factor denominado *Depresión-Inhibición Social*, con pesos altos en D y Si, y un cuarto factor denominado *Masculinidad-Femineidad*, en el grupo de hombres, dado que la escala Mf es la única que exhibe un peso alto pero con signo opuesto al de la muestra masculina norteamericana. Este cambio de signo puede atribuirse a la probable presencia de diferencias culturales entre las muestras, en el sentido que los hombres chilenos poseerían una identificación sexual más estereotipada que los hombres norteamericanos (Rissetti et al., 1996).

En el caso de las escalas de contenido se extrajeron los cuatro factores que se detallan a continuación.

En el primer factor los mayores pesos en ambos sexos correspondieron a las escalas LSE (0,76 para los hombres y 0,79 para las mujeres), TRT (0,75 y 0,78), WRK (0,70 y 0,77), SOD (0,71 y 0,68), DEP (0,61 y 0,66) y OBS (0,55 y 0,63). Se denominó a este primer factor *Distress Social*, conjeturando que podría estar asociado a déficits de personalidad en los dominios sociales y laborales y en un estilo conductual inhibido y

resistente al cambio. Este factor entrega información complementaria al primer factor extraído de las escalas clínicas tradicionales.

El segundo factor también mostró una alta convergencia entre ambas muestras normativas, la de Chile y la de Estados Unidos. Los mayores pesos se centraron en HEA (0,84 en ambos sexos), FRS (0,60 en ambos sexos), BIZ (0,59 y 0,61 en hombres y mujeres, respectivamente) y ANX (0,53 para ambos sexos). Se infirió que correspondía a un factor específico de *Neuroticismo*, aun cuando la presencia de la escala BIZ (Pensamiento Bizarro) amerita un mayor análisis en futuros estudios, a objeto de dimensionar el significado de este hallazgo.

El tercer factor, en el caso de la muestra normal masculina, aparece con altos pesos en ANG y TPA (0,83 y 0,81, respectivamente). Estaría apuntando a un factor que se denominó *Estilo Conductual o de Personalidad*. En la muestra de mujeres se da una configuración diferente, con los más altos pesos en ASP y CYN (0,86 y 0,83, respectivamente), apuntando a un factor que se denominó *Desorden de Personalidad*.

El último factor, en el caso de los hombres, es equivalente al tercero de las mujeres chilenas y, a su vez, en el caso de las mujeres corresponde al tercero de los hombres.

En síntesis, en la versión traducida al castellano desarrollada en Chile el análisis factorial de las escalas de contenido del MMPI-2 entregaría una primera evidencia positiva en relación a la presencia de una potencial contribución adicional de estas escalas a la identificación de factores clínicos y de estilo conductual específicos¹. Podrían, en este sentido, enriquecer la capacidad de evaluación del nuevo instrumento, en la medida en la que futuros estudios corroboren este comportamiento escalar en la población chilena o de otros países.

Validez concurrente. Los análisis discriminantes realizados con las escalas clínicas tradicionales en las muestras de personas "normales" y "anormales" chilenas (muestra normativa versus muestra clínica) mostraron una función canónica altamente significativa para los hombres ($\Lambda = 0,60$, $\chi^2 = 318,8$, $p < 0,0001$) y para las mujeres ($\Lambda = 0,52$, $\chi^2 = 468,6$, $p < 0,0001$) (Rissetti et al., 1996).

En el caso de estas escalas, los más altos coeficientes canónicos correspondieron a las escalas Pt, D y Hy en hombres y D, Sc y Hy en mujeres. Comparando estos resultados con los obtenidos en estudios anteriores realizados en Chile con el MMPI original (Rissetti et al., 1989), se hace evidente un alto grado de consistencia. En el caso de los hombres chilenos normales, el porcentaje de clasificación correcta es de 88% y en el de los hombres anormales, 75%. En cambio, en el caso de las mujeres es de 90% para las normales y de 81% para las anormales. En ambos casos se da, entonces, una proporción mayor de falsos negativos que de falsos positivos, lo que apunta, una vez más, a una de las fortalezas más estables del MMPI, esto es, su potencial para ser altamente efectivo en tareas de *screening* de anormalidad o desajuste.

En el caso específico de las escalas de contenido, los análisis discriminantes también mostraron diferencias estadísticamente significativas, tanto para el grupo de hombres como de mujeres (Rissetti et al., 1996). En el caso de los hombres, estos valores fueron $\Lambda = 0,61$, $\chi^2 = 314,5$, $p < 0,0001$; y en el caso de las mujeres, $\Lambda = 0,56$, $\chi^2 = 413,6$, $p < 0,0001$.

Todas las escalas, con excepción de CYN (Cinismo), presentaron diferencias significativas, en el caso de los hombres. Por el contrario, en el caso de las mujeres todas ellas, sin excepción, discriminaron significativamente entre los grupos de normales y anormales, presentando DEP (Depresión) y WRK (Interferencia Laboral) los pesos más significativos. Este último hallazgo sería consistente con la dimensión de *Desajuste Social* comentada anteriormente respecto de los resultados de los análisis factoriales.

También se realizó un análisis discriminante entre los cuatro grupos diagnósticos gruesos en los que fue clasificada la muestra clínica. Sin embargo, se debe ser cautelosos con estos resultados preliminares, pues estos grupos nosológicos fueron bastante pequeños (Rissetti et al., 1996).

En el caso específico de las escalas de contenido se obtuvieron en este análisis dos funciones discriminantes significativas para el grupo de hombres ($\Lambda = 0,47$, $\chi^2 = 467,0$, $p < 0,0001$ y $\Lambda = 0,79$, $\chi^2 = 149,3$, $p < 0,0001$). En la primera función WRK (0,79), DEP (0,76), CYN (-0,56), TRT (-0,39) y LSE (-0,30) poseen los mayores pesos. La escala BIZ supera a todas las demás en la segunda función discriminante, con un peso muy significativo, 0,97 (Rissetti et al., 1996). Este hallazgo es coincidente con lo reportado en los Estados Unidos respecto de la capacidad

¹ Los resultados de este análisis factorial de las escalas de contenido del MMPI-2 son los primeros publicados en Chile o en el extranjero, hasta donde llega el conocimiento del autor sobre la literatura científica.

discriminativa de la escala BIZ (Ben-Porath et al., 1991), apuntando a su significativo valor incremental.

El porcentaje promedio de clasificación correcta, con respecto al juicio impresionístico o clínico, alcanzó en el caso de los hombres chilenos al 74%, siendo el grupo de psicóticos el que más exactamente fue identificado por el MMPI-2 (78% de los casos).

En el caso de las mujeres, también se identificaron dos funciones discriminantes ($\Lambda = 0,47$, $\chi^2 = 435,5$, $p < 0,0001$ y $\Lambda = 0,85$, $\chi^2 = 116,8$, $p < 0,0001$). La primera función presentó los mayores pesos en WRK (0,58), DEP (0,53), ANX (0,35) y CYN (-0,36). En la segunda, el peso más alto -al igual que en el caso de los hombres- nuevamente estuvo dado por BIZ (0,93), seguida por ASP (0,55), ANX (-0,50) y WRK (-0,43).

El porcentaje promedio de clasificación correcta alcanzó, en el caso de las mujeres, a 74% y, en general, se puede conjeturar que estas escalas de contenido tienen un potencial predictivo algo mejor que las escalas clínicas tradicionales, manteniéndose, no obstante, la nota de cautela en relación a la estructura muestral de estos grupos clínicos nacionales.

Investigación sobre la Validez Predictiva del MMPI-2

En el plano de la validez predictiva del MMPI-2, se comentan sucintamente a continuación los hallazgos de un estudio en desarrollo, cuyos resultados de la primera etapa serán publicados este año. Por medio de un diseño de investigación longitudinal, su objetivo es estudiar, en dos cohortes de ingreso a la Pontificia Universidad Católica de Chile, la relación entre el estatus psicológico observado al ingreso a la universidad y ciertas variables de criterio, tales como la deserción, el rendimiento académico y la ocurrencia de des-compensaciones psicológicas a lo largo de la estadía en la universidad (Risetti, Himmel, González & Gallardo, en prensa).

Para ello, se operacionalizó la medición del *distress* psicológico o el estado emocional negativo de un alumno en dos oportunidades: al ingreso a la universidad y en un momento de alta demanda o estrés académico (exámenes del segundo semestre del primer año). El *distress* psicológico fue definido por una función en la que se integran las demandas o presiones a las que el alumno percibe que está sometido, la vulnerabilidad de su estructura de personalidad, los recursos psicológicos o de *coping* disponibles y los recursos o red

de apoyo social con los que cuenta en un momento dado en el entorno en el que se desenvuelve. El indicador de vulnerabilidad de la personalidad, como variable predictora, fue diseñado con una metodología empírico-teórica, como se explica más adelante.

Método

Participantes. Con este diseño de mediciones sucesivas se evaluó a un total de 3.202 alumnos de las promociones de 1993 y 1994 de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se trabajó con la población completa de ingreso a la universidad en esos años, administrándose grupalmente una batería de pruebas a 1.544 hombres y 1.658 mujeres. Además, se recopiló información sobre un grupo de 393 alumnos (192 hombres y 201 mujeres) de las promociones de 1993 y 1994 que en algún momento de su estadía en la universidad consultaron a la unidad especializada de salud mental del Servicio de Salud Estudiantil de la Universidad, constituyendo la muestra clínica del estudio.

Instrumentos. Se utilizaron el MMPI-2 y otros cuatro instrumentos. Estos instrumentos, traducidos, adaptados y validados para esta población universitaria, fueron el Cuestionario de Estrés Percibido (Reifman & Dunkel-Schetter, 1990), el Inventario de Estados-Rasgos de Ansiedad de Spielberger (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), el Inventario de Procesos de Estudio U. C. (Rozas, Manzi & Moore, 1987) y la Escala de Red de Apoyo Familiar, construida en Chile por Himmel, Arancibia, Legüez y Olivares (1993).

Resultados

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax, de las escalas del MMPI-2 en la muestra clínica de la primera cohorte de admisión, esto es, alumnos de la promoción de 1993 que presentaron descompensación psicológica en algún momento del año académico. Posteriormente se replicó y validó este análisis en la muestra clínica de la promoción de 1994.

El primer factor extraído explicó más del 50% de la varianza. En el caso de los hombres, la escala de contenido LSE (Baja Autoestima) presentó el peso factorial más significativo, con valores de 0,90 y 0,94 en las promociones de 1993 y 1994, respectivamente, seguida por las siguientes escalas clínicas, de validez y complementarias

tradicionales: Si (Introversión Social), Pt (Psicastenia), F (Infrecuencia), Sc (Esquizofrenia), D (Depresión) y Mt (Desajuste Psicológico).

En el caso de las mujeres, la escala LSE también presentó un peso importante, 0,84 y 0,83 en las promociones de 1993 y 1994, respectivamente, siendo ésta la de mayor significación, después de la escala Si (0,86 y 0,88). Formaron también parte de este factor, con pesos significativos, las escalas Mt, F, D, Hs, Pt y Sc.

Con base en lo anterior, para ambos sexos se construyó el índice de vulnerabilidad como un promedio ponderado de los pesos factoriales de las escalas LSE, Si, Pt, F, Sc, D y Mt.

Incorporándose este indicador de vulnerabilidad de la personalidad a la ecuación predictiva, junto con el índice de estrés percibido (dado por el puntaje en el cuestionario de Estrés Percibido (Reifman & Dunkel-Schetter, 1990), fue posible observar lo siguiente:

1. Los estudiantes que al ingreso a la universidad presentaron altos niveles de distress psicológico (i.e., presentaron vulnerabilidades significativas en su personalidad y tendieron a percibirse como altamente estresados), mostraron mayores o iguales niveles de distress en una posterior medición en un período de alta exigencia académica.
2. Los estudiantes con un alto nivel de distress psicológico al ingreso a la universidad obtuvieron resultados académicos significativamente más bajos que los alumnos con un nivel de distress inicial medio o bajo.
3. Los estudiantes con un alto nivel de distress psicológico al ingreso a la universidad presentaron mayores tasas de deserción.

Estos resultados corroboran la evidencia encontrada en el extranjero por otros equipos de investigación (Vitaliano, Maiuro & Mitchell, 1989), en el sentido que las características de personalidad y las estrategias adaptativas utilizadas por los individuos son una variable mediadora gravitante en los resultados que obtienen en la enseñanza superior e, incluso, en el posterior desempeño profesional (McCranie & Brandsma, 1988; Vitaliano et al., 1989).

Dentro de estos factores, el estudio realizado en Chile demostró empíricamente que la vulnerabilidad presente en la estructura de personalidad juega un rol decisivo como predisponente del grado de distress o sufrimiento psicológico que inhabilita al individuo y de su respuesta disfuncional frente a las demandas del ambiente, parti-

cularmente si dichas vulnerabilidades se dan en torno a la presencia de una baja autoestima, tendencia a la inhibición y aislamiento social, baja tolerancia a la presión y propensión a la depresión (Rissetti et al., en prensa).

Desde esta perspectiva, el MMPI-2, con el nuevo indicador LSE (Baja Autoestima), estaría aportando un valor incremental a la capacidad predictiva de las escalas clínicas tradicionales que evalúan los otros dominios comportamentales descritos.

DISCUSION

Los resultados revisados permiten concluir que el tópico de la validez incremental de la versión ampliada del MMPI, el MMPI-2, después de siete años desde su publicación en el país de origen y de cuatro años desde su estandarización en Chile, es una interrogante aún no plenamente resuelta.

No obstante, fue posible observar, a partir del análisis de la experiencia extranjera y nacional, los hechos relevantes que se señalan a continuación.

Se ha obtenido en Chile una traducción válida y confiable del instrumento, con una alta equivalencia lingüística y psicométrica con la versión original, lo que permite continuar investigando con confianza las potencialidades del instrumento y realizando las comparaciones transnacionales que incrementen el cuerpo de conocimientos y permitan, a su vez, realizar aportes en el campo de la investigación transcultural de personalidad.

En lo relativo al comportamiento de las escalas de validez y *clínicas* tradicionales, se ha demostrado que el MMPI-2 conserva esencialmente las fortalezas y debilidades psicométricas de la versión original, en la medida en la que los resultados de los análisis factoriales de su estructura interna prácticamente replican los resultados encontrados respecto de la versión original. Ello daría sustento a una transición fluida desde uno al otro, en lo relativo al uso e interpretación de dichos indicadores escalares.

Con respecto al comportamiento de las 15 nuevas escalas incorporadas al inventario, con el objeto de incrementar, por un lado, su amplitud de banda en la tarea de evaluar objetivamente la personalidad y, por otro, maximizar las ventajas de la estrategia empírico-teórica en la construcción de escalas de personalidad, los hallazgos comentados tienden, en general, a ser razonablemente auspiciosos.

Se ha comprobado empíricamente que estas escalas son indicadores altamente confiables y que poseen una alta validez interna, como medidas de autorreporte.

En relación a su validez concurrente, los hallazgos todavía no son concluyentes. Se ha analizado la evidencia publicada por investigadores extranjeros, la que apunta a una alta validez incremental de algunas de estas escalas en la tarea de identificación de trastornos severos, tales como la esquizofrenia y la depresión mayor, constituyéndose en un complemento potencial potente de la interpretación de las escalas clínicas tradicionales que miden estos ámbitos comportamentales. En lo sustantivo, ello habría sido corroborado por la experiencia en Chile, particularmente en lo relativo a su capacidad de discriminar entre individuos psicológicamente normales y anormales, apareciendo como particularmente efectiva en esta tarea la escala BIZ. Sin embargo, falta aún por demostrar en Chile su capacidad de contribuir incrementalmente al polémico tópico del diagnóstico diferencial entre distintos grupos clínicos.

En el caso de la población estudiantil universitaria, por lo menos una de estas escalas (LSE) fue capaz de hacer un aporte incremental sustantivo en la evaluación de la vulnerabilidad de la personalidad basal y en la predicción de criterios tales como la deserción y el rendimiento académico. De corroborarse esta propiedad en los estudios que continúen desarrollándose, el MMPI-2 podría constituirse en una eficaz y más refinada ayuda a la tarea de evaluar personalidad, en este tipo de poblaciones y en otras con características similares, con fines de *screening*, asistenciales o de identificación de grupos de riesgo.

REFERENCIAS

- Ben-Porath, Y. S., Butcher, J. N. & Graham, J. R. (1991). Contribution of the MMPI-2 content scales to the differential diagnosis of schizophrenia and major depression. *Psychological Assessment*, 3 (4), 634-640.
- Ben-Porath, Y. S. & McCully, E. (1993). Incremental validity of the MMPI-2 content scales in the assessment of personality and psychopathology by self-report. *Journal of Personality Assessment*, 61 (3) 557-575.
- Ben-Porath, Y. S. & Tellegen, A. (1994). Continuity and changes in MMPI-2 validity indicators: Points of clarification. En J. N. Butcher & J. R. Graham (Eds.), *Topics in MMPI-2 and MMPI-A interpretation* (pp. 23-29). MMPI-2 Workshops & Symposia, Department of Psychology. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Butcher, J. N. (1992). Comparison of the original MMPI, MMPI-2, and MMPI-A. En J. N. Butcher & J. R. Graham (Eds.), *Topics in MMPI-2 and MMPI-A interpretation* (pp. 5-10). MMPI-2 Workshops & Symposia, Department of Psychology. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (1995). How to use computer-based reports. En J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment. Practical approaches* (pp. 79-94). Oxford, NY: University Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L. & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Helmes, E. & Reddon, J. R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 453-471.
- Himmel, E., Arancibia, V., Legüez, P. & Olivares, M. A. (1993). *Informe final. Proyecto MECE Media N° 3.2*. Convenio Ministerio de Educación/Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Kaplan, R. M. & Saccuzzo, D. P. (1989). *Psychological testing. Principles, applications and issues*. Cole, CA: Brooks.
- McCranie, E. W. & Brandsma, J. M. (1988). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine, Spring*, 31-36.
- Morrison, T. L., Edwards, D. W. & Weissman, H. N. (1994). The MMPI and the MMPI-2 as predictors of psychiatric diagnosis in an outpatient sample. *Journal of Personality Assessment*, 62 (1), 17-30.
- Reifman, A. & Dunkel-Schetter, C. (1990). Stress, structural social support and well-being in university students. *Journal of American College Health*, 38, 271-277.
- Risetti, F. J., Himmel, E., González, J. & Gallardo, G. (en prensa). *Relación entre variables de personalidad y adaptación y rendimiento universitario: un estudio longitudinal*. Boletín de Investigación Educativa, Facultad de Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Risetti, F. J., Himmel, E., González, J. & Olmos, S. (1996). Use of the MMPI-2 in Chile. En J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2. Research and clinical applications* (pp. 221-251). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Risetti, F. J., Himmel, E., Maltes, S., González, J. & Olmos, S. (1989). Estandarización del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) en población adulta chilena. *Revista Chilena de Psicología*, 1, 41-61.
- Risetti, F. J. & Maltes, S. (1985a). Use of the MMPI in Chile. En J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 4, pp. 209-257). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Risetti, F. J. & Maltes, S. (1985b). Validez predictiva del MMPI en la población universitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Cuadernos del Consejo de Rectores, Universidades Chilenas*, 24, 192-203.
- Risetti, F. J., Montiel, F., Maltes, S., Hermsilla, M. & Fleischli, A. M. (1978). *Traducción al castellano del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Rozas, R., Manzi, J. & Moore, C. (1987). *Construcción y estandarización del Inventario de Procesos de Estudio U. C. (IPEUC)*. Dirección General Estudiantil/Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, J. & Mitchell, E. (1989). Medical student distress. A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (2), 70-76.
- Weed, N. C. & Butcher, J. N. (1992). The MMPI-2: Development and research issues. En J. C. Rose & P. McReynolds (Eds.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 8, pp. 66-69). New York: Plenum Press.
- Williams, C. L. (1994). The new MMPI-2 content scales. En J. N. Butcher & J. R. Graham (Eds.), *Topics in MMPI-2 and MMPI-A interpretation* (pp. 17-22). MMPI-2 Workshops & Symposia, Department of Psychology. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

NOTA DEL AUTOR

La correspondencia relacionada con este artículo debe ser dirigida a Fernando J. Rissetti N., Jefe de la Unidad de Ciencias de la Conducta, Servicio de Salud Estudiantil, Pontificia Universidad Católica de Chile. José Victorino Lastarria 65, Santiago 1, Chile. E-mail: frissett@lascar.puc.cl