

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa



Tesis

Normalización del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III MCMI-III para población hondureña

Tesis para optar al grado de Magister en Psicometría y Evaluación Educativa

Presentada por:

Eliana María Fuentes Mendoza

Asesor metodológico: German Moncada Godoy, PhD.

Asesora temática: Ivette Carolina Rivera, PhD.

Tegucigalpa, Honduras

2020

CESIÓN DE DERECHOS

Tegucigalpa, M.D.C., 5 de agosto de 2019

Señores

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Coordinadores Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa

Estimados señores:

Por este medio autorizo a la UNAH para que publique en su REVISTA DIGITAL, WEB, CD Y CUALQUIER OTRO MEDIO, y uso de beneficio sociales y académicos de la sociedad hondureña mi trabajo de tesis titulado: “Prueba de Selección Universitaria en el Campo de Educación Detallado de Antropología Ciudad Universitaria, UNAH, 2018“, el cual he presentado como parte de los requisitos para optar por la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa.

Atentamente,



Eliana María Fuentes Mendoza
Cuenta No. PSE100111

Autoridades Universitarias

Doctor Francisco José Herrera Alvarado

Rector interino

Máster Belinda Flores de Mendoza

Vice-Rectora Académica

Doctora Jessica Patricia Sánchez Medina

Secretaria General

Doctora Leonarda Andino

Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda

Director Sistema de Estudios de Postgrado

Doctora Martha Lorena Suazo Matute

Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher

Coordinadora General Postgrados de la Facultad de Ciencias Sociales

Máster Lina María Mendoza Recarte

Coordinadora Académica Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo

A mi madre quien es y siempre ha sido un ejemplo de lo que es determinación, perseverancia y excelencia. A ella, pues es con su apoyo y su sabiduría, que yo he llegado hasta aquí y aun así se que me motivará a llegar siempre más lejos.

A la memoria de Nana quien siempre está presente en mí y sé que le hubiera gustado compartir este logro junto conmigo.

A la memoria de mi abuelo Josué Planas, a quien considero mi verdadero padre, por haber sido mi primer mentor, enseñándome a amar la lectura y los estudios.

AGRADECIMIENTO

A Dios por todas las lecciones, oportunidades y por todo lo que me ha dado.

A la Coordinación de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa por motivarnos siempre, a mí y a mis compañeros, a seguir adelante.

A mi asesora temática, Doctora Ivette Rivera, por ser una luz en el camino.

A mi asesor metodológico, Doctor Germán Moncada, porque más que respuestas, me hizo las preguntas correctas.

A Alfonso Escobar, amigo y compañero, por las horas de estudio compartidos y la ayuda brindada en todo momento.

Al Doctor Diego Rivera por compartirnos sin reserva, sus conocimientos sobre nuevos métodos en psicometría.

A cada uno de los docentes de la MPSE porque cada uno hizo su aporte en mi formación como psicómetra.

A mis compañeros Rodney y Rigo pues al compartir con ustedes, el trabajo parecía menos cansado.

RESUMEN

El principal propósito de este estudio es construir baremos para el Inventario Clínico Multiaxial de Millón-III, MCMI-III, para la población hondureña. El enfoque de este trabajo es cuantitativo, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 528 participantes divididos en dos grupos, clínicos y no clínicos, donde 198 eran personas del sexo masculino y 330 del sexo femenino. La muestra clínica fue extraída mayormente de los centros de atención en salud mental Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, IHADFA y Hospital Santa Rosita; la muestra no clínica se obtuvo de la aplicación de instrumento en una universidad de Tegucigalpa.

La aplicación de dos modelos estadísticos, correlacionados con diferentes variables, llevó a la construcción de dos tipos de baremos: puntuaciones T estandarizadas -por sexo- y T no estandarizados basadas en regresiones cuadráticas, en ambas unidades de análisis, muestra general y no clínica.

Palabras claves

Normalización, MCMI-III, personalidad, población general.

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Situación del Problema / Construcción del objeto de estudio.....	5
1.2 Pregunta de la investigación	7
1.3 Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Justificación	8
CAPÍTULO 2	10
MARCO CONTEXTUAL.....	10
2.1 Características generales.....	10
2.2 El Sistema de salud de Honduras.....	11
2.2.1 El sistema de salud mental hondureño	12
2.3 Psicometría en Honduras	15
2.3.1 Consideraciones previas.....	15
2.3.2 Antecedentes de la psicometría en Honduras.....	17
2.3.3 Estado actual de la psicometría hondureña	18
2.3.4 Test más utilizados en Honduras.....	19
2.4 Marco legal del ejercicio de la psicometría hondureña	20
CAPÍTULO 3	22
MARCO TEÓRICO	22
3.1 Definición de Personalidad.....	22
3.2 Modelos teóricos de la personalidad.....	26
3.2.1 Modelo internalista u organístico.....	27
3.2.2 Modelo situacionista o mecanicista.....	30

3.2.3 Modelo interaccionista o dialéctico.....	30
3.2.4 Modelo biosocial-evolucionista de Theodore Millon	31
3.3 La personalidad y sus trastornos	38
3.3.1 Trastornos de personalidad desde la perspectiva de Millon.....	42
3.4 Métodos y estrategias de estudio de la personalidad.	47
3.4.1 Millon y sus métodos y estrategias de análisis.....	49
3.5 Medición y evaluación de la personalidad.....	50
3.5.1 Perfiles de personalidad	55
3.6 Las pruebas de personalidad más utilizadas	56
3.7 Propiedades psicométricas de los instrumentos de medición psicológica	59
3.7.1 El origen de la psicometría.....	59
3.7.2 El concepto de psicometría y sus implicaciones	62
3.7.3 Confiabilidad.....	67
3.7.4 Validez	69
3.7.5 La estandarización o tipificación.....	70
CAPÍTULO 4	78
METODOLOGÍA.....	78
4.1 Tipo de investigación.....	78
4.2 Variables	79
4.3 Población y muestra.....	80
4.4 Técnicas de recolección de datos e instrumento	82
4.5 Procedimiento	85
CAPITULO 5	89
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	89
5.1 Análisis descriptivos	89
5.2 Confiabilidad del MCMI-III	94
5.3 Construcción de baremos.....	96
5.3.1 Análisis de regresión múltiple.....	96
5.3.2 Baremos por escalas.....	101
5.4 Comparación empírica de los baremos de acuerdo con el modelo estadístico utilizado	135

5.5 Elevaciones de las escalas del MCMI-III en población estudiantil	137
5.6 Análisis de la curva de ROC en el MCMI-III.....	152
CAPITULO 6	156
DISCUSIÓN.....	156
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	165
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	166
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
ANEXOS.....	189

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorización de definiciones de personalidad según Allport.....	23
Tabla 2. Dimensiones de la personalidad según Díaz (2015).....	37
Tabla 3. Trastornos de personalidad en la interacción de sus polaridades según Millon.....	45
Tabla 4. Definición de las variables de investigación.....	79
Tabla 5. Categorización de las escalas del MCMI-III.....	84
Tabla 6. Tipo de población y sexo de los participantes.....	90
Tabla 7. Participantes no clínicos de acuerdo con la Facultad.....	90
Tabla 8. Participantes no clínicos de acuerdo con el estado civil.....	91
Tabla 9. Población clínica de acuerdo con el ambiente hospitalario.....	91
Tabla 10. Muestra clínica de acuerdo con el estado civil.....	92
Tabla 11. Frecuencia de trastornos en la muestra clínica.....	93
Tabla 12. Alfa de Cronbach del MCMI-III en participantes hondureños.....	94
Tabla 13. Consistencia interna del MCMI-III en las muestras hondureñas.....	95
Tabla 14. Resumen de resultados del modelo de regresión lineal cuadrática.....	97
Tabla 15. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.....	100
Tabla 16. Baremos para la escala Esquizoide del MCMI-III.....	102
Tabla 17. Baremos para la escala Evitativo del MCMI-III.....	103

Tabla 18. Baremos para la escala Depresiva del MCMI-III.....	104
Tabla 19. Baremos para la escala Dependiente del MCMI-III.....	106
Tabla 20. Baremos para la escala Histriónico del MCMI-III.....	107
Tabla 21. Baremos para la escala Narcisista del MCMI-III.....	109
Tabla 22. Baremos para la escala Antisocial del MCMI-III.....	110
Tabla 23. Baremos para la escala Agresiva (sádica) del MCMI-III.....	112
Tabla 24. Baremos para la escala Compulsiva del MCMI-III.....	113
Tabla 25. Baremos para la escala Negativista (pasivo-agresivo) del MCMI-III.....	114
Tabla 26. Baremos para la escala Autodestructiva del MCMI-III.....	116
Tabla 27. Baremos para la escala Esquizotípica del MCMI-III.....	117
Tabla 28. Baremos para la escala Límite del MCMI-III.....	118
Tabla 29. Baremos para la escala Paranoide del MCMI-III.....	120
Tabla 30. Baremos para la escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III.....	121
Tabla 31. Baremos para la escala Somatomorfo del MCMI-III.....	122
Tabla 32. Baremos para la escala Bipolar del MCMI-III.....	123
Tabla 33. Baremos para la escala Distímica del MCMI-III.....	125
Tabla 34. Baremos para la escala Dependencia del alcohol del MCMI-III.....	126
Tabla 35. Baremos para la escala Dependencia de sustancias del MCMI-III.....	127
Tabla 36. Baremos para la escala Estrés postraumático del MCMI-III.....	128

Tabla 37. Baremos para la escala Trastorno del pensamiento del MCMI-III.....	129
Tabla 38. Baremos para la escala Depresión mayor del MCMI-III.....	130
Tabla 39. Baremos para la escala Delirante del MCMI-III.....	132
Tabla 40. Baremos para la escala Deseabilidad social del MCMI-III.....	133
Tabla 41. Baremos para la escala Devaluación del MCMI-III.....	134
Tabla 42. Identificación de trastornos de acuerdo con el modelo utilizado.....	136
Tabla 43. Comparación de diagnósticos entre modelos.....	137
Tabla 44. Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas.....	138
Tabla 45. Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales.....	140
Tabla 46. Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Humanidades y Artes.....	141
Tabla 47. Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas.....	143
Tabla 48. Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Odontología.....	144
Tabla 49. Comparación de puntuaciones medias escalares entre Facultades.....	151
Tabla 50. Número de casos utilizado para análisis ROC.....	152
Tabla 51. Área bajo la curva de la escala de Trastorno de Bipolar.....	154
Tabla 52. Coordenadas bajo la curva de la escala Trastorno Bipolar.....	155

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puntuaciones medias de los Patrones Clínicos de Personalidad de acuerdo con la Facultad.....	146
Figura 2. Puntuaciones medias de las Patologías Graves de la Personalidad de acuerdo con la Facultad.....	147
Figura 3. Puntuaciones medias de los Síndromes Clínicos de acuerdo con la Facultad.....	148
Figura 4. Puntuaciones medias de los Síndromes Clínicos Graves de acuerdo con la Facultad.....	149
Figura 5. Puntuaciones medias de los índices modificadores de acuerdo con la Facultad.....	150
Figura 6. Curva de ROC de la escala Trastorno Bipolar.....	153

INTRODUCCIÓN

Existe en la literatura una diversidad de conceptos de personalidad enmarcados en planteamientos teóricos que, desde hace más de un siglo explican el desarrollo de este constructo psicológico. Entre muchos de esas grandes teorías está la de Theodore Millon quien en su modelo asume la personalidad como un patrón complejo de características o rasgos bastante constantes y no conscientes en interrelación que se expresan casi de forma automática en el humano. Según su propuesta, tales características son resultantes de una intrincada matriz que conforma un patrón idiosincrático contentivo de disposiciones biológicas, experiencias de aprendizaje, estilos de percibir, de sentir, de pensar, de afrontar y de comportarse (Ávila-Espada & Herrero, 2003; Díaz, 2015; Giner, 2011; Millon, 1990, citado por Sánchez, 2016).

Este modelo integrador de Millon se sustenta en las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica que acuerpa distintas manifestaciones de la personalidad en cuanto a mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (Camarillo, 2015; García, 2013; Herrero, 2007; Montes, 2008; Quiroga & Fuentes, 2003; Sánchez, 2016; Velásquez, et al, 2016). Las características principales del modelo de Millon son: a) Es una teoría orientada a la persona; b) Ofrece una taxonomía de los patrones de personalidad orientada por una perspectiva cualitativa (categorización) y una cuantitativa (dimensional); c) Brinda herramientas para la evaluación clínica y de la personalidad y; d) Proporciona intervenciones y estrategias terapéuticas que se derivan de sus postulados teóricos (Millon & Grossman, 2005; Sánchez, 2016).

En el marco del modelo integrador se encuentra el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, éste es un instrumento prestigioso que posee robustas propiedades psicométricas y evalúa la personalidad dentro de su contexto permitiendo conferir sentido al síndrome clínico a través de su comprensión integral, lo que viene a fortalecer la evaluación multiaxial contextualizada en los ejes I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM (Aiken, 2003; Chacón, 2013; Giner, 2011; Millón, Carrie & Davis, 2007; Millon, Everly, & Davis, 1995; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, & Cerezo, 2011).

Sin embargo, se considera imperativa la normalización de sus puntuaciones para las poblaciones donde ha de ser aplicado, condición requerida para el uso de todo test psicológico. Al respecto García, Rodríguez, Martín, Jiménez, Hernández y Díaz (2012) señalan que el uso de pruebas psicológicas desarrolladas y baremadas en población anglosajona y/o de otros países “impide considerar la importancia que los factores socio culturales tienen en la ejecución e interpretación de los resultados obtenidos” (p. 68). En otras palabras, el uso de baremos extranjeros puede conllevar al mal diagnóstico y, a pronósticos y toma de decisiones erróneas. Por tanto, para que una prueba sea eficazmente interpretada se requiere la obtención de datos normativos para poblaciones específicas (Matamoros, Moncada & Rivera, 2014; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010; Oyuela & Ramírez, 2010; Rivera, 2020).

En el contexto hondureño se encontró que un aproximado del 26% de los 168 instrumentos que usan los psicólogos son del área de personalidad, pero han señalado la falta de datos normativos propios y, al igual que en otros países, consideran valioso contar con tests que requieran poco tiempo de aplicación (Matamoros, Moncada, & Rivera, 2014). En este sentido, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, valora rasgos de personalidad de forma similar a como lo hace el MMPI-II, pero con menor tiempo de aplicación ya que contiene sólo 175 reactivos. Además brinda excelentes datos clínicos acerca de la población evaluada, de tal manera que ambos tests poseen poderosas propiedades psicométricas y son compatibles con la nomenclatura utilizada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM con el que se forman los psicólogos en las universidades de Honduras (Chacón, 2013).

Con base a lo expuesto, en la presente investigación, se presenta los datos normativos para el uso del MCMI-III como instrumento para determinar los rasgos de personalidad en población hondureña, en la que se incluye dos tipos de participantes, uno de personas que eran atendidas en centros de atención en salud mental y otro de estudiantes universitarios, aporte importante si se toma en cuenta que este tipo de estudio escasamente se ha tratado de manera sistemática en la literatura científica nacional, pues además se proporcionan dos tipos de baremos uno de ellos partiendo del modelo tradicional para la obtención de puntuaciones T estandarizadas y el otro modelo estadístico basado en regresión múltiple que brinda otras puntuaciones T no estandarizadas que se ajustan mejor a las características de la población.

En el capítulo I de este trabajo se plantea la situación problemática que evidencia el estado de obsolescencia y/o el vacío de conocimiento en la psicometría hondureña debido a que las universidades durante casi tres décadas dejaron de producir trabajos de investigación en este campo, se realiza la formulación de la pregunta central, los objetivos general y específicos que guiaron el estudio y, se cierra con la justificación que fundamenta los beneficios de los resultados de este trabajo desde el punto de vista social, teórico y práctico para el ejercicio de la psicología en Honduras.

El contenido del capítulo II aporta los fundamentos teóricos que sirven como punto de partida de la investigación, respaldada en fuentes de literatura científica que llevan a los principales conceptos y definiciones relativos al constructo de la personalidad, se hace un recorrido histórico sobre el desarrollo científico de la Psicología de la Personalidad y la Psicometría a nivel regional y nacional. En seguida se expone los métodos y procedimientos de estas ramas de la Psicología; también se realiza la revisión de la teoría que sustenta el estudio de investigación: el modelo integrador de Theodore Millon, su fundamento científico y la propuesta de este teórico para la medición de la personalidad.

En seguida, el capítulo III se refiere al ámbito en el cual se desarrolló el trabajo, se contextualiza la investigación haciendo un análisis del ambiente físico o sea el Municipio del Distrito Central que sirvió de escenario de estudio del problema planteado desde el marco de acción del Sistema Nacional de Salud Mental y de una universidad estatal que aglutina la mayor cantidad de personas procedentes de distintas zonas geográficas del país.

La metodología se muestra en el capítulo IV e incluye la descripción de varios aspectos: la descripción del diseño de investigación, se caracteriza la población, el tipo de muestreo, tamaño de la muestra; las variables, las técnicas de recolección de datos y el instrumento utilizado, así como el plan de análisis y el procedimiento seguido en este estudio.

Luego, en el capítulo V se interpretan y analizan los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos planteados en el primer capítulo, presentando las tablas de los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales.

En el capítulo VI se explica los resultados obtenidos comparándoles con los datos de otros investigadores. Se realiza una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva de

quien ha elaborado esta tesis tomando en cuenta los trabajos de otros investigadores y el propio. Este espacio está destinado de un cierto modo a respaldar los supuestos generales o de discutirlos, y explicar y comparar los resultados obtenidos con la teoría que fundamenta este trabajo investigación.

Con base a todo lo anterior, para finalizar se expone las conclusiones o hallazgos principales; se contrastan los principales hallazgos con la teoría de Millon; se explica las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados y, se aportan algunas recomendaciones que parten de las limitaciones encontradas a lo largo del proceso investigativo.

CAPÍTULO 1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación del Problema / Construcción del objeto de estudio

Una de las herramientas fundamentales del psicólogo son los tests, los cuales apoyan el trabajo de estos profesionales para la elaboración de diagnósticos, para el planteamiento de proyectos y/o para contribuir al desarrollo de la ciencia (León, 2009). Sin embargo, dichos instrumentos deben cumplir con requisitos mínimos entre los que se encuentra la normalización de las pruebas dentro del contexto donde han de ser aplicados (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010; Rivera, 2020).

En relación a lo anterior, las consecuencias de la utilización de datos normativos de una población diferente a la que se está evaluando, puede conllevar a un mal diagnóstico, pronósticos erróneos, sesgos en la toma de decisiones para el abordaje de una problemática pues cada población tiene sus particulares características de acuerdo al lugar, cultura, idiosincrasia y otras variables, por tanto, para que una prueba sea eficazmente interpretada se requiere la obtención de datos normativos en las poblaciones específicas donde ha de ser aplicado (Matamoras, Moncada & Rivera, 2014; Oyuela & Ramírez, 2010; Rivera, 2020).

A nivel mundial son muchos los tests que han sido creados y normalizados de acuerdo a la región (León, 2009; Rivera, 2020) pero específicamente dentro de América Latina, los países que resaltan en cuanto al desarrollo del área de la psicometría, tanto en construcción de instrumentos como en estandarización y normalización, son México, Chile, Argentina, Colombia y Brasil (Ardila, 2003; Rdz-Navarro & Vinet, 2014; Vera-Villaruel, López-López, Silva, & Lillo, 2010) quedándose Honduras relegado en este campo.

A pesar de lo anterior, es importante mencionar que en América Latina el número de producciones científicas referentes al desarrollo de pruebas psicológicas va disminuyendo con el paso del tiempo (León, 2009; Rivera, 2020) y se vuelve casi nulo al enfocarse en Centroamérica. En referencia al caso de Honduras la problemática está más que acentuada; en este país centroamericano desde principios de la década de los noventa la tarea de normalización

de tests psicológicos fue abandonada, por lo que en la actualidad se ha vuelto una imperiosa necesidad para fortalecer el campo de la psicometría.

En adición, el inconveniente con los tests usados por los psicólogos hondureños es que algunos si poseen datos normativos pertenecientes a la población nacional, pero estos baremos fueron definidos hace treinta años o más, es decir, han caído en la obsolescencia. En lo que respecta al área clínica, los mismos profesionales que se desenvuelven en dicho campo reconocen que existe ese problema (Matamoras, Moncada & Rivera, 2014). Esta situación constituye una importante dificultad para el ejercicio de la psicología en Honduras ya que en la actualidad la utilización de tests en los diferentes campos de intervención psicológica se realiza empleando datos normativos ajenos a la realidad nacional pues la tendencia es hacia el uso de normotipos extranjeros que de manera arbitraria se asumen como similar al contexto hondureño.

Consecuentemente, García, Rodríguez, Martín, Jiménez, Hernández y Díaz (2012) señalan que el uso de pruebas e instrumentos de evaluación desarrollados y baremados en población anglosajona y/o de otros países “impide considerar la importancia que los factores socio culturales tienen en la ejecución e interpretación de los resultados obtenidos” (p. 68). En vista de lo anterior, siendo de vital importancia la evaluación y diagnóstico para prevenir futuros trastornos y tratar los ya instalados en la población nacional afectada por diversos factores económicos y sociales, es trascendental poseer instrumentos que ayuden a la labor del psicólogo hondureño en la búsqueda de tratamientos más efectivos y precisos que son producto de acercamientos diagnósticos pertinentes, ya que, como lo menciona Roncero (2015) y Rivera (2020), la información obtenida por los tests puede variar de acuerdo al grupo poblacional al que es aplicado.

1.2 Pregunta de la investigación

Con base a lo anteriormente expuesto en el presente estudio, se ha planteado la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los datos normativos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III en estudiantes universitarios y para población clínica atendida en los centros de salud mental de Honduras?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Establecer los datos normativos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III para población general y población clínica atendida en centros de atención de salud mental en el año 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la confiabilidad del test y la consistencia interna del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III en población hondureña.
- Construir los baremos, tanto en puntuaciones típicas como en puntuaciones obtenidas a través de regresiones de acuerdo con las variables predictoras.
- Establecer comparaciones de manera empírica de las puntuaciones T estandarizadas y no estandarizadas para la determinación del mejor modelo diagnóstico.
- Comparar la tendencia de elevaciones en las escalas del MCMI-III en la población estudiantil de acuerdo con la facultad en la que estudian.

1.4 Justificación

Los psicólogos hondureños plantean que, al seleccionar un test para incluirlo dentro de una batería de pruebas para la evaluación y diagnóstico, un criterio de alta consideración es el tiempo de aplicación que requiere el instrumento (Matamoros, Moncada & Rivera, 2014). En este sentido, es pertinente la obtención de baremos para instrumentos como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, ya que, de este modo, se ofrece una muy buena opción para valorar trastornos de personalidad similar a como lo hace el MMPI-II pero empleando menor tiempo de aplicación. Ambos son compatibles con la nomenclatura utilizada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, con el que se forma a los psicólogos en las universidades de Honduras, de igual manera proporciona excelentes datos clínicos acerca de la población que se evalúa. (Chacón, 2013).

Por otra parte, cada población posee rasgos socioculturales distintivos y, aun cuando se tengan factores comunes como el idioma y algunas tradiciones, las discrepancias entre grupos son abismales, e incluso, dentro de una misma población existen subconjuntos de personas con características desiguales que les hacen ser únicos, tal como lo mencionan Cohen y Swerdlik (2006, citado por Ramírez & Oyuela, 2010) y Rivera (2020). De tal manera que es inconveniente emplear los mismos parámetros de medición de un grupo a otro pues los resultados entre grupos desiguales no pueden ser comparables, como lo afirma Cortada (2002) al referirse a que en el mundo globalizado se tiende a la uniformidad, sin considerar que “el ser humano es único y que en nuestra mismidad como seres biológicos y sociales cada uno es diferente psicológicamente del otro; que las diferencias individuales existen de manera evidente y mensurable” (p. 231).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, resulta inadecuado, aunque por el momento es la práctica usual en Honduras, realizar interpretaciones de los resultados de una prueba, si ésta no cuenta con los datos normativos construidos con base a las características comunes en un contexto compartido por una misma población (2006, citado por Ramírez & Oyuela, 2010). En este sentido, la normalización para población nacional del MCMI-III viene a aliviar la problemática y aporta al desarrollo de la psicometría en Honduras; permite las evaluaciones y diagnósticos más acertados; es decir, con esta investigación se obtendrá un instrumento que es aplicable específicamente a la población hondureña estableciendo parámetros concretos y contextualizados.

Además, si un objetivo de usar tests psicométricos clínicos, es hacer acertados diagnósticos, para la toma de decisiones pertinentes no basados únicamente en el juicio clínico sino partiendo de datos y evidencias objetivas (Muñiz, Hernández & Fernández-Hermida, 2020), es innegable la necesidad de contar con pruebas psicológicas con baremos hondureños y, ya que el enfoque de trastornos mentales con que las universidades forman a los psicólogos consideran el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, es imperante contar con un método riguroso de diagnóstico tal como el utilizado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, el cual es compatible con la nomenclatura de dicho manual (Chacón, 2013).

En adición, la importancia de normalizar el MCMI-III radica en que el modelo teórico que fundamenta este inventario es integrador, toma elementos psicodinámicos, cognitivo-conductuales y biológicos (Camarillo, 2015). De este modo, se pretende aportar otra visión y/u otro punto de vista para evaluar la personalidad, tomando en cuenta, tanto los factores endógenos y la influencia del ambiente en la formación de la personalidad.

Para finalizar, al normalizar la prueba mencionada se brinda un aporte metodológico para las prácticas específicas de los psicólogos que laboran en el área clínica y que están orientados a la mayor precisión del diagnóstico ya que la exactitud de cualquier instrumento está determinada por los baremos obtenidos en los grupos específicos a evaluarse. Conjuntamente, la obtención de datos normativos nacionales hace aportes importantes a la psicometría en Honduras (Matamoros, 2014; Rivera, 2020), rama de la psicología que ha tenido muy pocos avances a nivel nacional, contribuyendo además a potenciar la psicología aplicada al dar solución al problema por el uso inadecuado de instrumentos normalizados con poblaciones ajenas a la realidad de país.

CAPÍTULO 2

MARCO CONTEXTUAL

2.1 Características generales

Honduras cuenta con una población que excede los nueve millones de habitantes (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH, 2014; Hernández Ore, Sousa & López, 2016). Alrededor del 54% de la población se encuentra en la zona rural y el resto en la zona urbana (López, 2002; Hernández, 2003). El Banco Mundial (2018) informó que la mayoría de los ciudadanos tienen ingresos dentro del rango medio bajo con significativos desafíos en diferentes campos del desarrollo humano, índice que según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD se encuentra en 0.625, ya que alrededor del 66% de los hondureños viven en situación de pobreza (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, 2015; Organización Mundial de la Salud OMS, 2008), ubicándose como uno de los países de América Latina con el más alto índice de desigualdades socioeconómicas (Agencia de Cooperación Internacional, GIZ, 2010).

A ello se suma lo planteado por Hernández (2003), que encontró una relación estrecha entre pobreza, educación y salud. Al respecto el Instituto Nacional de Estadística INE (2015) expresó que el 3.6% de la población está desempleada y 54.1% subempleada, además señaló un 84.4% de analfabetismo en adultos. De este modo, se denota que existen diferencias en relación con el índice de desarrollo humano, siempre deficitario, si se toma en cuenta los indicadores de salud, educación e ingresos. Por tanto, el nivel de pobreza humana relacionado a esos indicadores refleja que la mayoría de los hondureños carecen de elementos esenciales para lograr potenciar sus capacidades como seres humanos. Sin embargo, es difícil precisar la magnitud del problema ya que por ejemplo en el sector salud, no se cuenta con un sistema nacional de información porque las entidades encargadas los reúnen basados en diferentes criterios (Bermúdez-Madrid, Sáenz, Muiser & Acosta, 2011).

2.2 El Sistema de salud de Honduras

El sistema de salud está cimentado en la Constitución de la República de Honduras la cual contiene una serie de mandatos que expresan como fin último que las acciones del gobierno y de la sociedad misma, se deben encaminar a la promoción del bienestar de la persona, así como de su realización lo que implica que para cumplir este propósito, es necesario velar de manera integral por los aspectos físicos y psicosociales que le pueden afectar (Secretaría de Salud, 2005). En congruencia con lo anterior, el Gobierno, dentro del presupuesto 2014-2018, se enfocó en 14 resultados estratégicos globales entre los que se encuentra una mayor cobertura del servicio de salud por lo que se destinó fondos para garantizar el fortalecimiento de los programas de salud, pago de empleados y, adquisición de medicamentos, materiales y recursos (Gobierno de la República de Honduras, 2016).

El sistema de salud pública de Honduras está constituido por dos subsectores: el primero es la Secretaría de Salud que es el ente rector y regulador que brinda servicios al sesenta por ciento de la población, tiene como objetivo principal la protección y promoción de la salud de la población sin excepciones. Su coordinación funcional la forman una serie de unidades estatales, instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales que tienen la finalidad de articular esfuerzos entre sí (CONADEH, 2014; Secretaría de Salud, 2012).

El segundo subsector de la salud pública es el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) el cual atiende al doce por ciento de la población asalariada. Existe un tercer subsector de orden privado que brinda servicios al diez por ciento de los hondureños y lo conforman instituciones con o sin fines de lucro. Aun así, hay un dieciocho por ciento de la población que no tiene acceso a ningún servicio de salud (Bermudez-Madrid, Sáenz, Muiser & Acosta, 2011; Carmenate, Herrera, & Ramos, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2008), el sistema de salud público hondureño lo conforman 6 hospitales nacionales –incluidos dos hospitales psiquiátricos-, 16 hospitales de área, 6 hospitales regionales, 61 Clínicas Materno Infantil, 14 centros escolares odontológicos, 1,324 centros de atención primaria, de los cuales para el 2008 solo el 20% poseía un médico y 55 más que no están clasificados. Empero, con tales subestructuras el sistema sanitario hondureño no se da abasto porque no sólo engloba la atención directa a las enfermedades o tratamientos sino también a la promoción y educación en salud como método

preventivo y además la búsqueda de servicios de salud crece cada día (Secretaría de Salud, 2012).

En contraste Carmenate, Herrera y Ramos (2016) expresan que los servicios de salud en Honduras están caracterizados por tener problemas de coordinación y articulación entre instituciones y unidades de servicio, lo que desemboca en importantes deficiencias disminuyendo la calidad de las atenciones brindadas. Además, el sistema de salud está caracterizado por ser fragmentado, excluyente, ineficiente, inequitativo e incapaz de satisfacer las demandas de la población (Carmenate, Herrera, & Ramos, 2016; CONADEH, 2014).

En suma, el Modelo Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 2012) refiere que las fallas encontradas por algunos investigadores en el sistema de salud hondureño se deben a que esa estructura está centrada en el individuo y no en la comunidad, que hay inadecuado cuidado de la salud a pesar de poseer un apropiado número de médicos trabajando en el sistema, se ha aumentado los costos en salud, existe uso inadecuado de los recursos, la atención brindada es deficiente y, muestra inequidad a la hora de brindar la atención. Sin embargo, en este documento se menciona que estas falencias no influyen para que existan cambios en el estilo de vida y, por lo tanto, los indicadores de mortalidad no tienen transformaciones significativas.

2.2.1 El sistema de salud mental hondureño

En el Plan Nacional de Salud 2021 (Secretaría de Salud, 2005) se manifiesta que “No hay salud sin bienestar mental. Los problemas de salud mental pueden llegar a reducir de forma importante la calidad de vida de las personas que los sufren y de las de su entorno, y puede ser causa de discapacidad” (p.48). Además, en ese documento se hace alusión a que los desórdenes mentales conllevan consecuencias para la sociedad en el sistema educativo, en lo económico y lo judicial; son causa de absentismo laboral y/o jubilación anticipada lo que desemboca en reducción de la productividad, aumento de costos, exclusión social y discriminación de las personas afectadas y sus familias quienes se ven expuestas a prácticas sanitarias que atentan contra su dignidad y sus derechos fundamentales.

En el marco de la Política Nacional de Salud Mental 2004-2021 (Secretaría de Salud, 2004), estos servicios para adultos y adolescentes a nivel nacional se atienden en dos hospitales

psiquiátricos, el Hospital Mario Mendoza para casos de psiquiatría y el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita que tiene unidades de psiquiatría y una de alcohólicos (Secretaría de Salud, 2005), ambos con una respuesta limitada por todas las restricciones en cuanto a recurso humano y financiero, insumos, equipo e infraestructura (CONADEH, 2014; Espinoza & Sosa, 2012; OMS, 2008). Otro centro que proveen atención en salud mental es el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia IHADFA para problemas por el consumo de drogas (Bermudez-Madrid, Sáenz, Muiser & Acosta, 2011).

En las instituciones donde se atienden problemas de salud mental, dependiendo de si es un profesional de la psiquiatría o de la psicología, se utilizan para el diagnóstico, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, capítulo 5 de la CIE-10, desarrollado por la OMS o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV revisado, DSM-IV TR de la American Psychiatric Association, APA, respectivamente, aunque en el caso de los psicólogos, algunos utilizan la versión más actualizada, es decir, el DSM-V. Estas clasificaciones internacionales permiten tener un lenguaje común entre los diferentes profesionales del área de la salud mental hondureña (Chirinos, et al, 2002).

Por otra parte, a pesar de que el Código de Salud establece garantías en el sentido de brindar atención especializada de salud mental en hospitales con instalaciones adecuadas, equipo y materiales idóneos (Secretaría de Salud, 2004), la OMS (2008) plantea que se carece de recursos humanos y financieros para el establecimiento a nivel nacional de estrategias de impacto limitándose a las consejerías de familias para casos de violencia familiar en 14 unidades, es decir 0.001 centros por cada 1000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2009). De igual manera, Espinoza y Sosa (2012) con relación al estado de los servicios sanitarios hondureños indicaron que las autoridades de salud no priorizan el tema de las enfermedades mentales.

Según la OMS (2008) en general el sector salud carece de datos sistematizados y actualizados, empero, la OPS (2009) en el monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma del sistema de salud de Honduras estableció que ejerciendo su rol rector, la Secretaría de Salud elaboró el plan nacional de salud 2021 y creó instancias para responder a las necesidades del país, pero en ese documento no se especifican acciones concretas en materia de salud mental, aun cuando Bermúdez-Madrid, Sáenz, Muiser y Acosta (2011) han reportado que

el hondureño convive en un contexto que potencia factores de riesgo para problemas mentales; la violencia ocupa una importancia creciente, por ejemplo los homicidios aumentaron más del 100%, el país está expuesto a desastres naturales, el 60% del territorio nacional presenta alto riesgo de deslizamientos y con frecuencia acaecen eventos naturales de magnitudes desastrosas, entre otros.

En relación con lo anterior, en el Plan Nacional de Salud 2021 (Secretaría de Salud, 2005), se reportó que para el 2004 los problemas de salud mental diagnosticados en atención primaria fueron, por orden de frecuencia la violencia, seguido por los trastornos depresivos, epilépticos, neuróticos, del desarrollo psicológico y del comportamiento en la infancia. En ese mismo orden, las cifras indicaron que la violencia intrafamiliar ascendió a 3,387 casos, se aumentó los casos de rapto, violación e intento de violación y la explotación sexual comercial en niños y adolescentes. En cuanto al ámbito hospitalario, fueron más frecuentes los diagnósticos por consumo de alcohol, trastorno bipolar y el episodio maníaco depresivo con síntomas psicóticos. También se reporta que los adolescentes fueron atendidos por depresión, intentos de suicidio y abuso sexual.

Para el 2005 en el Plan Nacional de Salud se menciona que el fenómeno de la migración irregular y deportación constituía una situación con repercusiones negativas en la salud mental, es así que dentro de este grupo de hondureños se atendieron en el Centro de Atención del Migrante Retornado entre el 2002 y el 2003 17,505 personas de 16 a 35 años afectados por problemas de depresión, sentimientos de incapacidad, agresividad, baja autoestima, carencia afectiva y por parte de la sociedad fueron objeto de rechazo y estigma al buscar empleo asociado al fracaso en el intento de llegar a Estados Unidos (UNICEF, 2018). Para el 2016 estas cifras ascienden a 69,370 personas y; para febrero de 2017 se suman otras 8,412 deportaciones (Flores, 2017).

Tomando en cuenta los datos anteriores, es necesario señalar la importancia de tomar medidas que ayuden a mejorar la salud mental pues, al padecer algún problema psíquico, se disminuye la calidad de vida, se aumentan los trastornos duales -coexistencia de dos trastornos mentales (Castaño & Sierra, 2016)-, la mortalidad, la propensión al suicidio, etc. (Feijó Mello, et al, 2009), por lo que se considera necesaria la intervención de estos problemas desde diferentes tipos de abordaje. En este sentido, en la Política Nacional de Salud Mental 2004-2021

(Secretaría de Salud, 2004) se establecen seis áreas estratégicas de abordaje, una es la investigación para el impulso y realización de estudios científicos, desde dos ejes transversales; equidad de género y ética y, derechos humanos, sustentados en una visión humanística desde las diferencias y la vulnerabilidad en cuanto a edad, género, clase social y etnia.

Entre las líneas de acción del área estratégica de investigación que establece la política de salud mental antes mencionada se indica el establecimiento de acciones para la coordinación con universidades en cuanto al desarrollo de investigaciones científicas en el campo de la salud mental. Dentro de este marco estratégico es destacable la realización de estudios que, entre otros aspectos conlleven a la obtención de instrumentos psicológicos válidos, confiables y contextualizados que permitan realizar diagnósticos confirmatorios certeros para tratamientos oportunos y para emprender otras acciones pertinentes.

2.3 Psicometría en Honduras

2.3.1 Consideraciones previas

En diferentes países se han realizado estudios para desarrollar el campo de la psicometría. Muchas revistas reflejan el trabajo de investigadores en psicología social, evolutiva, clínica, educativa, etc. que dedican esfuerzos para la normalización de instrumentos (Gómez-Benito & Hidalgo-Montesinos, 2003). Por ejemplo, en España, para lograr una mejora continua en el uso y administración de los tests, se realizan evaluaciones periódicas usando criterios referentes a la baremación en diferentes grupos poblacionales y los resultados muestran una buena calificación, como medida global, aunque no excelente (Elosua & Geisinger, 2016). Es decir, aunque cuenten con tests que posean baremos nacionales, se considera que falta establecer datos normativos para diferentes grupos en la misma población española, tal como sucede en Estados Unidos.

En América Latina, son varios los países que sobresalen en el tema de la normalización de tests psicológicos como Brasil, México, Argentina y Chile (Vera-Villarreal, López-López, Silva, & Lillo, 2010). Por ejemplo, en Chile, de los artículos científicos publicados sobre psicología hay un 13.7% que se refieren a la obtención de datos normativos locales para tests extranjeros (Vinet & González, 2013). Estos hechos tienen un alto impacto en el uso de pruebas

por los psicólogos del continente pues los distintos baremos contruidos en esas naciones son los que en su mayoría se aplican a individuos evaluados en países que carecen de datos normativos propios cayendo en el error de asumir que por ser de la misma región hispanoamericana se tienen características poblacionales similares.

A contrario *sensu*, en Bolivia la formación en psicometría en las universidades se limita a un promedio de dos asignaturas, los investigadores creen que este campo está desvalorizado en su país pues los estudios de normalización de tests psicológicos son pocos, sólo el 4% de las tesis de licenciatura se relacionan con estudios en esta área (Schulmeyer, López, & Ortuño, 2013). El caso de la República Dominicana es similar, Nicolas y Martínez (2015) afirman que “existe un aparente déficit de pruebas objetivas estandarizadas cuya confiabilidad y validez hayan sido propiamente establecidas” (p. 44); además indican que en sus universidades sólo el 2% de recursos se destina a investigación y los psicólogos clínicos –con quienes se realizó este estudio- son apáticos para realizar investigaciones científicas en parte por la poca formación en metodología de la investigación.

En Colombia, Rodríguez-Jiménez, Rosero-Burbano, Botia y Duarte (2011) señalan que sólo el 3.32% de las investigaciones de estudiantes y docentes de Bogotá y Chía donde se concentran el mayor número de programas de grado y de postgrado en el campo de la psicología, corresponden a investigaciones relativas a psicometría. Por otra parte, la situación en Cuba es similar, González (2007) explica que en ese país “no cuenta aún con el desarrollo y la fuerza necesaria para dar lugar a la validación y normación de los instrumentos psicológicos con que trabajamos, y crear los nuestros” (p.46).

El caso de Perú es parecido, Ramos (2016) señala que en las universidades de ese país centran la formación del estudiante de psicología en la aplicación de tests sin atender la formación en cuanto a los fundamentos teóricos que sustentan esas pruebas ni a las normas técnicas, lo que resulta en errores en el manejo de instrumentos psicológicos cuando llegan a ejercer la profesión a la vez que utilizan normas que no corresponden a su contexto. Para Livia y Ortiz (2014), citados por este autor, mencionan que el problema de la medición psicológica en el Perú es grave dado que no se dispone de pruebas estandarizadas para su realidad, ni tienen una política de control que norme su uso y se preocupe por la fiabilidad de los resultados que se reportan en las consultas.

2.3.2 Antecedentes de la psicometría en Honduras

La psicometría en Honduras destaca en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras cuando el Consejo Universitario crea la Carrera de Psicología en 1961 con un primer plan de estudios en el que se integraron dos asignaturas relacionadas con la medición psicológica: una con duración de 80 horas y otra de 160 horas, lo que según Donaire (2001) sentó fuertemente las bases en este campo. Este autor señaló que uno de los objetivos del perfil profesionalizante del psicólogo en ese plan de estudios era desarrollar la capacidad pura para la investigación científica por lo cual, los primeros profesionales hondureños graduados de esta disciplina contaban con las competencias para elaborar estudios de normalización de tests en población nacional.

Donaire (2001) también indicó que la Carrera de Psicología de la UNAH se orientaba en sus inicios tanto al área clínica como a la educativa por lo que, los diferentes trabajos de normalización de tests iban en esas mismas líneas, es decir, enfocados en pruebas de personalidad, así como en las de aptitudes e inteligencia respondiendo de esa manera a la necesidad de aquella época. Con la evolución de los planes de estudio y más enfáticamente al implementarse el sistema modular en la Carrera de Psicología de la UNAH, entre 1978 a 1988, la producción científica en el área de la psicometría tuvo avances significativos y se ampliaron los estudios a otras áreas de la psicología. Las tesis relativas a la estandarización, normalización y/o validación de tests se encuentran a disposición del público en la sección Colección Hondureña del Sistema Bibliotecario de la UNAH.

Algunos trabajos de baremación de pruebas, se realizaron con el Test de Matrices Progresivas de Raven para adultos (Rivera M. , 1981), Test de Matrices Progresivas de Raven para niños (Osorio & Guzmán, 1982), Test de Habilidades Mentales Primarias (Camoriano & Rivera, 1981), Escala Wechsler de Inteligencia para Niños WISC (Rodríguez & Bernhard, 1982), Test Evolutivo de Integración Visomotora (Zúniga & Escher, 1983), Encuesta de Hábitos y Actitudes hacia el Estudio (Vindel, 1983), Test de Inteligencia no verbal de la Universidad de Purdue (Barahona, 1981) y el Otis intermedio (Aguilar, 1981). Baremos que en la actualidad siguen usándose aun cuando sus normas datan de muchos años atrás, sin tomar en cuenta que las características sociodemográficas y psicológicas pueden variar con el transcurso del tiempo (Esteban, Calatayud, Ozcoidi, Sanchis, & Asencio, 2012).

A principios de los años 90 los trabajos de tesis disminuyeron debido a que la UNAH realizó reajustes a todos los planes de estudio y luego el Consejo Universitario emitió un acuerdo que abolía la obligatoriedad de realizar tesis como requisito de graduación para el nivel de pregrado, dejando esta tarea sólo a los egresados de los postgrados, inexistentes en el campo de la psicología hondureña hasta principios de este siglo. En este sentido, durante las últimas décadas, los planes de estudio de pregrado de la Carrera de Psicología en la UNAH han buscado garantizar la formación en cuanto a la administración e interpretación de diversos tests psicológicos, omitiendo el desarrollo de competencias en adaptación y normalización de estos.

Consecuentemente en Honduras, desde principios de los años 90, cuando los psicólogos emplean pruebas psicológicas se acostumbra el uso de baremos extranjeros, normalmente mexicanos en algunos casos o, se utilizan los normotipos nacionales que han caído en la obsolescencia (Mendoza, 2016) pues, desde que en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se eliminó la elaboración de tesis como requisito de graduación para el pregrado, los estudios psicométricos se redujeron significativamente y, por otra parte aunque en varios centros de educación superior hondureños se gradúan psicólogos, éstos colegios universitarios privados limitan la formación en psicometría de los nuevos profesionales, al uso y administración de tests, restando importancia a la formación en construcción y/o normalización de los mismos (Matamoros, Moncada, & Rivera, 2014).

2.3.3 Estado actual de la psicometría hondureña

A partir de la segunda década de este siglo, ha habido algunos esfuerzos por impulsar el desarrollo de la psicometría en el país. Una iniciativa reciente es el estudio de Matamoros, Moncada y Rivera (2014), quienes indicaron que los psicólogos tienen alta confianza en el uso de los tests y en la preparación que reciben en las universidades a nivel de pregrado e informan de un amplio número de pruebas usadas en su práctica profesional, en distintos campos de la psicología, sin embargo, informaron quejas de los participantes por falta de baremos hondureños y/o actualizados. Lo que, de acuerdo a esos autores implica problemas éticos, científicos y prácticos. Además, los psicólogos consultados manifestaron desconocer aspectos relativos a la construcción y adaptación de tests, así como de técnicas estadísticas usadas para su validación.

Otra iniciativa valiosa en el desarrollo de este campo en Honduras ha sido el trabajo del proyecto Mejorando el Impacto al Desempeño Estudiantil en Honduras MIDEH, que orientado a la evaluación de la calidad de la educación y de los aprendizajes, detectaron necesidades de capacitación en medición del desempeño estudiantil y valoraron la competencia de las universidades locales para asumir ese reto. Por ello, coordinando con la Escuela de Ciencias Psicológicas de la UNAH, realizaron diplomados en psicometría y evaluación educativa, para procesos de acreditación y certificación, construir, adaptar y normalizar tests, evaluar procesos educativos aplicando criterios técnicos y científicos (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, 2015).

Aun así, son pocos los psicólogos hondureños que han dedicado esfuerzos para la actualización y construcción de normotipos contextualizados; por ejemplo, como iniciativas propias de docentes de psicología, se han actualizado los del PMA para población universitaria (Mendoza, 2016) y del Test Gestáltico Visomotor de Bender por German Moncada, Ivette Rivera y Daniel Matamoros, todavía no publicados. Por otra parte, la Escuela de Ciencias Psicológicas y la Dirección de Investigación Científica y Postgrados de la UNAH con el apoyo del Proyecto MIDEH/USAID lograron la aprobación y funcionamiento de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa a partir de 2016 (UNAH, 2015), esperando lograr la normalización y construcción de varios tests psicológicos, elaboración de pruebas complementarias a la PAA y la construcción de pruebas de desempeño estudiantil.

2.3.4 Test más utilizados en Honduras

Hay un único estudio acerca del uso de tests en Honduras. Según dicha investigación los psicólogos hondureños conocen 168 pruebas, además se ven influenciados por las universidades en el conocimiento, selección y uso de pruebas a pesar de que sólo 33 de ese total son enseñadas en los centros educativos, de las cuales, las cinco más utilizadas son el Bender, el Test de la Familia, el Casa-Árbol-Persona (HTP), el MMPI y el Test de la Figura Humana (DFH), reflejando de esta manera la mayor preferencia hacia el uso de tests proyectivos del área clínica, muchas veces en consideración al tiempo para la aplicación y calificación que se requiere. Además de estos instrumentos, se encontró que en el sector público existen más pruebas disponibles que en el sector privado, pero, las de este último se enfocan más en el área de

recursos humanos. Entre tanto, en orden de importancia el 25.9% de los psicólogos usan tests de personalidad, luego las de inteligencia y en tercer lugar están las de uso psicopedagógico (Matamoros, Moncada, & Rivera, 2014).

2.4 Marco legal del ejercicio de la psicometría hondureña

Teniendo en cuenta la importancia de trabajar con personas y el efecto o consecuencias que puede tener un mal diagnóstico o una mala praxis en sus vidas, es necesario contar con normativa que regule los principios, las posiciones morales y los valores, con que se dirigen los psicólogos. (Lindsay, 2009). Partiendo de ello, en cada país, los profesionales de la Psicología construyen su marco legal para el ejercicio profesional elaborando los reglamentos, lineamientos, códigos u otro tipo de normativa que les regule, esgrimiendo el Código de Conducta y Principios Éticos de los Psicólogos que en su esencia habla de: beneficencia y no maleficencia; fidelidad y deber; integridad; justicia y, respeto de los derechos de los pueblos y la dignidad (American Psychological Association APA, 2010).

En el caso particular del uso de tests psicológicos, la APA (2010) menciona que “Los psicólogos no basan sus decisiones de evaluación o de intervención, ni sus recomendaciones, en datos o resultados de tests desactualizados para el propósito actual” (Etcherves, 2003) dejando entrever la importancia que tiene el obtener datos normativos actuales pues las características de la población se pueden modificar con el paso del tiempo y, además manifiestan que para la aplicación de un instrumento de evaluación, las propiedades psicométricas del mismo deben estar basadas en la población a la que pertenece el sujeto a evaluarse. De no ser así, se debería indicar las limitaciones que adolece dicho proceso de evaluación.

En Honduras, por decreto 129, publicado en La Gaceta de 1982 (República de Honduras, 1983), se aprueba la Ley Orgánica del Colegio de Psicólogos de Honduras para controlar la conducta profesional, es un referente para ejercer la Psicología de la mejor manera, garantizando las buenas prácticas y el buen nombre del gremio. Esta ley no contiene artículos que regulen el uso de baremos locales o extranjeros, pero, el artículo 8 exhorta al abordaje del paciente apegándose a las normas éticas; el artículo 39, literal b, expresa “No ofrecer más de lo que la capacidad profesional permite. En tal sentido, el psicólogo se abstendrá de ofrecer servicios

profesionales que no tengan una sólida base científica.” (p. 9). Y el artículo 41, literal c indica que los psicólogos están obligados a mejorar el ejercicio profesional a través de la investigación. (Colegio de Psicólogos de Honduras COPSIH, 2011).

En consecuencia, el Tribunal de Honor del COPSIH redactó el Código de Ética Profesional (Tribunal de Honor, COPSIH, 2016) en el que existe una sección sobre los tests psicológicos que puntualiza que, al seleccionar una prueba, se tome en cuenta que la misma sea normalizada y estandarizada, sin embargo, no se aclara en qué tipo de población, limitando sus indicaciones a la aplicación, corrección e interpretación de instrumentos electrónicos. Otra de las secciones exhorta a la búsqueda de solución de problemas de la realidad nacional, mejorar el ejercicio de la profesión como tal por lo que se infiere que la normalización de pruebas psicológicas en población hondureña, debería ser una prioridad de los investigadores en el campo de la psicología con el fin de que esta situación deje de ser un obstáculo para el diagnóstico certero. A pesar de la normativa, los psicólogos hondureños reclaman que el papel del COPSIH en la regulación de la adquisición y del manejo de tests, es pasivo (Matamoros, Moncada, & Rivera, 2014).

Hasta este punto se mostró un panorama acerca de la situación de la población hondureña en referencia a la salud mental y sus implicaciones éticas y legales. Ahora se presentará la teoría que sustenta este estudio.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3.1 Definición de Personalidad

Los intentos por explicar la naturaleza de la personalidad son más antiguos que la misma psicología científica (Andrés, 2016; Bermúdez, Pérez-García, Ruiz, Sanjuán & Rueda, 2012; Díaz, 2015; Herrero, 2007; Monge, Montalvo & Gómez Hernández, 2014; Montaña, Palacios & Gantiva, 2009; Mota, 2015; Sánchez, 2016). Existen en el latín diferentes términos que hacen referencia a la personalidad, uno es *Personare* que significa resonar a través de algo; otro es *Per se unum*, referido a la unidad sintética, es decir, lo único, lo singular, lo peculiar, lo que caracteriza y, *Phersum* que alude a aquello que primero se ve a través del cuerpo, en especial de la cara (Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnath, 2004). En el griego, también se encuentra el término *prosopon* para referirse a cara, rostro, máscara (Betancourt, 2010; Díaz, 2015; Mellides, 2015; Sánchez, 2016).

En tal sentido, desde la constitución de la psicología como ciencia, han aparecido tantas y distintas teorías que explican este constructo y que a su vez presentan diferentes definiciones del término (Andrés, 2016; Mota, 2015; Velásquez, et al, 2016). Por ello, el estudio científico de la personalidad es el objeto de estudio de la Psicología de la Personalidad, circunscrito al ámbito psicológico como fenómeno natural dinámico y cambiante, en el que se investigan los fenómenos relacionados al concepto de personalidad, los cuales sirven para explicar y predecir la conducta individual, utilizando el rasgo como unidad de análisis (González, 2007). Es decir, con base a que cada persona posee una personalidad propia que le designa su forma de ser y funcionar de su psiquismo humano (Andrés, 2016; Monge, Montalvo & Gómez, 2015; Pérez-García & Bermúdez, 2011).

En palabras de Andrés (2016) para conceptualizar el constructo, siempre habrá que tomar en cuenta que “la estructura de la personalidad es un conjunto de factores psicológicos internos... Estos factores psicológicos pueden denominarse de muchas maneras: instintos, deseos, motivos, creencias, intereses, actitudes, emociones. Las diferentes teorías se centran especialmente en alguno de estos conceptos” (p. 26). Sin embargo, “los psicólogos definen la

personalidad como el conjunto de formas y maneras características que tiene un individuo de enfrentarse al medio” (p. 36), empero, cada enfoque teórico la define de forma más detallada. Algunos conceptos según este autor se enfocan en la conducta, otros en la vida emocional, otros en creencias o sentimientos, etc., lo cierto es que en la mayoría de ellos se asume que la personalidad es compleja y se refiere a la totalidad del individuo.

Por otra parte, Allport (1974) realizó una categorización de las definiciones de personalidad (Medilles, 2015). En la Tabla 1 se muestra esta clasificación.

Tabla 1.

Categorización de definiciones de personalidad según Allport.

Categoría	Descripción	Ejemplo característico del concepto
Definiciones aditivas	Aluden a la sumatoria de los diversos aspectos que definen al ser humano. Estas definiciones omiten la condición de ser una organización ordenada.	“La suma de todos los rasgos del individuo” (Murray, 1932).
Definiciones integrativas configuracionales.	Éstas señalan que la personalidad está compuesta por una mezcla de características, pero se enfocan en el carácter organizado y estructurado que éstas presentan.	“la superpauta persistente que expresa la integridad y la individualidad conductual característica del organismo” (Gessell, 1930).
Definiciones jerárquicas	Entienden la personalidad como una organización de partes integrantes de forma jerárquica en la que el elemento último es el que define la conducta humana.	“Es un sistema contenido en una matriz de sistemas socioculturales. Es una estructura interior encajada en estructuras exteriores y en interacción con ellas” (Allport, 1961).
Definiciones que se enfocan en el ajuste al medio	Conjunto organizado de elementos que va a determinar el ajuste característico de la persona al entorno.	“la integración de aquellos sistemas de hábitos que representan los ajustes al medio característicos de un individuo” (Kempf, 1920).
Definiciones enfocadas en el carácter distintivo de la personalidad	El constructo se entiende como lo más distintivo y único del individuo, que le diferencia de todas las demás personas.	“... cada personalidad es única... La personalidad de un individuo es su patrón es su patrón único de rasgos” (Guilford, 1959).

Fuente: Elaboración propia.

Otras formas de categorizar los diferentes conceptos de personalidad, son expuestas por Velásquez et al. (2016) quien plantea grupos de definiciones de acuerdo a las diferentes perspectivas teóricas. De este modo, basado en la teoría de los rasgos (Andrés, 2016; González, 2007; Monge, Montalvo & Gómez, 2015) se asume que la personalidad se define en términos de que cada aspecto del ser humano gira en torno a una característica particular, que es la que se desea medir. Algunos de sus exponentes son Cattell y sus 16 factores de personalidad y, Eysenck con las tres dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión, neuroticismo y psicoticismo (Dolcet i Serra, 2006; González, 2007).

Un segundo grupo, según Velásquez et al. (2016) está conformado por los psicólogos conductistas como Skinner y Watson que asumen el énfasis en la especificidad situacional o contextual restando importancia a los procesos internos. Por su parte los psicólogos cognitivos, entre ellos Bandura y Kelly, señalan que la personalidad se define de acuerdo con la interacción entre la cognición, el aprendizaje y el ambiente. Un cuarto grupo de concepciones se enmarca en la teoría integradora de la personalidad que, como su nombre lo indica, integra varias propuestas de diferentes enfoques con el objetivo de elaborar un modelo de personalidad de amplio espectro, con los principales logros de la investigación empírica, fundamentados en un enfoque evolucionista, incluyendo paradigmas actuales de rasgos e incorporando el tema de los procesos.

Con base a todos los elementos expuestos en los párrafos que anteceden, muchos psicólogos han construido más recientemente otros conceptos de personalidad, algunos de los cuales se presentan a continuación:

Para Aiken (2003) la personalidad humana se define como

“Un compuesto de habilidades cognoscitivas, intereses, actitudes, temperamento y otras diferencias individuales en los pensamientos, sentimientos y la conducta. Esta definición enfatiza el hecho de que la personalidad es una combinación única de características cognoscitivas y afectivas que puede describirse en términos de un patrón típico y bastante consistente de conducta individual” (p. 313).

Otro concepto asume que la personalidad es “aquello que determina la conducta en una situación definida y en un estado de ánimo definido” (Catell, 1965, citado por Gross, 2012, p. 802).

Por otra parte, se encuentra un concepto que le define como “Organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman en equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones” (Bermúdez et al, 2012, p. 24; Monge, Montalvo & Gómez, 2015).

Además, se hace referencia a que la personalidad es un “Sistema complejo y dinámico de elementos psicológicos que interactúan recíprocamente los unos con los otros” (Caprara & Cervone, 2000, citado por Pérez-García & Bermúdez, 2012, p.32).

También se dice que es “Un patrón complejo de características psicológicas en su mayor parte inconscientes, que no pueden ser eliminadas fácilmente y que se expresan de manera automática en muchos comportamientos”. Aunado a esto, el autor señala que “Estas características surgen de una compleja matriz de disposiciones biológicas y aprendizajes experienciales, y comprende a la característica distintiva de los modos de percibir, sentir, pensar y afrontar la realidad de los sujetos” (Millon, 1996, citado por Díaz, 2015, p. 16; Rojas, 2016; Sánchez, 2016).

Para cerrar este apartado, se expone la conclusión a que han llegado Pérez-García y Bermúdez (2012) al realizar el recorrido por las distintas posturas conceptuales de la personalidad:

La personalidad hace referencia a la forma de pensar, percibir o sentir de un individuo, que constituye su auténtica identidad, y que está integrada por elementos de carácter más estable (rasgos) y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos más vinculados con la situación y las influencias socioculturales, y por tanto, más cambiables y adaptables a las peculiares características del entorno, que determinan, en una continua interrelación e interdependencia, la conducta del individuo, tanto lo que podemos observar desde fuera (conducta manifiesta), como los nuevos productos cognitivos,

motivacionales o afectivos (conducta privada o interna), que entrarán en juego en la determinación de la conducta futura (cambios en expectativas, creencias, metas, estrategias, valoración de las situaciones, etc.) (p. 34).

Con los párrafos que anteceden, se ha tratado de brindar algunas aproximaciones teóricas del concepto de personalidad desde distintos abordajes teóricos y a través de diferentes momentos históricos con lo que ha quedado en evidencia la complejidad y la falta de acuerdos en este tema de estudio. A continuación, se presenta una breve descripción de los diferentes modelos teóricos que se han dado a la tarea de aportar criterios científicos para comprender, explicar y describir la personalidad humana.

3.2 Modelos teóricos de la personalidad

Reconociendo el amplio marco referencial en este tema, en primera instancia, este trabajo se centrará en la revisión –no detallada- de las perspectivas teóricas de la personalidad de mayor relevancia, las propuestas para la medición y evaluación del constructo y, en seguida se dará mayor énfasis al planteamiento evolucionista integrador (Andrés, 2016), particularmente el de Millon por ser éste el referente fundamental del que se ocupa este trabajo.

En la revisión de la literatura se encuentran por lo menos siete teorías distintas para comprender la naturaleza y funciones de la personalidad (Andrés 2016; Díaz, 2015; Gross, 2012; Monge, Montalvo & Gómez, 2015), las cuales siguen diferentes enfoques y, dentro de cada uno de éstos se encuentran diversos modelos con la consideración de que, en cada enfoque, modelo o teoría los conceptos sustentados son denominados con distinta terminología. Sin embargo, todos los constructos se han establecido para comprender la personalidad en su complejidad, clasificar las diferencias individuales, entender su significado y, para controlar y predecir sus efectos y consecuencias.

Andrés (2016) señala que en el estudio científico de la personalidad ha habido diferentes postulados metodológicos. En el segundo tercio del siglo XX las investigaciones se concentraban en modelos de personalidad alternativos, a finales de esa centuria se intensifica el debate científico sobre la integración de distintos modelos siguiendo un enfoque empírico. Sin embargo, según este autor “una concepción moderna de la personalidad comporta la integración

de dimensiones diferentes que configuran la individualidad” (p.56), ello implica considerar dos elementos para pasar de la modelización teórica a un modelo contrastable: “el concepto de rasgo... unidad de análisis de la personalidad, y el método para su identificación, que es el análisis factorial.” (p. 56), en el que se concibe al rasgo desde su función predictiva, descriptiva, clasificatoria y explicativa (González, 2007; Mota, 2015).

Por otra parte, Bermúdez (2012) manifiesta que en general se pueden distinguir tres grandes grupos de modelos teóricos: el internalista (organísmico), el situacionista (mecanicista) y el interaccionista (dialéctico). En cada uno de ellos se han propuesto conceptos relevantes y métodos o procedimientos de investigación pertinentes para entender muchos de los aspectos que subyacen en el fenómeno de la personalidad. A continuación, se presenta una breve revisión de estos modelos:

3.2.1 Modelo internalista u organístico

Según Bermúdez, et al (2012) los teóricos basados en este modelo utilizan la metodología clínica y/o correlacional; su objeto de estudio es la persona como un todo integrado y los aspectos subjetivos de la personalidad, pues consideran la persona como un organismo activo (Giner, 2011). Enfatizan la importancia de factores, dimensiones estructurales, o variables personales en la determinación de la conducta, lo que implica la condición de ser “altamente consistente a lo largo de las distintas situaciones, y estable a lo largo del tiempo” (p. 33), ya que las expresiones de comportamiento dependen de sus características personales más no de la situación que las suscite (Mota, 2015). Estos autores señalan que hay tres tipos de teorías en este modelo atendiendo a la concepción que se tenga con relación a la naturaleza de las características personales: procesuales, estructurales (que conceden a las variables personales una naturaleza psicológica) y, los biológicos (Andrés, 2016; Fernández, 2015).

Planteamientos procesuales.

Señalan que las variables que definen la conducta son dinámicas, es decir, estados y mecanismos afectivos y/o cognitivos dentro del ser humano, sin considerar como aditivas las relaciones entre la conducta y los estados fundamentales supuestos. En la mayoría de los casos

usan el método clínico –estudio del individuo total- con el que han definido los estados o procesos internos a partir de datos basados en las observaciones de la conducta en contextos terapéuticos los cuales se extrapolan a contextos no clínicos para proponer teorías generales de la conducta (Andrés, 2016; Bermúdez, et al 2012; Giner, 2011; Gross, 2012; Mota, 2015).

Se identifican en este planteamiento –al compartir los supuestos generales del modelo internalista y los específicos de las teorías procesuales- las propuestas psicodinámicas de Sigmund Freud (Frager & Fadiman, 2010), Carl Jung, Alfred Adler, entre otras (Fernández, 2015; Gross, 2012; Monge, Montalvo & Gómez, 2015); las fenomenológicas de Carl Rogers, Abraham Maslow y; la de los constructos personales de George Kelly. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a las variables personales; las técnicas de medida, investigación y terapias usadas; la concepción de los procesos inconscientes y; el énfasis al rol del desarrollo evolutivo en la expresión de la conducta adulta. Aunque en años recientes muchas investigaciones empíricas de otros teóricos han enriquecido los postulados inicialmente propuestos (Bermúdez, et al 2012; Kelly, 2001).

Planteamientos estructurales.

Se refieren a la naturaleza estructural y a la organización de la personalidad de acuerdo con rasgos o disposiciones estables de la conducta (Andrés, 2016, González, 2007; Millon, Grossman, Millon, Meagher & Ramnath, 2004; Monge, Montalvo & Gómez, 2015) en el marco de un modelo acumulativo que sostiene según Bermúdez, et al (2012) que “los indicadores de rasgos están aditivamente relacionados con la disposición inferida” (p.36). Este planteamiento asume que la conducta es consistente y estable a lo largo de diferentes situaciones y momentos, en la mayoría de los casos para el estudio de los rasgos utilizan la metodología multivariada con base a un modelo acumulativo de medición; la colecta de datos la realizan a través de cuestionarios, inventarios, escalas y tests a los que le aplican métodos correlacionales. (Bermúdez, 2012; Fernández, 2015; Giner, 2011; Gross, 2012; Mota, 2015; Monge, Montalvo & Gómez, 2015).

Uno de los grandes exponentes de este planteamiento es Gordon Allport (1974) quien definió el rasgo como “sistema neuropsíquico (peculiar del individuo) generalizado y

focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo” (pág. 312) (Fernández, 2015). Destacan también el modelo de los 16 factores de personalidad de Raymond Cattell (1965, citado por Gross, 2012) quien concibió los rasgos como “disposiciones relativamente estables y duraderas que ejercen efectos generalizados sobre la conducta” (Bermúdez, et al, 2012, pp. 36-37) y, como indican estos autores, Guilford (Gross, 2012; Monge, Montalvo & Gómez, 2015) propuso además que los rasgos explican las diferencias individuales de acuerdo a la posición de cada individuo a lo largo de una dimensión o rasgo y de su específica organización entre los distintos rasgos.

En adición, se revisten de importancia en este modelo internalista de corte estructural el modelo de los tres factores o modelo P E N (Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo) de Eysenck (Camarillo, 2015; Fernández, 2015; Gross, 2012), y el modelo de los Cinco Grandes Factores (Neuroticismo, Extraversión, Afabilidad, Tesón y Apertura a la experiencia) de Costa y McCrae (Andrés, 2016; Camarillo, 2015; Central Test, 2013; Fernández, 2015; Gross, 2012; Monge, Montalvo & Gómez, 2015; Velásquez, et al, 2016). En la actualidad, los investigadores de este grupo de teorías se han enfocado en establecer consenso en el modelo de los Cinco Grandes Factores (Montes, 2008), a su vez han aparecido otras propuestas que añaden un sexto factor y que revisan la concepción de los cinco factores (Bermúdez, et al, 2012; Magallón, 2012).

Planteamientos biológicos.

Se incluye en éste, por un lado, a los teóricos que consideran elementos no psicológicos como las causas que explican la conducta. Aquí se asume que la conducta manifiesta está determinada por la estructura anatómica, es decir, se han establecido tipologías constitucionales basadas en la observación sistemática de la estructura corporal que relacionan con comportamientos asociados a ellas; dichas tipologías -de Kretschmer o de Sheldon- (González, 2007; Rojas, 2016) han sido utilizadas en contextos clínicos y forenses para estudiar la conducta criminal. Por otro lado, están los que explican la conducta partiendo del funcionamiento del sistema nervioso (Pavlov, Teplov Nebylitsyn, Eysenck, Zuckerman, Gray) o, del sistema

endocrino (Pende, Marañón). Todos los elementos de naturaleza no psicológica son parte de los planteamientos que se exponen anteriormente (Bermúdez, et al, 2012, Giner, 2011; Mota, 2015).

3.2.2 Modelo situacionista o mecanicista.

En este modelo se pone especial énfasis en que los factores determinantes de la conducta se explican mediante las situaciones del contexto a las que el individuo reacciona activamente (Giner, 2011). Por tanto, la predicción de la conducta y sus consecuencias subyace en el estudio -mediante metodología experimental- de las condiciones externas o variables ajenas al individuo. Este grupo de teorías en general descansan en dos supuestos: a) la conducta es aprendida, y b) la unidad de análisis es la conducta (que sería el símil de personalidad). Por otra parte, sostienen que la conducta no es consistente, sino que más bien lo es el ambiente, por lo que prefieren hablar de especificidad pues asumen que la conducta varía de acuerdo con los estímulos contextuales (Bermúdez, et al, 2012).

Si bien estos teóricos sustentan los dos supuestos aludidos anteriormente, también existen diferencias que van desde posiciones radicales -B.F. Skinner y John Watson-, a otras que reconocen la interacción de factores internos de naturaleza dinámica, procesual, cognitiva o social siempre moduladas por la influencia del contexto (Dollard, Miller, Mischel, Staats, Rotter y Bandura). A partir de ello han surgido nuevos planteamientos como el sociocognitivo de Bandura y el sistema cognitivo-afectivo de personalidad de Mischel y Shoda, los cuales se apropian de variables como creencias, valores, metas y además intentan la integración de elementos teóricos, empíricos y metodológicos de la teoría de los rasgos (Bermúdez, et al, 2012; Gross, 2012; Mota, 2015).

3.2.3 Modelo interaccionista o dialéctico.

Este modelo expone que la conducta está condicionada por tres tipos de factores: personales, situacionales y; en especial por la interacción entre ambos tipos de variables. Este último factor sería la unidad estructural básica de la personalidad que se estudia a través del análisis de varianza como técnica estadística. Los postulados teóricos de este modelo sustentan que: 1. La conducta es producto de la interacción bidireccional entre individuo y situación; 2.

El individuo juega un rol activo e intencional en el proceso de interacción pues interpreta las situaciones, les asigna significado y como resultado de su historia de aprendizaje, elige, en lo posible, las situaciones que enfrenta, al seleccionar de ellas lo que le resulte más significativo, convirtiéndose en señales de su conducta; 3. Los factores cognitivos de la persona son los determinantes más relevantes de la conducta y; 4. El determinante principal viene dado por el significado psicológico que el individuo asigna a la situación (Bermúdez, et al, 2012; Giner, 2011; Mota, 2015; Sánchez, 2016).

3.2.4 Modelo biosocial-evolucionista de Theodore Millon

Según Montes (2008) este modelo defiende “una concepción dimensional y no categorial de la personalidad y sus trastornos” (p 2); esta autora expresa que esta teoría se ha aplicado a varias áreas de la psicología y la psicopatología, pero ha tenido un escaso desarrollo en el campo de la personalidad. Al respecto Herrero (2007) señala que Millon se ha esforzado por “construir una ciencia unificada entre Personología y Psicopatología” (p. 2). De acuerdo con esto, este modelo asume la personalidad como un patrón complejo de características o rasgos bastante constantes y no conscientes en interrelación que se expresan casi de forma automática en el humano, tales características son resultantes de una intrincada matriz que conforma un patrón idiosincrático contentivo de disposiciones biológicas, experiencias de aprendizaje, estilos de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse (Ávila-Espada & Herrero, 2003; Díaz, 2015; Giner, 2011; Millon, 1990, citado por Sánchez, 2016).

Por otra parte, Herrero (2007) señala que es mejor estudiar la personalidad desde una visión transituacional pues permite una perspectiva más iluminadora e integrativa y, explica que Millon en sus diferentes escritos indica que una ciencia clínica madura debería incluir teoría, taxonomía, evaluación e intervención. De este modo es posible descubrir los patrones que introducen orden y sentido a las aparentes conductas contingentes con la situación y sin interrelación. En este sentido, este autor plantea que si se considera el estudio de la personalidad desde una formulación multidimensional se puede lograr la obtención de un poderoso instrumento para comprender y predecir la conducta en toda su diversidad, si se pone “en relación una serie de principios científicos universales, guiados por las leyes naturales de la evolución, con un marco teórico orientado a la persona o personología” (p. 2).

Con base a lo enunciado al inicio de este apartado, en los siguientes párrafos se realiza una revisión bastante detallada de la propuesta teórica de Theodore Millon, por ser la que sustenta el presente trabajo de investigación.

Al revisar los orígenes de este planteamiento, se ha encontrado que nació en la década de 1960 con la publicación del libro del autor denominado “Psicopatología Moderna” (Herrero, 2007) en el que se incluyó por primera vez la formalización moderna de una teoría de los patrones de personalidad que sustenta la idea de un continuo normal-anormal, que trata de algo mucho más complejo que una mera tipología; en ella se integra el fundamento biológico con las influencias ambientales (Ávila-Espada & Herrero, 2003; Díaz, 2015; Giner, 2011; Morales, 2003). Para 1973 Millon propone el método de aprendizaje biosocial con la intención de concatenar factores de orden biogénico y psicogénico que evolucionan en interacción recíproca y circular a lo largo de la vida (Herrero, 2007), lo que pone de manifiesto una aproximación teórica de carácter integrativo de la psicopatología y la personalidad (Morales, 2003).

La perspectiva evolucionista nace con la idea de que ninguna teoría o sistema de la personalidad puede probar la veracidad o asertividad de sus postulados a través de sí misma, de ahí que Millon decide probar sus supuestos, especialmente a través de aportes de la biología, usando conceptos universales sobre procesos evolutivos con los que deduce algunos principios que explican la conducta (Díaz, 2015; Giner, 2011). Es así como su planteamiento logra una postura integradora en la que asume la personalidad como el resultado de procesos psicológicos relacionados con su desarrollo biológico y neurológico en interacción con el ambiente. Como explica Morales (2003) Millon afirmaba que por la naturaleza sistémica de la personalidad cada área funcional y estructural se conectan entre sí con una amplia y permanente red de mecanismos de *feed-back*, que mantienen la unidad del organismo total.

Este enfoque se ha vislumbrado como la teoría más conocida que presenta el mayor grado de integración (Camarillo, 2015) ya que incluye aspectos cognitivos, conductuales y biológicos; toma elementos de perspectivas interpersonales; aborda el modelo de aprendizaje biopsicosocial atribuyendo efectos en la personalidad tanto a variables biológicas como psicosociales y, reconoce la naturaleza y fuente del refuerzo con la conducta instrumental. Su marco de referencia se sustenta en las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica que acuerpa distintas manifestaciones de la personalidad en cuanto a mecanismos de

defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (Camarillo, 2015; García, 2013; Herrero, 2007; Montes, 2008; Quiroga & Fuentes, 2003; Sánchez, 2016; Velásquez, et al, 2016).

En relación con lo anterior, Ávila-Espada y Herrero (2003) explican que este modelo no es una versión de un planteamiento ecléctico que se alimenta de distintos enfoques teóricos para compatibilizarlos a fin de ofrecer a los clínicos de diferentes corrientes psicológicas una manera de aplicarlas en la evaluación, el diagnóstico y tratamiento, sino que se trata de una perspectiva integradora y sincrética, sin renunciar a todo lo valioso que aportan las tradicionales teorías de la personalidad. Por otra parte, el modelo reconoce el aporte explicativo -en los prototipos propuestos- de las orientaciones psicoanalíticas y de los dinamismos inconscientes.

De acuerdo con Sánchez (2016) las características principales que fundamentan el modelo de Millon se resumen en cuatro, a saber:

- a) Es una teoría orientada a la persona;
- b) Ofrece una taxonomía de los patrones de personalidad orientada por una perspectiva cualitativa (categorización) y una cuantitativa (dimensional);
- c) Brinda herramientas para la evaluación clínica y de la personalidad;
- d) Proporciona intervenciones y estrategias terapéuticas que se derivan de sus postulados teóricos (Millon & Grossman, 2005).

En la Teoría de Aprendizaje Biosocial, se pone énfasis en la confluencia de la carga genética, las diferencias en procesos de maduración que son mediatizadas por el ambiente y el aprendizaje en sus distintas formas (Galimberti, 2012; Morales, 2003). Además se concede importancia a las estrategias de afrontamiento que determinan los estilos de comportamiento interpersonal; son relevantes también los dinamismos intrapsíquicos (mecanismos de defensa y procesos inconscientes) que son inferidos del examen retrospectivo y prospectivo reflejado en la biografía personal, aparte, considera la observación de las estrategias intra e interpersonales conscientes o inconscientes que tienden a autoperpetuar el patrón de personalidad y lo consolidan (Avila-Espada & Herrero, 2003).

De acuerdo con Morales (2003) Millon reformula sus planteamientos sin abandonar su enfoque de aprendizaje biosocial, pero en su nueva propuesta introduce el concepto de refuerzo

(recompensa, satisfacción, placer) que es el núcleo de su teoría, así mismo incluye conocimientos de física, ciencias biológicas, ecología y etología a fin de solidificar la base de su perspectiva. Con la noción de refuerzo incluye el concepto de bipolaridades –freudianas y otros- (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Galimberti, 2012; Giner, 2011; Millon, T., Davis & Millon, C., 2007; Quiroga & Fuentes, 2003).

Las bipolaridades le auxilian para indagar sobre la energía que el individuo invierte en la búsqueda del refuerzo y para analizar las fuentes del refuerzo, con ello combina esas polaridades con una serie de fases. De este modo, surge un nuevo modelo de carácter evolutivo y ecológico en el que se plantea que el desarrollo de los individuos se explica mediante cuatro fases (Barreno & Viteri, 2016; Díaz, 2015; Herrero, 2007; Quiroga & Fuentes, 2003; Sánchez, 2016) que generan adquisiciones y logros de forma acumulativa:

- 1) Existencia (placer-dolor). Esta es la más primitiva y se encuentra fundada en lo biológico. Esta bipolaridad se denomina objetivos existenciales y supone un periodo de fijación sensorial del desarrollo neuropsicológico del niño. La normalidad se entiende mediatizada por el equilibrio dinámico entre el placer y el dolor. Consiste en la búsqueda y repetición de conductas de placer que refuercen las estrategias de supervivencia y evitando las que causan dolor que resulten en amenazas para la vida. El placer conduce a la promoción de la vida, creación y el fortalecimiento del organismo, mientras que el dolor ayuda a preservarla alejando de lo que hace daño. (Barreno & Viteri, 2016; Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Díaz, 2015; Galimberti, 2012; Herrero, 2007; Millon, T., Davis & Millon, C., 2007; Sánchez, 2016).
- 2) Adaptación (actividad - pasividad). Supone la transición de lo biológico a lo psicológico, de la autonomía sensorio-motora que se traduce a la acomodación pasiva versus la modificación activa de las condiciones ecológicas que aseguran la supervivencia. La pasividad se refiere a la disposición que ayuda a encajar o adaptarse al entorno de forma tal que haya una garantía de mantener un buen estatus y, la actividad a la movilidad y a la tendencia de modificar el entorno para alcanzar los objetivos propios. Asimismo, la persona actúa no solo para adaptarse al ambiente sino también para adecuarlo a sus necesidades. Esta polaridad se relaciona con los procesos

homeostáticos de todos los seres vivos (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Díaz, 2015; Galimberti, 2012; Herrero, 2007; Millon, T., Davis & Millon, C., 2007; Sánchez, 2016).

- 3) Replicación (sí mismo-otros). Se refiere al plano psicológico y psicosocial, es decir al desarrollo del sí mismo y al amor constructivo por los demás que parte de la capacidad reproductiva de la especie humana, que se desarrolla cuando se adquiere la identidad de género. Se trata de orientar las acciones al desarrollo de la propia individualidad o a la orientación hacia los demás quienes son fuente de satisfacción. Aunque la propensión es a centrarse al sí mismo, debe también poder dedicarse a los demás (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Díaz, 2015; Galimberti, 2012; Herrero, 2007; Millon, T., Davis & Millon, C., 2007; Sánchez, 2016).
- 4) Abstracción. (pensamiento-sentimiento). Desde los 4 años hasta la adolescencia. Relativo a la integración intracortical de la capacidad humana de trascender lo concreto e inmediato y de manejar simbólicamente los datos y los hechos, para conformar la realidad fenomenológica personal. Se refiere al acto de afrontar problemas haciendo uso de métodos o estrategias racionales. Además de lo anterior, tiene que ver con el logro de la simbolización del mundo propio interno y externo que le permitan formase una identidad propia diferenciada del otro, lo cual le posibilitará establecer juicios acertados y, consecuentemente, tomar acciones apropiadas (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Díaz, 2015; Millon, T., Davis & Millon, C., 2007; Sánchez, 2016).

Con relación a lo anterior, Souci & Vinet (2013) explican que el hecho de que exista una elevación en alguna de las polaridades antes descritas no significa que sea algo positivo o negativo, sino que se convierte en una tendencia hacia algún estilo determinado de comportamiento. Esta afirmación sugiere que todas las personas poseen las mismas características de personalidad expresadas en mayor o menor grado, lo que se manifiesta en conductas observables determinadas en base a sus reacciones al ambiente donde se desenvuelven (Galimberti, 2012). Por su parte, Millon, T., Davis y Millon, C. (2007) explican que muchas personas muestran un equilibrio razonable entre las polaridades, pero no todos caen en el centro de ellas. De esto se infiere que la personalidad es única pues ningún individuo se

desarrolla de igual manera y nadie se enfrenta exactamente a las mismas situaciones de vida (Millon, 2006).

En consecuencia, Millon y Davis (1998, citados por Sánchez, 2016) señalaron la existencia de cuatro criterios que determinan la normalidad, a) capacidad para funcionar de manera autónoma y competente; b) adaptación eficaz y eficiente al propio entorno social; c) sensación subjetiva de satisfacción y d) capacidad para desarrollar y mejorar las propias potencialidades. Cabe destacar que Millon daba especial relevancia a los eventos experimentados en la infancia por ser tan significativos en la formación de la personalidad ya que las experiencias tempranas están entrelazadas con las bases biológicas del desarrollo y a la vez proveen la estructura para el aprendizaje a lo largo de la vida que son los que le permiten al individuo la adaptación al ambiente comenzando por su contexto familiar.

En tanto que a mediados de la década de 1980 como explica Morales (2003) “la teoría de la personalidad propuesta por Millon se centraba en el aprendizaje resultante del potencial genético y de las influencias ambientales” (p.6), continua sus estudios y amplía conceptualmente su teoría al incorporar los aportes de propuestas de diversa extracción, con ello Millon realizó una serie de combinaciones de las cuatro bipolaridades en una matriz de reforzamiento que le sirvió para proponer la existencia de ocho estilos de personalidad normal (Sánchez, 2003) y no patológico que pueden ser abordadas desde teorías biológicas, cognitivas, interpersonales y psicodinámicas (Galimberti, 2012). Estos estilos ayudan a determinar las conductas invariantes del individuo y a explicar los parecidos del comportamiento de diferentes personas (Díaz, 2015; Millon & Davis, 1996; Sánchez, 2016).

Como señala Morales (2003) estas ocho áreas por las cuales se manifiesta la personalidad están representadas por atributos o ámbitos estructurales y funcionales (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Galimberti, 2012; García, 2013) que en permanente interacción conforman lo que sería el sistema inmune de la personalidad. Los ámbitos funcionales se conforman de la siguiente forma: 1. Comportamiento expresivo (de los afectos), 2. Comportamiento interpersonal (del nivel de datos conductual), 3. Estilo cognitivo (nivel fenomenológico) y, 4. Mecanismos de defensa (nivel intrapsíquico). Y los ámbitos estructurales son: 5. Representaciones objetales (nivel fenomenológico), 6. Autoimagen (nivel fenomenológico), 7.

Organización morfológica (nivel intrapsíquico) y, 8. Estado de ánimo/temperamento (nivel biofísico) (Quiroga & Fuentes, 2003).

En la Tabla 2 se resumen las dimensiones de estudio de donde surgen los ocho estilos de personalidad normal según lo resume Díaz (2015), de acuerdo con las bipolaridades explicadas con anterioridad, que determinan la orientación de las personas a obtener refuerzo del medio:

Tabla 2.

Dimensiones de la personalidad según Díaz (2015).

Dimensiones	Definición	Rasgos asociados
Metas motivacionales	Expresan los deseos y metas que incitan y orientan a los individuos con los propósitos y fines que los llevan a actuar de un modo determinado.	Expansión Preservación Modificación Adecuación Individualismo Protección
Modos cognitivos	Fuentes que utiliza la persona para adquirir conocimientos acerca de su mundo y transformarla para satisfacer sus necesidades cognitivas.	Extraversión Introversión Sensación Intuición Pensamiento Sentimiento Sistematización Innovación
Conductas interpersonales	Se refiere a los estilos de la persona para relacionarse. Deriva en parte de las características de las metas motivacionales y de los modos cognitivos del individuo.	Retraimiento Sociabilidad Indecisión Decisión Discrepancia Conformismo Sumisión Dominio Descontento Aquiescencia

Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizada la revisión de los estudios sobre los distintos modelos teóricos que sustentan las investigaciones de la personalidad haciendo especial énfasis en el planteamiento teórico de Theodore Millon, en el siguiente apartado se hará mención a las concepciones teóricas que subyacen al estudio de los problemas de personalidad. De nuevo, después de recorrer los planteamientos de diferentes teorías, se retoma el énfasis en el tema, pero desde la mirada de Millon.

3.3 La personalidad y sus trastornos

Para Esbec y Echeburúa (2014) cuando se estudia la personalidad normal o patológica se establecen diferencias en cuanto al funcionamiento y la adaptación como formas características de las personas en el pensar y entenderse a sí mismos y además en las maneras de interacciones con los demás. En el caso de la anormalidad, un sujeto con un grave trastorno de la personalidad muestra un mundo psicológico empobrecido, desorganización y/o conflictos que incluyen un autoconcepto mal adaptado, una tendencia a las emociones negativas y dificultades para las relaciones interpersonales. En este sentido Millon (2006) explica que la psicopatología puede definirse como patrones de conducta poco comunes en referencia al grupo.

En tal sentido, el estudio de los trastornos mentales y de los de personalidad se ha vuelto una cotidianidad en el quehacer de los profesionales de la salud mental (Quiroga & Fuentes, 2003) y es por ello que este tema ha sido ampliamente investigado (Mota, 2015). Al hacer estudios de la personalidad dentro de una población, es inevitable encontrarse con individuos que presentan perfiles marcadamente anormales (Alcázar, 2007) y es, dentro de este marco donde se definen los trastornos de personalidad y las enfermedades mentales, aunque la tarea de conceptualizarles se encuentra supeditada al punto de vista desde donde se analiza (Giner, 2011; Monge, Montalvo & Gómez, 2015; Sarráis, 2016).

Para Sarráis (2016) dentro de la Psicología, la rama que “estudia los síntomas psíquicos y los signos de conducta que presentan los sujetos que tienen una enfermedad mental, o que acompañan a las enfermedades físicas, o son secundarios a los tratamientos farmacológicos de las enfermedades” (p. 14) es la Psicopatología. Este autor además afirma que a la enfermedad mental se le ha denominado trastorno mental, el cual se caracteriza por un intenso sufrimiento

psíquico del individuo que lo padece, y la generación de sufrimiento para quienes le rodean. Entretanto Uriarte (2013) define la psicopatología como “el estudio de los trastornos del comportamiento, la cognición y los sentimientos” (p. 3).

Siguiendo a Sarráis los trastornos de personalidad se asumen como graves alteraciones de la constitución normal de la personalidad que, en la mayoría de los casos están acompañadas de serias dificultades personales y sociales, es decir, son desviaciones relevantes en comparación a la manera en que los individuos normales perciben, sienten y se relacionan con los demás (Gross, 2012). De este modo, los individuos muestran conductas patológicas reiteradamente lo que les conduce a padecer fuertes dificultades de adaptación y convivencia social.

De acuerdo con González (2009) una de las definiciones que más aceptación y uso ha tenido es la que se propuso en 1995 por la Asociación Psiquiátrica Americana APA (Chacón, 2013) que define el trastorno mental como: “Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad y no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular” (p.14). Sin embargo, tal como lo menciona este organismo dicho concepto es útil únicamente en cuanto al uso del DSM pues ninguna definición puede englobar todos los elementos de lo que implican estos problemas.

El concepto antes descrito, fue apoyado de cierta manera por la OMS en 1992 al considerar que, desde el modelo categórico utilizado por la APA, los trastornos mentales están sujetos a síntomas o alteraciones específicas que redefinen el concepto. A esto, la OMS agrega en el 2013 que “Suelen caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales” (Torres, Munguía, Aranda & Salazar, 2015, p.64). Esto indica que la definición planteada por ambas organizaciones solo expresa una concepción superficial pues cada noción que se presenta según su clasificación, le agrega características nuevas e independientes.

En el 2014, la APA propone el concepto de trastorno de la personalidad definiéndolo como:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro (p.1).

Tal como se lee, en este caso el trastorno se enfoca más en el comportamiento que no está dentro de la norma de una población, sino que en el malestar de la persona (Sarráis, 2016). De acuerdo con González (2011) la noción de trastorno de personalidad se focaliza en fallos de adaptación y funcionamiento del individuo (Gross, 2012), es decir, el paciente muestra incapacidad para desarrollar un sentido de identidad propia, establecer relaciones interpersonales adaptativas y tienen alteraciones en cuanto a empatía, intimidad y sentido de cooperación interpersonal.

Para Ruiz (2012), los trastornos mentales ocurren cuando:

en la persona se produce una alteración temporal y transitoria de una o varias de sus funciones o capacidades mentales (cognitiva, emocional, social, etc.) que incide de manera negativa en su actividad cotidiana, dando lugar a un comportamiento que no se ajusta a lo que socialmente se espera de esa persona. Los trastornos mentales no sólo producen un importante deterioro en el desarrollo del individuo, su estado de ánimo y sus relaciones sociales, sino que también generan un gran sufrimiento personal (p. 588).

Entretanto, para Gross (2012) la psicopatología como tal es el punto de encuentro entre la psiquiatría y la psicología anormal por lo que, para comprender los desórdenes psicológicos se debe tomar en cuenta las contribuciones de ambas disciplinas en cuanto a teorías y métodos pues cada una aporta sus propias estrategias de conceptualizar y abordar los problemas. Así mismo, debe considerarse que la propia psicología anormal se sustenta en varios enfoques que corresponden a las principales corrientes psicológicas que se han mencionado en páginas anteriores. Cada una asume de forma diferente la anormalidad psicológica lo que conlleva además formas diferentes de enfrentarse a ella.

En relación con la propuesta de Gross, al revisar las diferentes teorías psicológicas se encuentra que, desde los planteamientos biológicos, los trastornos de personalidad se conciben poco influidos por la genética aparte de que los estudios no son concluyentes, existe un traslape

entre los criterios y síntomas de los trastornos, lo que fortalece la complejidad de éstos en las interacciones herencia-ambiente. Sin embargo, se asume que las disposiciones biológicas y constitucionales forman el núcleo central para la comprensión de la anormalidad (Mota, 2015; Sarráis, 2016).

En cuanto a la perspectiva psicodinámica (Chacón, 2013), apunta que los trastornos de personalidad se entienden desde la estructura de personalidad que Freud elaboró y definió como ello, yo y superyó que se rigen por el principio del placer, el de realidad y el de moralidad respectivamente, en la interacción de estas tres estructuras, y el tránsito por cinco estadios psicosexuales que están marcados por una serie de desafíos evolutivos, pueden surgir los trastornos de personalidad. Es decir, para entender el origen de los trastornos se tiene que estudiar la expresión de los impulsos básicos del ello en el contexto de los obstáculos impuestos por la realidad del yo y las idealizaciones morales del superego (González, 2011; Mota, 2015; Sarráis, 2016).

Por otra parte, el enfoque interpersonal sostiene que las psicopatologías se sitúan dentro de un contexto ecológico transaccional. En tal sentido, plantean que algunas de las formas de los trastornos surgen y se mantienen por medio de patrones desadaptativos de interacción y comunicación social; otros aluden a la profecía autocumplida que en el caso de los trastornos de personalidad implica la creación de círculos viciosos en los que la propia persona se convierte en la fuerza que gestiona su patología y se vuelven cada vez más rígida (Mota, 2015).

Por su parte, las propuestas cognitivas, plantean que cada individuo procesa la realidad de forma diferente por su propio estilo cognitivo. Algunas veces se dan distorsiones cognitivas que se convierten en errores crónicos y sistematizados de razonamiento que conllevan a las malas interpretaciones de la realidad objetiva. Uno de sus exponentes, Beck, explica la asociación entre los trastornos de personalidad y las estrategias evolutivas primitivas que se desarrollan de manera exagerada en las conductas anormales (Mota, 2015).

Para el modelo inductivo, son relevantes para la comprensión de los trastornos de personalidad, el neuroticismo y la introversión porque están presentes en todas las disfunciones de la personalidad, de ello resultan individuos con comportamientos que muestran una escasa amabilidad y poca tendencia a enfrentarse a los demás, lo que define las alteraciones más graves (González, 2011; Montes, 2008; Mota, 2015).

En términos generales, Mota (2015) expresa que la definición de trastorno de personalidad implica el desajuste conductual, así como también de sentimientos y cogniciones de los individuos en cuanto a su contexto socio cultural. En este sentido, la autora propone que, dentro de este enfoque, la medición de las patologías de la personalidad debería realizarse por un lado en función de las estrategias de las que se vale el individuo para adaptarse a la sociedad, mismas que pueden haber sido aprendidas y, por otro lado, en términos de si sus conductas le hacen funcional o no.

3.3.1 Trastornos de personalidad desde la perspectiva de Millon

De acuerdo con Quiroga y Fuentes (2003), el autor que más ha influido en el desarrollo del estudio e importancia institucional de los trastornos de personalidad ha sido Theodore Millon pues a través de su propuesta teórica se sentaron las bases para una transformación de la nosología psicopatológica por la puesta en marcha del sistema multiaxial que se establece en el DSM-III en 1980 (Gross, 2012; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, & Cerezo, 2011; Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Galimberti, 2012; García, 2013; Ruiz, 2012; Sánchez, 2003; Sánchez, 2016). Un elemento básico en esta transformación ha sido la concepción de Millon en el sentido de que:

los patrones de personalidad son útiles para caracterizar a las psicopatologías, ya que éstas no son enfermedades mentales, sino que se consideran en términos de la capacidad total del paciente para hacer frente a las sobretensiones (*stress*) con las que se enfrenta (p. 191).

Por otro lado, un aporte importante de la propuesta de Millon es la consideración de un continuo normalidad/patología ya que comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo con la diferencia de que en la conducta normal los patrones de comportamiento son flexibles, adaptables, la percepción de sí mismo y su entorno es constructiva y sus estilos promueven la salud; en tanto que los patológicos tienden a la rigidez, en cuanto a relación del sí mismo con su entorno es frustrante, tienden hacia la poca adaptabilidad y sus conductas son nocivas para la salud (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Galimberti, 2012; Sánchez, 2016; Souci & Vinet, 2013).

Al respecto, Herrero (2007) explica que el concepto de trastorno de personalidad de Millon se asocia a patrones de conducta normales que, en el transcurso de interacciones complejas de tipo biológico, experiencias de aprendizaje desadaptativas y ambientes estresantes, resultan en conducta anormal, es decir, “son extensiones de la personalidad normal” (p.3) que poseen su núcleo básico en el tipo de comportamiento interpersonal (Galimberti, 2012). Según Quiroga y Fuentes (2003) tanto en el modelo de aprendizaje biosocial de 1969 como en el evolucionista de 1990, Millon define el trastorno de personalidad como “un patrón de afrontamiento interpersonal inflexible, autoperpetuante e inestable” (p. 190), empero el criterio básico para definir la anormalidad es la tendencia a crear círculos viciosos autofrustrantes, o sea, la tendencia a la autoperpetuación (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Souci & Vinet, 2013).

Por otro lado, Quiroga y Fuentes (2003), expresan que Millon en 1969 estableció tres tipos de trastornos: leves, moderados y graves (Sánchez, 2003). Sin embargo, para 1981 al trastorno leve le llama personalidad normal, pero mantiene los otros dos tipos. De ahí que en los trastornos moderados y graves existen mecanismos de autoperpetuación como las constricciones protectoras, las distorsiones perceptivas y cognoscitivas, la generalización del comportamiento y la compulsión repetitiva que limitan la adquisición de experiencias sanas, que van generando más situaciones de estrés por medio de mecanismos de refuerzo. En suma, Millon asume que la personalidad patológica es patogénica por sí sola ya que el mismo individuo perpetúa sus dificultades y va provocando otras que en círculos viciosos autodestructivos hacen que se agrave su situación.

Según la concepción de Millon (1994), los aprendizajes constituyen patrones de comportamiento y éstos son los que le permiten al ser humano adaptarse a su ambiente, pero en algunas ocasiones, los estilos de adaptación son problemáticos o poco adecuados. Esto, es para Millon, la base para la definición del concepto de trastorno de personalidad, el cual no puede diferenciarse tan marcadamente de la normalidad, pues es el contexto el que lo determina (Díaz, 2015; Quiroga y Fuentes, 2003; Sánchez, 2016). Debido a esto, el aprendizaje temprano es importante y más en el contexto familiar pues es de ahí donde se inicia el aprendizaje de la mayoría de las conductas adaptativas.

De ahí que, para entender la anormalidad, se debe partir, por ejemplo, del hecho de si una persona ha tenido un desarrollo neuropsicológicamente sano, se espera que exhiba una adecuada capacidad de adaptación a su entorno de forma flexible (Sánchez, 2016), del mismo modo, sus conductas beneficiarán y aumentarán su satisfacción personal y, de igual manera, la persona mantendrá un equilibrio entre las diferentes tareas evolutivas. Caso contrario, si el desarrollo no ha sido sano, las conductas que propicien las molestias y el dolor serán las que dominen y es a este tipo de personalidad que se denomina patológica desde este modelo (Galimberti, 2012; Vinet, 2010).

Sin embargo, Millon encuentra límites poco claros entre personalidad sana y patológica. Quiroga y Fuentes (2003) citan que este autor propuso tres criterios para diferenciar entre normalidad y psicopatología: 1) grado de flexibilidad adaptativa; 2) mayor o menor tendencia a producir círculos viciosos y; 3) mejor o peor capacidad para mantenerse estabilizado ante las dificultades. Además, aportó tres tipos de conductas desadaptativas que pueden expresarse incluso en estilos comunicativos adaptados:

- a) Cuando se posee un grado de madurez poco satisfactorio y se carece de estrategias y mecanismos para el afrontamiento de situaciones difíciles,
- b) Cuando se encuentra expuesto a situaciones que faciliten el aprendizaje de estrategias poco adecuadas o que no permitan la adaptación,
- c) Cuando por falta de experiencias y estímulos, se produce carencia de comportamientos adaptativos (Millon & Davis, 1996).

García (2013) explica que los patrones de personalidad patológicos son asumidos por Millon como formas complejas de un comportamiento instrumental, de ese modo, para entenderles, establece una matriz de tres elementos (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Giner, 2011; Sánchez, 2003) en la que combina el refuerzo y las bipolaridades con las que se construyó un sistema de clasificación de trastornos en el DSM:

- Tipo de refuerzo que las personas aprenden a perseguir o evitar: placer versus dolor.
- Dónde intentan obtener el refuerzo: sí mismo versus otros.
- Cómo ha aprendido a comportarse para educirlo o escapar de él: actividad versus pasividad.

Por tanto, Morales (2005) explica que en relación con el contexto de cómo se concibe la personalidad patológica en el DSM, es posible considerar que:

Es preciso entonces, tener en cuenta la potencialidad patogénica de cada estilo de personalidad, la comorbilidad de los trastornos de personalidad entre sí (Eje II) y con los síndromes clínicos (Eje I); todo ello evaluado idiosincráticamente en relación con el contexto situacional actual (Eje IV) e histórico de la persona y de la posibilidad de la existencia de enfermedad orgánica (Eje III) (p. 6).

En esta misma línea, a la hora de hablar de trastornos mentales Millon y Davis (1996) separan a la persona del trastorno, es decir, no lo tratan como una unidad y por tanto proponen que el proceso terapéutico debe centrarse en el individuo y no en la enfermedad (Salamanca, Vega, & Niño, 2014). También reafirman lo señalado anteriormente en cuanto a que los trastornos mentales, al igual que en la normalidad, son el resultado de la interacción entre las cuatro polaridades, previamente descritas, en el proceso de desarrollo del individuo (Souci & Vinet, 2013).

Tabla 3.

Trastornos de personalidad en la interacción de sus polaridades según Millon.

Estilo instrumental	Alteración en la polaridad				
	Independiente	Dependiente	Discordante	Ambivalente	Desvinculado
Activo	Trasgresor (Antisocial)	Dramatizador (Histriónico)	Poderoso (sádico)	Oposicionista (Negativista)	Inhibido (Evitativo)
Pasivo	Egoísta (narcisista)	Sumiso (dependiente)	Autodegradante (Masoquista)	Conformista (Compulsivo)	Introvertido (Esquizoide) Afligido (Depresivo)
Trastornos severos	Paranoide	Limítrofe	Limítrofe / Paranoide	Limítrofe / Paranoide	Esquizotípico

Fuente. Vinet, 2010. Relativismo cultural del modelo de personalidad de Millon en América Latina: un estudio con adolescentes.

Para Millon (2006), los profesionales de la psicología y la psiquiatría deben ir más allá de la mera ubicación de un sujeto dentro de un sistema de clasificación de trastornos mentales, también deben estudiar el origen de este o patogenia, estableciendo un cuadro clínico completo que identifique factores predisponentes y precipitantes con el fin de dar un mejor tratamiento y obtener el mejor pronóstico posible. Para Morales (2003) no se debe olvidar que cualquiera sea la naturaleza del problema, siempre será la unión compleja y conectada de procesos, comportamientos y cogniciones intrapsíquicas, intrincadamente vinculados que han de ser abordados desde un modelo integrador.

De este modo, Millon expresa que lo que conforma una conducta anormal no es un rasgo en particular que se sale de la norma sino un conjunto de ellos, por lo que para determinar si existe un trastorno, es necesario medir los rasgos específicos de los individuos, y, aunque son las unidades las que se tratan de medir, éstas se conjuntan para formar categorías concretas. Aunque, si bien es cierto, diversos teóricos han discutido los elementos que componen un trastorno de personalidad, son pocos los que han creado clasificaciones o categorías. Para Millon (2006) la elaboración de criterios diagnósticos para delimitar trastornos puede asumirse como los atributos definitorios que se emplean para clasificar a los sujetos dentro de una categoría clínica. Algunas de las categorizaciones son más largas o más cortas y toman en cuenta aspectos diferentes.

En resumen, para finalizar este apartado se presenta lo planteado por García (2013) que en su estudio enlista los nueve principios que sustentan la teoría de Millon para entender la personalidad en el continuum normalidad/patología (Giner, 2011), de la siguiente manera:

1. Los trastornos de personalidad no son enfermedades sino estilos de comportamientos, cogniciones y emociones;
2. Los trastornos de personalidad son trastornos estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas.
3. Los trastornos de personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.
4. La personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos.
5. La personalidad existe en un continuum, no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología.

6. La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.
7. Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.
8. Los trastornos de personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva.
9. Los trastornos de personalidad requieren modalidades de intervención combinados y diseñados estratégicamente.

A estas alturas y después de la resumida revisión de las posturas teóricas acerca de los trastornos de personalidad en la que se ha resaltado el planteamiento de Millon, en seguida se brinda una mirada de lo que se ha propuesto con relación al tema de la metodología de la investigación y sus estrategias en el campo de la personalidad sea normal o patológica, lo que genera un apartado posterior para revisar las técnicas e instrumentos utilizados en la medición y evaluación de la personalidad como producto de estas diferentes estrategias de investigación.

3.4 Métodos y estrategias de estudio de la personalidad.

Pérez-García & Bermúdez (2011) explica que “en psicología de la personalidad la pluralidad metodológica es enorme, aplicándose una gran variedad de diseños, de análisis de datos y de formas de medir la personalidad y obtener datos para las investigaciones” (p.75). Según comenta esta autora, la variedad metodológica beneficia este campo de estudio pues a través de ello, lo que corresponde a este saber en psicología, queda en muy buena posición para el abordaje de los retos de investigación no solo en el presente sino para los subsiguientes debates científicos. En este sentido, se ha visto que han surgido tres vertientes de estrategias de investigación para el estudio de la personalidad en la que se plantean distintas formas de medición y evaluación del constructo.

La primera es la clínica que se corresponden con los planteamientos procesuales dentro del modelo internalista en la cual se realizan estudios de casos particulares dentro de un periodo de tiempo prolongado poniendo énfasis en la observación (Aiken, 2003; Pérez-García, 2012); la segunda es la correlacional donde los estudios se realizan sin manipulación de variables y con

amplias muestras de estudio centrándose en las individualidades de los sujetos investigados a los que se les aplica cuestionarios y; la tercera es la experimental que trabaja la manipulación sistemática de variables en ambientes controlados para lograr la determinación de relaciones causales para comprender y explicar los fenómenos que se producen (Mota, 2015; Pérez-García, 2012).

Por otra parte, debido a que los estudios de la personalidad se han realizado desde enfoques sobre normalidad y anormalidad de manera simultánea, en el transcurso de los debates científicos, se han establecido dos corrientes teóricas y de investigación que han propiciado a la vez distintas formas de medir el constructo, esos son los enfoques categorial y dimensional (Aiken, 2003; Ruiz, 2012). Además, ha aparecido quien proponga que, ante las divergencias y ventajas mostradas por estos dos enfoques, se debe apostar por una opción que combine ambos modelos. A continuación, una breve revisión:

Modelo de evaluación categorial.

Se enfoca en estudios de personalidad patológica y construcción de un sistema diagnóstico por categorías descriptivas y ateóricas de acuerdo con un conjunto de grupos de síntomas que, al estar presentes en un sujeto en un número específico, se consideran indicadores de la presencia de un trastorno de personalidad (Chacón, 2013). El punto de partida es la normalidad psicológica ya que se estima que los trastornos de personalidad son consecuencia de la disfuncionalidad de los rasgos comunes de personalidad normal. Esta propuesta muestra problemas por ausencia de puntos de corte para establecer diferencias del funcionamiento normal y anormal, una excesiva ocurrencia de trastornos mentales del Eje I y los de personalidad del Eje II y de la comorbilidad y, las categorías diagnósticas son heterogéneas en exceso (Chacón, 2013; Giner, 2011; Ruiz, 2010). Al respecto Magallón (2012) lo considera simplista por que los síntomas y procesos psicológicos funcionan dentro de un continuum.

Modelo dimensional.

Hace énfasis en el funcionamiento de la personalidad normal por medio de la elaboración de modelos dimensionales provenientes de distintas teorías que definen los trastornos de

personalidad en función de exageraciones de los rasgos de personalidad normal. Estas teorías conceptualizan las dimensiones que subyacen a las disfunciones o psicopatologías de la personalidad sin hacer referencia a si estas dimensiones están presentes en la conducta normal o no (Chacón, 2013; Giner, 2011; Ruiz, 2010; Sánchez & Ledesma, 2013).

En ese sentido, en el enfoque dimensional se identifican dos grandes modelos que no se detallarán en vista de que no son el objeto en el que se concentra este trabajo, sin embargo todos ellos consideran que las distinciones entre normalidad y psicopatología es cuantitativa, por ejemplo: la teoría de los cinco factores de Costa y McCrae (Sánchez & Ledesma, 2013); la psicobiológica del temperamento y el carácter de Cloninger; el modelo de Eysenck, y el de las polaridades de Millon, (Ruiz Sánchez de León, et al, 2010), enfoque último que sustenta el presente estudio con su instrumento que propone rasgos visibles endógenos y exógenos (Ruiz, 2010).

Modelo híbrido categórico-dimensional.

Según lo expone Esbec y Echeburúa (2014) con la publicación del DSM-V se ha propuesto este modelo que combina ambos enfoques, es más flexible, específico y concede mayor relevancia al nivel de gravedad que se presenta en el sujeto. Conjuga el grupo de rasgos y dominios de la personalidad y lo relaciona con el mayor o menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad para obtener las categorías de los trastornos propuestos. Por ello, quien lo aplica debe enfocarse en la gravedad del deterioro en el funcionamiento intrapersonal e interpersonal y a la posible presencia de alguno de los trastornos ya definidos.

3.4.1 Millon y sus métodos y estrategias de análisis.

Millón (2006), rechaza la afirmación acerca de la predisposición genética como tal para determinar la personalidad de algún sujeto, él explica que el concepto de personalidad muchas veces es confundido con el de temperamento (Andrés, 2016) el cual alude a características que dependen de una inclinación psicobiológica básica hacia determinados comportamientos, este concepto se aleja de la noción de la capacidad del sujeto para la interacción con otros o con el ambiente. Este autor plantea que un perfil anormal lo componen unos pocos rasgos de

personalidad por encima o por debajo de la media y no todo el amplio conjunto de atributos de los seres humanos.

De acuerdo con el modelo biosocial-evolucionista de Millon para realizar psicodiagnósticos la evaluación de la personalidad debe incluir tanto la configuración general de sus atributos como sus diferencias en cuanto a la relevancia de éstos en cada sujeto. De este modo, cuando Millon construyó los tests para la evaluación de la personalidad, incluye todos los niveles de extracción de datos de los dominios clínicos, lo que está directamente relacionado con los cuatro modelos o paradigmas que han sido relevantes en el estudio de la personalidad y la psicopatología ya mencionados: los modelos biológico, dinámico, cognitivo e interpersonal. Por otra parte, aunque los inventarios dan resultados cuantitativos, la evaluación no se limita a ello sino que da una apreciación cualitativa personalizada y global a la luz de los modelos teóricos mencionados (Morales, 2003).

Con relación a lo anterior, Morales de Barbenza (2003) comenta que:

Los inventarios clínicos (cuya taxonomía coincide con la de los sucesivos DSM, en los que Millon ha participado activamente en el área de los trastornos de personalidad), permiten visualizar el diagnóstico en un perfil integrado que incluye los estilos de personalidad, con sus respectivos desórdenes, trastornos severos de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes severos. Coherente con su concepción sistémica, Millon aplica el principio de sinergia a la labor de evaluación. Basa su modelo de evaluación en el hecho de que la gestalt que conforma la personalidad "...da coherencia, proporciona un marco integrador y crea un orden orgánico..." (p. 6).

3.5 Medición y evaluación de la personalidad

Por intermedio del campo de la psicometría, la ciencia psicológica ha llevado a cabo la medición de la conducta humana como uno de sus pilares fundamentales, dado el interés creciente de los investigadores por comprender su propia naturaleza y la de los demás. De ahí que la medición es una actividad fundamental para la psicología y en particular para la evaluación psicológica, lo que a su vez ha facilitado a este campo disciplinar trascender la condición de doctrina para alcanzar el estatus de ciencia, pues cuando es posible medir sus datos,

también lo es replicar, comparar, constituir modelos matemáticos para explicar sus constructos y realizar nuevas investigaciones (Aragón, 2015; González, 2007).

Esto ha llevado, desde hace más de un siglo al desarrollo de los instrumentos para evaluar cuantitativamente las diferencias y semejanzas de los individuos (Aragón, 2015). Tales medidas de los atributos psicológicos humanos se realizan, por una parte, a través de la observación indirecta de la conducta, por medio de las expresiones del comportamiento de los sujetos, y por otra, con base a modelos teóricos que sustentan los constructos mediante variables que se estiman son las medidas o indicadores resultantes de las observaciones del investigador (González, 2007; Morales, 2009; Thorndike & Hagen, 2006). Al respecto, Aragón (2015) ha planteado que los procedimientos que involucran la evaluación de un constructo psicológico, entre ellos la personalidad, requiere que se reúnan una serie de requisitos que se enlistan a continuación:

1. Debe existir un evaluado y un evaluador con la necesidad de un objetivo y un contexto (clínico, escolar, familiar, laboral, etc.) para emprender la evaluación. Implica la presencia explícita de ambos en el proceso y con base a la especificación de qué datos se necesita obtener al finalizar el proceso, lo que se logra seleccionando el instrumento adecuado de manera anticipada.
2. Un marco de referencia teórico que facilite la ubicación de las hipótesis. Es decir, la selección de los instrumentos de medida –MCMI-III- debe ser congruente, por una parte, con el constructo que se requiere evaluar –personalidad- y, por otro con un marco teórico –modelo biosocial evolucionista- sobre el cual esté construida la prueba para que proporcione datos que apoyen la confirmación de las hipótesis planteadas o el psicodiagnóstico.
3. Una técnica o procedimiento de medida que incluya la interpretación de los resultados obtenidos. Las pruebas psicológicas poseen la argumentación clara para establecer la manera en que los datos pueden ser transformados para ser luego interpretados sobre la base de la teoría que les sustenta.
4. Debe contar con los sistemas categoriales apropiados para la clasificación del sujeto evaluado partiendo de los valores obtenidos luego de administrarle los

procedimientos de medición a la luz de los grupos de referencia y de las implicaciones que ello supone para la toma de decisiones.

Sobre la base de lo anterior es que la personalidad se ha consolidado como un constructo abundantemente estudiado (Magallón, 2012) debido a su importancia en la recopilación de información dentro del campo de la salud mental (Ruiz, 2012), ya sea en el área clínica, educativa, industrial y/o social, por lo que a lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes métodos para su medición y evaluación (Abuín & De Rivera, 2014; Aragón, 2015; Gorostegui, 2010; Morales, 2009). Tal como se comentó al inicio de este documento, la técnica o los instrumentos que se escogen para el análisis de la personalidad, inciden en la elección de tratamientos, así como en la evaluación de su efectividad, por tanto, la medición de la personalidad es útil, tanto en los casos en los que el sujeto presente un trastorno de personalidad como cuando no lo muestra (Esbec & Echeburúa, 2014).

Entretanto, González (2007) manifiesta que la medición y evaluación psicológica usando pruebas psicométricas pretende ser objetiva, pues asume que la personalidad está formada por rasgos que conforman la estructura básica de la personalidad (Aiken, 2003; Gorostegui, 2010), implicando en su concepción la consideración del criterio de la estabilidad de esos rasgos, lo que permite predecir el comportamiento futuro, una vez que ha sido medido y evaluado.

Así mismo, la medición de los síntomas psicológicos y psicosomáticos en las ciencias de la salud y de la conducta anormal apoyan en la detección de sujetos con potenciales riesgos psicopatológicos o que pueden presentar alteraciones psíquicas y psicosomáticas, además ayuda a organizar y sistematizar las alteraciones psicopatológicas en dimensiones sintomáticas, también permite evaluar las modificaciones producidas una vez que se realizan intervenciones terapéuticas, del mismo modo que sirve para la detección e identificación de los síntomas en aquellas personas que padecen enfermedades médicas asociadas a tratamientos e intervención clínica. Ya en el campo educativo, la medición de la personalidad permite la detección de dificultades que impactan en los procesos de aprendizaje (Abuín & De Rivera, 2014; Aragón, 2015; Thorndike & Hagen, 2006).

En sus inicios, los intentos por profundizar y vislumbrar los elementos que componen la personalidad, se hicieron a través de la introspección (Morales, 2009; Sarráis, 2016), así, el individuo reflexionaba acerca de las situaciones vividas, sus reacciones, el papel que jugaba en

ellas y luego las expresaba (Carver & Scheier, 1997). El problema de este método es que depende de la memoria del sujeto y su percepción de la situación vivida. Otro método utilizado -aún hoy- es la observación en la cual una persona externa a la situación presencia el evento y el cambio producido en la conducta del individuo y hace inferencias de lo observado (Carver & Scheier, 1997; Medilles, 2015; Thorndike & Hagen, 2006). El inconveniente es que el observador no tiene certeza de lo que piensa o siente un sujeto observado, lo que implica resultados sesgados por la opinión del investigador. Por tanto, ambos procedimientos son carentes de confiabilidad.

En otro momento surgieron otras propuestas de métodos de medición de la personalidad como las pruebas situacionales y de ejecución dentro de las cuales las personas estudiadas eran observadas al desenvolverse en tareas impuestas por el examinador las cuales simulaban la vida cotidiana con el fin de estudiar las emociones y respuestas sociales de los individuos (Anastasi & Urbina, 1998; Aragón, 2015; Morales, 2009; Thorndike & Hagen, 2006). A través de estos procedimientos ya era posible obtener puntuaciones cuantitativas objetivas que permiten la reducción del sesgo del informante. Luego se propusieron métodos de medición y evaluación que persisten en las actuales investigaciones y consisten en la observación de la persona en su ambiente natural (Thorndike & Hagen, 2006).

Freud también introduce en 1894 un método diferente de medición del constructo (González, 2007; Gorostegui, 2010; Medilles, 2015), las pruebas proyectivas –que siguen siendo utilizadas- especialmente aplicadas por los psicólogos clínicos, en las que se presenta al sujeto un estímulo no estructurado que le permita un desenvolvimiento en la dirección que el sujeto decida, sin influencia de ningún tipo logrando respuestas características de su persona (Anastasi & Urbina, 1998; González, 2007; Gorostegui, 2010; Morales, 2009). Sin embargo, entre otras, este tipo de instrumentos presenta ciertas debilidades como ser la baja confiabilidad, aunque circunscrito a la epistemología psicoanalítica si se consideran válidos.

En este punto, es relevante mencionar que, aunque se piense que los enfoques psicométricos y proyectivos para evaluar la personalidad, son opuestos, lo cierto es que poseen elementos concordantes: en primer lugar ambos consideran el criterio de estabilidad de la conducta; segundo, en los dos enfoques, la evaluación es orientada a la determinación de estructuras internas o características de personalidad de los sujetos para predecir el

comportamiento y, tercero, la evaluación se concibe como independiente de la intervención terapéutica (González, 2007; Gorostegui, 2010).

En cuanto a la postura de Millon, él ha creado distintos instrumentos de evaluación que operacionalizan sus constructos, como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI, el Inventario Millon de Estilos de Personalidad, MIPS, el Inventario de Personalidad de Millon para Adolescentes, MAPI y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI; *Millon Behavioral Medicine Diagnostic*, MBMD y *Personality Adjective Check List*, PACL (Chacón, 2013; Giner, 2011; Millon, Everly, & Davis, 1995; Said, Sartori, Gillet & López, 2014; Sánchez, 2003). Todos ellos permiten evaluar la personalidad dentro de su contexto y conferir de sentido al síndrome clínico a través de su comprensión integral, lo que viene a fortalecer la evaluación multiaxial contextualizada en el eje II del DSM de trastornos de personalidad avalada por la American Psychiatric Association APA (Aiken, 2003; Chacón, 2013; Giner, 2011; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, & Cerezo, 2011; Millon, Everly, & Davis, 1995).

Como se observa, a través de la historia se han desarrollado numerosas técnicas de medición y evaluación amparadas en sus propias teorías, para obtener información de la personalidad de los individuos y con ello han aparecido una serie de instrumentos para detectar y probar sus conceptos; algunos son tan ambiguos que no permiten una clara visualización de lo que es la personalidad, ya que los individuos reaccionan en forma abierta y fisiológicamente a los estímulos ambientales (Morales, 2009). En relación a ello, Díaz (2015) explica que para lograr mejores aproximaciones, los estilos de personalidad normal se deben evaluar en función de las metas motivacionales, los modos cognitivos y las conductas interpersonales como lo propuesto por un enfoque integral de la personalidad.

Además, se cuestiona que, en muchos casos, los tests no cumplen los requisitos psicométricos (Forns & Canalda, 2012), es decir los instrumentos deben poseer propiedades aceptables de validez, confiabilidad y que tengan estandarizaciones dentro del contexto donde han de ser administrados (Alcázar, 2007; Aragón, 2015; Muñiz, Hernández & Fernández-Hermida, 2020). Así, González (2007) menciona que la mayoría de los tests de personalidad se limitan a clasificar y a predecir y hasta comparar a los individuos en cuanto a sus conductas y sus dinámicas de personalidad, pero si se desea profundizar y obtener explicaciones puntuales del porqué de la personalidad, es necesario realizar investigaciones precisas, donde se trate de

hacer correlaciones específicas entre diferentes variables, haciendo uso de éstas y otras herramientas para sacar conclusiones de la causalidad de determinados patrones o perfiles (Pérez-García, 2012).

3.5.1 Perfiles de personalidad

Con independencia del tipo de instrumento psicométrico utilizado en la evaluación de la personalidad y/o de la teoría o modelo psicológico que les sustenta (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009), una gran cantidad de tests aportan perfiles de personalidad, lo que además implica que no existe un perfil psicológico universal. En todo caso, los perfiles de personalidad se definen como patrones de rasgos obtenidos de la aplicación de un test psicológico en lo que se debe tomar en cuenta la validez de la prueba administrada (Alcázar, 2007; González, 2007). En palabras de Millon (2006) “el perfil es la persona” (p.12) pues al incluir la medición de los elementos esenciales de la personalidad, se confiere validez de contenido al test, es decir, la medición de los rasgos que constituyen el pilar fundamental del estudio de la personalidad (Sánchez & Ledesma, 2013).

Al respecto existe una variedad de elementos que confluyen para que una persona en una prueba de personalidad obtenga un determinado perfil -sea normal o patológico-. Uno de tantos es la condición de estabilidad de la personalidad que ha sido muy estudiada en diferentes ocasiones concluyéndose que la permanencia del constructo mencionado aumenta con la edad y es más dinámica durante la infancia y la adolescencia (Magallón, 2012). Una segunda consideración o elemento relevante es acerca de la influencia del ambiente combinado con la predisposición genética o hereditaria a poseer cierto perfil de personalidad (Giner, 2011).

Por otra parte, la condición de perfil psicológico normal o anormal, se define estadísticamente por la ubicación del conjunto de atributos de la personalidad a través de la distribución en la curva normal (Mota, 2015). Esto quiere decir que los rasgos de una persona medidos con algún test de personalidad pueden considerarse patológicos al encontrarse en los extremos, ya sea significativamente por encima o por debajo de la media. Sin embargo, el perfil que se obtiene en determinado momento puede variar con el transcurso del tiempo, ya que, como lo menciona Millon (2006), la estabilidad de la personalidad solo es relativa, lo cual sugiere que la anormalidad podría ser solo un estado transitorio.

Como se ha visto, son muchas y muy variadas las formas en que se realiza la medición y evaluación de la personalidad. Una gran mayoría de instrumentos psicométricos permiten la construcción de perfiles como una especie de diagrama de la configuración del conjunto de características que subyacen en cada persona. Pero además de la ya mencionada variedad de instrumentos, es propio mencionar que, de acuerdo con lo encontrado en la revisión de la literatura, también existen diferentes preferencias por parte de los profesionales sobre el empleo de instrumentos psicológicos de personalidad en la práctica profesional.

3.6 Las pruebas de personalidad más utilizadas

En el contexto de lo descrito en los párrafos anteriores, se ha señalado las muchas técnicas instrumentales de las cuales dispone el profesional de la psicología para su uso en la evaluación de la personalidad (Aragón, 2015; Morales, 2009; Mota, 2015), pero la decisión para seleccionar un instrumento a utilizar debe corresponder o debe ser congruente tanto con el objetivo del proceso de evaluación como con la corriente o teoría de la personalidad con la que se está trabajando (Magallón, 2012; Morales, 2009; Sánchez, 2003; Thorndike & Hagen, 2006), ya que cada tipología de personalidad posee ciertas características asociadas al enfoque que le sustentan, aunque a veces sea difícil clarificar el perfil (Alcázar, 2007; Yanai & Ichikawa, 2007).

En la actualidad, los profesionales de la psicología hacen mayor uso de técnicas que les permitan ahorrar tiempo en la evaluación (Matamoros, Moncada & Rivera, 2014). De este modo, se usan entrevistas para la obtención de datos cualitativos de los síntomas (Abuín & De Rivera, 2014; Chacón, 2013; Esbec & Echeburúa, 2014; García, 2013; Mota, 2015; Sarráis, 2016; Thorndike & Hagen, 2006; Tracy y Sherman, 2007; Wise & Streiner, 2010), cuestionarios y autorreportes (Aiken, 2003; González, 2015; Lotito & Catino, 2015; López, 2015; Magallón, 2012; Morales, 2009; Ruiz, 2012; Souci & Vinet, 2013) como referentes. Este último método si bien tuvo su origen durante la Primera Guerra Mundial y fue diseñado con el objetivo de identificar sujetos que, debido a su estado mental, debían ser excluidos del servicio militar, luego se crearon nuevas formas para ser utilizadas con cualquier tipo de personas (Anastasi & Urbina, 1998).

Relacionado con el párrafo que antecede, Pérez-García (2012) señala que en un estudio realizado por Robins, Tracy y Sherman en el 2007, con miembros de comités editoriales de tres revistas que dedican sus publicaciones al estudio de la personalidad, revisores que además son investigadores prestigiosos, mencionaron que, en cuanto al tipo de instrumentos que más se usan en estudios de personalidad, resulta que en el 100% de los artículos científicos revisados, los investigadores han medido la personalidad a través de cuestionarios y escalas de autoinforme y, más de un 80% se valen de las observaciones, juicios de informantes y registros de conducta y, en menor grado, han usado entrevistas estructuradas, registros fisiológicos y medidas de tiempo de reacción.

Otros estudios como por ejemplo en Colombia reportan que para la población adulta, los autorreportes son los más relevantes en la práctica clínica, ellos generalmente usan el MCMI-III y el ADIS-IV en primer lugar, tanto por su sistema de clasificación de trastornos mentales concordante con el DSM-IV como por sus propiedades psicométricas, pero también otros instrumentos como STAI, ISRA, FNE-SAD, LSAS, SIAS (Toro, Nieto, Mayorga, & Montaña, 2013). En España, tal como lo menciona Elosua (2012) y Muñiz, Hernández y Fernández-Hermida, (2020), el test de personalidad más usado es el MCMI-III seguido de 16PF-5 y el MMPI-2-RF aunque también es relevante el uso del STAI, PAI, el Rorschach, el Mini mental y el NEO-PI-R. En México, Morales (2009) afirma que se emplean técnicas proyectivas y además inventarios con mayor uso como el MMPI, el 16PF, el PRF, entre otros.

En el caso de Honduras, sólo existe un estudio que reporta datos acerca del manejo de instrumentos psicológicos por parte de los profesionales nacionales. De este modo, Matamoros, Moncada y Rivera (2014), encontraron que aproximadamente el 26% de 168 instrumentos que utilizan los psicólogos, pertenece al área de personalidad siendo los más utilizados el Test de la Familia, el Test Casa-Árbol-Persona (H-T-P), el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI y el Test de la Figura Humana de Machover. De lo anterior se menciona que, de las pruebas objetivas, el MMPI es la más utilizada debido a la amplitud de escalas, es decir, debido a que la información obtenida a través de este es bastante sustanciosa.

Conjuntamente, además de la profundidad de los resultados que arrojan los tests mencionados en el párrafo anterior, también influye en el uso de éstos por los hondureños, los costos en los que se incurre, pues son relativamente más bajos que otros ofertados (a excepción

del MMPI), además, se toma en consideración el tiempo de aplicación, el cual es menor al requerido por otros tipos de tests (Matamoros, Moncada, & Rivera, 2014). Cabe mencionar que otra situación en común para los psicólogos nacionales es que su uso está subyugado al hecho de que los instrumentos más utilizados son los enseñados en las universidades del país, por lo que se deduce que son menos los tests aprendidos de manera auto didacta por los profesionales del gremio.

Por otra parte es relevante mencionar que en Honduras, varios tests de personalidad son utilizados en diferentes campos de la psicología, de acuerdo a las necesidades laborales, por ejemplo en el área clínica predomina el uso del Test de la Familia y el MMPI; en recursos humanos el más aplicado es el Mini Mult; en psicología comunitaria prevalece el uso del HTP y el MMPI; en orientación vocacional se emplea mucho el MMPI; y en psicología forense se trabaja con el Test de la Familia y el MMPI. Esto también es congruente con la disponibilidad de tests en el país, pues la oferta del proveedor siempre está en coherencia con los mismos tests que se encuentran en el plan de estudios de la Carrera de Psicología (Matamoros, Moncada & Rivera, 2014).

De igual manera, cuando en el estudio de Matamoros, Moncada & Rivera (2014), se preguntó acerca del manejo de baterías de pruebas psicológicas en la evaluación, la opinión de la mayoría de los psicólogos hondureños, es decir, el 97% de ellos, es que siempre debe de incluirse una prueba de personalidad. Este dato es importante ya que, en la praxis, un 20% de los psicólogos afirman que utilizan entre el 61 y 80% de su tiempo al manejo de los instrumentos pues consideran que ayudan en la resolución de problemas, son altamente funcionales y son una de las principales herramientas del psicólogo (Matamoros, Moncada & Rivera, 2014).

De este modo, el presente estudio ha expuesto lo que se considera bastante relevante del tema de la personalidad para la construcción de este capítulo. Sin embargo, a pesar de que se ha abordado el tema de la medición del constructo y se han mencionado algunos de los instrumentos más utilizados, está pendiente tomar en consideración lo que la psicometría como campo de la psicología ha aportado a la construcción de esos instrumentos de tan alto prestigio académico y científico. Por ello los siguientes apartados recogen los principales temas que se asocian con las características de las “buenas pruebas” en general y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon en particular.

3.7 Propiedades psicométricas de los instrumentos de medición psicológica

Antes de abordar el tema de los aspectos psicométricos de los tests de personalidad en particular, es imperativo realizar una mirada a los elementos teóricos antecedentes y realizar una revisión de los aspectos más relevantes que forman el marco de referencia de la psicometría. Con base a ello más adelante, el trabajo se enfocará en lo atinente al tema de las propiedades métricas de los test de personalidad, particularmente en lo relativo a los instrumentos creados por Millon.

3.7.1 El origen de la psicometría

Los antecedentes históricos de la medición y evaluación en la época precientífica de la psicología, de acuerdo con Aragón (2015) se remontan al año 2200 a. C. en China, además en la cultura griega aparecen los aportes de los filósofos Platón -427 a. C.-, Aristóteles -384 a.C., Empédocles -450 a.C.-, Hipócrates -400 a. C.- y Descartes en 1596; por otro lado, en Inglaterra el empirismo en 1632 de John Locke, influido por Francis Bacon, 1626, que sentaron las bases de la doctrina filosófica del positivismo; y, la influencia médica de Franz Joseph Gall en 1758, quien al analizar las protuberancias craneales intentaba determinar las características de personalidad de los sujetos, lo que cimentó los pilares de la frenología -que mediante “mapas” localiza en el cráneo distintas características psicológicas- (Aiken, 2002; Central Test, 2013; González, 2007; Torres, 2014).

En los albores de la época científica de la psicología, el primer registro acerca de diferencias individuales fue publicado en 1816 por Friedrich Bessel que se denominó ecuación personal. Su trascendencia fue tal que se reconoció la existencia de las diferencias, las cuales se pueden medir y que los instrumentos de medición en psicología, incluido el individuo, poseen un margen de error que debe tomarse en cuenta en el análisis de datos, lo que en la actualidad se constituye en el concepto de fiabilidad. En la segunda mitad del siglo XIX Adolphe Quetelet demostró que las características humanas medidas, seguían una distribución normal en la curva de Gauss. Por ese tiempo, el fisiólogo Erns Heinrich Weber estableció la ley de Weber acerca

de la medición de umbrales diferenciales en distintos niveles de estimulación, evento que sentó las bases para estudiar la posibilidad de medir lo subjetivo (Aragón, 2015; Torres, 2014).

Por su parte, Gustav Theodor Fechner, padre de la psicofísica, continuó los estudios de Weber (Gorostegui, 2010); sus aportes se relacionan con el uso de técnicas de autoinforme - antecedente remoto del cuestionario- y su apuesta acerca de que los problemas en psicología se analicen con métodos cuantitativos. Más tarde Wilhem Wundt sienta las bases de la psicología experimental en 1879, sus aportes son: 1) Establece la estandarización de las condiciones de estudio y la precisión de la medición, da relevancia a realizar observaciones bajo condiciones tipificadas. 2) Contextualiza a la psicología dentro de las ciencias naturales (Gorostegui, 2010) y la separa de la filosofía. 3) Propone el método experimental para estudiar la conciencia. 4) En aras de objetividad, se limita a los procesos elementales de la conciencia al considerar que los fenómenos mentales más complejos no podrían ser estudiados en el laboratorio (Aragón, 2015; González, 2007; Ramos, 2016; Torres, 2014).

En cuanto a Charles Darwin y su teoría de la evolución fue relevante para la psicología su aporte de reconocer las diferencias individuales y la capacidad adaptativa de los individuos. Así mismo, Francis Galton hizo grandes contribuciones a la medición y la evaluación psicológica porque postuló la heredabilidad de las características psicológicas, demostró que existen las diferencias individuales que se pueden medir de manera objetiva, inició el movimiento de las pruebas mentales y el uso de métodos estadísticos en psicología, de este modo indujo a Karl Pearson a inventar el coeficiente de correlación y a Charles Spearman le incitó a desarrollar la teoría de la confiabilidad de las pruebas, el análisis factorial y el modelo estadístico de puntuaciones conocido como Teoría Clásica de los Tests (TCT) (Aragón, 2015; Central Test, 2013; Cortada, 2002; González, 2007; Gorostegui, 2010; Jones & Thissen, 2007; Morales, 2009).

James McKeen Cattell, al rechazar la introspección como forma de abordar los fenómenos psicológicos, defiende el uso de procedimientos objetivos en el estudio del comportamiento, por ello se enfoca en la elaboración y aplicación de pruebas. Así Cattell se convirtió en el primer psicólogo que usó baterías de pruebas para la evaluación psicológica (Gorostegui, 2010). En Francia, en 1905, Alfred Binet elaboró la primera prueba realmente psicométrica de la historia. Además, es el primero que planteó un concepto claro de diagnóstico

psicológico y por los criterios acuñados para la elaboración de pruebas, sentó las bases para la estandarización de las pruebas psicológicas objetivas (Aragón, 2015; Central Test, 2013; Cortada, 2002; González, 2007; Gorostegui, 2010; Jones & Thissen, 2007; Lotito, 2015; Morales, 2009; Revelo, 2013; Torres, 2014).

Para la Primera Guerra Mundial la Asociación Norteamericana de Psicología APA fue requerida para construir una prueba de inteligencia para una gran cantidad de soldados, Arthur Otis, había elaborado una prueba colectiva de inteligencia que fue adaptada por dicha comisión y se le llamó Army Alfa Test. En seguida, se construyó una versión no verbal de la misma, el Test Beta, para personas analfabetas o con poco dominio del inglés. Estas pruebas fueron la semilla para el desarrollo de las pruebas colectivas y de las no verbales. Asimismo, se construyeron para el mismo fin, pruebas colectivas de neuroticismo e inestabilidad emocional y el psiquiatra suizo Hermann Rorschach basado en la psicología freudiana elaboró el Test Rorschach de las Manchas de Tinta para la medición de la personalidad (Aiken, 2003; Anastasi & Urbina, 1998; Aragón, 2015; Gorostegui, 2010; González, 2007)

En la Segunda Guerra Mundial las baterías de tests de aptitudes específicas conllevan la ampliación de los fundamentos lógicos y de medición en psicología para el desarrollo y uso de los métodos de medición y en la construcción de sus instrumentos, de ahí se concede a la psicometría la condición de rama de la psicología científica. En 1935, Louis Thurstone funda la Sociedad Psicométrica Americana, con ello surge la revista *Psychometrika* (Gorostegui, 2010; Jones & Thissen, 2007); en ambos se enfatiza que la psicometría deberá estar al servicio de los problemas psicológicos mediante el estudio de las propiedades métricas exigibles a las mediciones psicológicas. Para 1954, se publican las primeras recomendaciones técnicas para el uso de las pruebas. Estos eventos marcan el destierro de la afirmación de Kant quien negaba que la psicología alguna vez podría ser una ciencia porque sus datos básicos no se pueden observar ni medir (Anastasi & Urbina, 1998; Aragón, 2015; Cortada, 2002; González, 2007; Monroy & Álvarez, 2013).

Parafraseando a Cortada (2002), el campo de estudio que más ha contribuido a que la psicología se vuelva una ciencia es la psicometría pues con ella, a través del tiempo se ha intentado medir los fenómenos psicológicos y “sigue en la lucha por la matematización de nuestra ciencia para estar a tono con los avances de las demás ciencias y con la complicada

tecnología del tercer milenio” (p. 230). A lo largo del tiempo se ha demostrado que la medición es un elemento de mucha importancia en todas las ciencias, Ramos (2016) explica que ella propicia un sentido de realidad y permite conocer los fenómenos de estudio cuando no es posible investigarlos de otra manera (Cortada, 2002).

Con en el breve recorrido histórico del origen de la psicometría, se evidencia que para conocer y comparar atributos psicológicos lo ideal es mediante su medida con instrumentos psicométricos y escalas de distintos tipos (Andrés, 2016; Morales, 2009), es decir, usando una expresión numérica puede determinarse cuánto está presente de un atributo (Rivera, 2020) en un sujeto: En el nivel más bajo de cuantificación, puede informarse la presencia o ausencia del atributo; en el intermedio, se define si se posee más o menos cantidad del atributo, y en el nivel más alto, se establece qué tanto se posee del atributo y si pueden cuantificarse las diferencias presentadas en él. Así se define si las propiedades medidas caen en las mismas o diferentes categorías dentro de un conjunto de normas que delimita su utilidad en función de la condición de datos empíricos (Aragón, 2015).

Desde los comienzos de la psicometría, han aparecido diferentes nociones del término, de los cuales en este trabajo se hará mención de algunos.

3.7.2 El concepto de psicometría y sus implicaciones

Etimológicamente la palabra psicometría se origina del griego *psykhé* que alude a mente y *metrón* referido a medida, que dicho en palabras de Central Test (2013) significa “medir los rasgos psicológicos de una persona” (p. 5), concepto que según este autor resulta en la evaluación psicométrica en forma de tests estandarizados. Para González (2007) hablar de este concepto implica primero considerar que “Los términos psico y metría significa: medida de los fenómenos psíquicos” (p. 23), lo que, según ella, destaca la medición de habilidades cognitivas o rasgos de personalidad en los individuos.

De acuerdo con Aragón (2015) se asume que:

La psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicados en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que éstas se realicen de manera adecuada. El

objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignarles valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (p. 30).

Ramos (2016) define la psicometría como “la rama de la psicología que se encarga de estudiar las teorías, métodos y técnicas que permiten o mejor dicho sustentan las medidas indirectas de los fenómenos psicológicos” (p. 93).

Por su parte Cerdá (1984) citado por Torres Vásquez (2014) concibe la psicometría como un “conjunto de métodos e instrumentos de medida que se utilizan para la investigación, descripción y comprobación de datos sobre el comportamiento psíquico” (p. 32). De igual manera, esta autora cita a Morales (1975) quien asume que la psicometría “tiene como finalidad llevar a cabo la medición de la conducta, tanto en el ser humano como en los animales, lo que constituye uno de los pilares fundamentales de la ciencia psicológica...” (p.32).

De acuerdo con Revelo (2014):

La psicometría es una disciplina que se encarga de la medición, asignando un valor numérico a las características de las personas; esta función es usada para trabajar y comparar los atributos intra o interpersonales con números o datos objetivos, midiendo sus diferentes aspectos psicológicos, tales como conocimiento, habilidades, capacidades y personalidad (p. 58).

Entretanto, Gorostegui (2010) afirma que la “psicometría es una rama de la psicología cuyo objetivo principal es medir rasgos de personalidad, capacidades mentales, nivel de conocimientos y estados de opinión o actitud” (p. 21). Además, afirma que:

estudia, investiga y propone metodologías para la construcción y la aplicación de pruebas con el fin de generar pautas de construcción de instrumentos de medición. Estos instrumentos, así contruidos, deberán exhibir mínimos aceptables en cuanto a sus características psicométricas: validez, confiabilidad, consistencia, estabilidad, etc.” (p. 151).

De este modo, se han proporcionado algunos conceptos literales de la psicometría que de ninguna manera son los únicos. En todo caso, esas definiciones de psicometría deben estar enmarcadas en elementos que conjuguen los modelos formales para establecer los cimientos de

la medición de variables psicológicas de manera adecuada, a fin de proporcionar los métodos que posibiliten transformar los hechos en datos, lo que se logra a través de la asignación de valores numéricos por una parte, a las respuestas brindadas por los individuos y, por otra a los estímulos presentes en la situación de evaluación, con el objetivo de interpretar esos números de acuerdo a la teoría sobre la que la prueba se argumenta (Aragón, 2015; González, 2007).

Para González (2007), el modelo psicométrico asume que la conducta está determinada por atributos intrapsíquicos (rasgos) relativamente estables que mediante la evaluación psicológica indirectamente se externalizan (Andrés, 2016; Aragón, 2015; Central Test, 2013; Gorostegui, 2010) –a través las respuestas a los tests- y sirven como indicadores del estado interno de dichos atributos psicológicos lo que conlleva a predecir o hacer inferencias sobre el comportamiento futuro de la persona. Para esta autora la relación entre atributos psicológicos y manifestaciones externas se cimentan en las técnicas estadísticas de correlación.

Por tanto, Aragón (2015) expresa que la psicometría aborda todo lo que tiene que ver con la medición psicológica empero, es diferente de otras disciplinas psicológicas, dado que se especializa en las propiedades métricas que dichas mediciones deben poseer, con independencia del área de aplicación y de los instrumentos empleados; de este modo, brinda modelos matemáticos para transformar los hechos en datos, para asignarles números a las respuestas proporcionadas por los individuos en las evaluaciones. Aspectos amparados en lo que Charles Spearman buscaba: encontrar un modelo estadístico para explicar adecuadamente los puntajes obtenidos en las pruebas y de esta manera poder calcular la estimación de los errores de medida que subyacen en todo proceso de medición.

Consecuentemente, de acuerdo con González (2007) la psicometría se ocupa de la construcción de instrumentos de medida adecuadamente estandarizados (Lenhard, Lenhard, Suggate & Segerer, 2018) que posean validez y permitan el establecimiento de diferencias entre las personas acerca de un constructo en el que son evaluados, lo que la hace directamente vinculada a la evaluación psicológica (Cortada, 2002), pues mediante los datos obtenidos de la aplicación de tests se obtiene información para crear hipótesis de trabajo que orientan el diagnóstico y la toma de decisiones. De este modo, se procede a abordar lo referente a los tests psicológicos.

Las pruebas psicométricas.

Las pruebas psicométricas son una de muchas técnicas de medición en la ciencia psicológica. En general se les denomina test, que es un vocablo inglés que significa prueba, reactivo, ensayar, probar o comprobar; en español se le llama prueba (Gorostegui, 2010). En todo caso el término se origina del latín *testis* o *testimonium* que indica testigo y testimonio (Central Test, 2013; Cortada, 2002; Lotito, 2015). El supuesto teórico subyacente en psicometría es que las pruebas miden las diferencias individuales con relación a un atributo psicológico para estimar esa cantidad (Anastasi & Urbina, 1998; Aragón, 2015; Central Test, 2013; Lotito, 2015; Mosquera, 2013). A continuación, se presentan algunas definiciones de test.

Como menciona Fonseca-Pedrero (2017), las pruebas psicológicas revisten importancia capital en virtud que de acuerdo con los resultados obtenidos en ellas se toman decisiones que tienen implicaciones en la vida de las personas y en las organizaciones en particular y en la sociedad en general. De ahí que los tests deben ser empleados de forma adecuada, lo que incluye calidad y rigor empíricamente demostrado -propiedades psicométricas aceptables- (Rivera, 2020) y además la correcta utilización por parte de los profesionales de la psicología, quienes deben poseer el conocimiento y entrenamiento que permita la selección pertinente de los instrumentos de medida (Muñiz, Hernández y Fernández-Hermida, 2020).

Para la APA (1999) citado por Gorostegui (2010) el test es un “procedimiento por medio del cual una muestra de comportamiento es obtenida y luego puntuada mediante un procedimiento estandarizado” (p. 159).

Lotito (2015) expresa que “son instrumentos experimentales con una firme base científica y amplia validez estadística que tienen como finalidad la medición y/o evaluación de alguna característica psicológica –ya sea específica o general de un determinado sujeto-” (p. 80).

Así mismo, Morales (2009) define las pruebas psicológicas como:

Aquella técnica metodológica producida artificialmente, que obedece a reglas explícitas y coloca al o a los individuos en condiciones experimentales, con el fin de extraer el segmento del comportamiento a estudiar y que permita la comparación estadística

conductora a la clasificación cualitativa, tipológica o cuantitativa de la característica o características que se están evaluando (p. 17).

Otra definición la aporta González (2007) que en sus palabras expresa que “son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas” (p. 18).

Por su parte, Chiavenato (2008) citado por Lotito (2015) explica que el test psicométrico es “una medición objetiva y estandarizada que mide el comportamiento de un determinado individuo” (p.2) que, de acuerdo con esto, se orienta a medir capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento del individuo, para determinar el cuánto posee de los atributos medidos en un evaluado.

Un clásico, Anastasi y Urbina (1998), asumen que “la prueba psicológica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta” (p.4).

En la condición de la objetividad del test psicométrico aludida en el concepto que antecede, por una parte, Aragón (2015) y Morales (2009) aluden a las características de los buenos tests psicométricos, de la misma manera que González (2007) explica que la medida objetiva se cumple cuando:

- 1) Existe tipificación en el proceso de aplicación de un test, lo que implica uniformidad de las instrucciones de aplicación, condiciones ambientales generales, detalles de la situación de examen, paralingüística del examinador (Lotito, 2015), entre otras.
- 2) El procedimiento tipificado de calificación es el pautado en todos los casos para un mismo test.
- 3) Se logra objetividad de la interpretación de las puntuaciones, es decir, esto también está tipificado, por lo que es independiente del juicio subjetivo del evaluador.
- 4) Existencia de normas tipificadas de la conducta que se intenta medir para poblaciones específicas en las que se aplica el instrumento.

González (2007) señala que los instrumentos psicológicos brindan información que luego es integrada en todo el proceso evaluativo y además en la toma de decisiones para el consiguiente abordaje de los problemas presentados por la persona a quien se le ha administrado un test, por tanto, la aplicación de las pruebas psicológicas se constituye en una fase muy

relevante del proceso de intervención psicológica, pues el uso correcto o incorrecto de los instrumentos de medida que se seleccionan determinan la calidad de los datos obtenidos y de las conclusiones a que se llega de acuerdo a esos valores (Lotito, 2015).

En tal sentido, Morales (2009) alude que se debe tener cuidado al seleccionar un test, para ello habrá que tomar en cuenta el propósito de la evaluación; verificar si la capacidad de la prueba es la adecuada para medir con el rigor necesario lo que se investiga, en esto influye tanto los esfuerzos que implican para el evaluado como lo concerniente a aspectos económicos; además se debe considerar la forma de aplicación y calificación, si existen formas paralelas y la adaptación del test y; confirmar el grado de confiabilidad y validez, la objetividad y sensibilidad del instrumento y si está o no estandarizado para la población local, pues las puntuaciones obtenidas por un sujeto, tienen significado relevante si se realizan en función de la ejecución de su grupo de referencia (Lotito, 2015).

Para finalizar este apartado, se hace la acotación que, si un instrumento de evaluación psicológica ha sido considerado como adecuado y científico, subyace la idea que así como sucede con los instrumentos de todas las ciencias, los tests psicométricos cumplen con dos requisitos indispensables: la confiabilidad y la validez (Lotito, 2015). Pero como señalan Lenhard, Lenhard, Suggate y Segerer (2018) hay otro aspecto de las pruebas que es muy relevante pero poco enfatizado: la forma cómo se ha realizado el proceso de normalización del instrumento. Al respecto estos autores expresan que “la comparación con una norma representativa es crucial” (p. 112).

3.7.3 Confiabilidad

La confiabilidad es una propiedad psicométrica interrelacionada con la validez, pero son diferentes. Prieto y Delgado (2010) exponen que “la fiabilidad es una cuestión relativa a la calidad de los datos, mientras que la validez se refiere a la calidad de la inferencia” (p.70) (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2018).

La confiabilidad significa estabilidad o consistencia de la puntuación (González, 2007; Prieto & Delgado, 2010), es un criterio de adecuación científica de los datos que ha adquirido sentido en el contexto de los tests psicológicos (Rivera, 2020), y se refiere en general al grado

de precisión que muestra una técnica de registro, que se cuantifica a través de los coeficientes de fiabilidad, resultantes de las correlaciones entre los valores de dos pruebas independientes que se realizan en condiciones similares (Andrés, 2016).

Para Aragón (2015) la confiabilidad no se puede concebir como algo de todo o nada, en realidad es un asunto de grado, es decir, es un continuo que va desde la consistencia mínima de una medida hasta la casi perfecta repetibilidad de los resultados (Aiken, 2003; Prieto & Delgado, 2010). De ahí que una medida se asume como confiable si conduce a resultados iguales o muy similares. Se refiere entonces a la capacidad de una medida obtenida, de poder generalizarse a otras situaciones en el entendido de que se busca exactitud o precisión del instrumento e implica la ausencia de errores de medición; por tanto, en la medición de atributos psicológicos se hace difícil el uso del término y en vez de él, algunos utilizan sinónimos como estabilidad de la medida y consistencia interna.

De acuerdo con González (2007), los indicadores a tomar en cuenta para asegurar la fiabilidad de un instrumento de medición son:

- a) La estabilidad temporal, referida al grado en que los puntajes de una prueba son afectados por las fluctuaciones en términos de tiempo producidas en los sujetos o en el ambiente en el que se administra el test (Aiken, 2003; Aragón, 2015; Prieto & Delgado, 2010).
- b) Fiabilidad del examinador para la administración y calificación, el aseguramiento de que se sigue al pie de la letra los procedimientos establecidos (Aragón, 2015).

Al decir que una prueba psicométrica es confiable, se está manifestando que la puntuación verdadera de un sujeto no cambia en diferentes aplicaciones del tests, por tanto la variabilidad observada es atribuida a la influencia de un error de medida aleatorio desconocido y no controlado, lo que se llama error típico de medida o ETM –de la teoría clásica de los tests TCT- que carece de un límite superior que permite su valoración, por ello, se plantea el cálculo de un índice estandarizado de consistencia o precisión, denominado coeficiente de confiabilidad que oscila entre 0 y 1, el cual indica la proporción de la variabilidad de los puntajes observados no atribuido al error de medida (Aiken, 2003; Elosua, 2012; Prieto & Delgado, 2010).

Según explican Prieto y Delgado (2010), para calcular con TCT los estadísticos de confiabilidad se emplean distintas formas de recogida de datos que implican a su vez distintas repeticiones en el proceso de medida, entre ellos: *test-retest*; formas paralelas; división por mitades y consistencia de las puntuaciones de diferentes calificadores (Aiken, 2003). Sin embargo, existen otros procedimientos estadísticos basados en la Teoría de Respuesta al Item TRI mediante el error típico de estimación ETE el cual indica la magnitud del error con la que se estiman los parámetros de los individuos o los reactivos situados en distintas posiciones del continuo latente que, entre otros, sirven para definir los puntos de corte usados en la clasificación de personas por categorías diagnósticas

3.7.4 Validez

Esta es la propiedad de un test que se considera de mayor importancia. Prieto y Delgado (2010) refieren que inicialmente se concebía como “el grado en que las interpretaciones y los usos que se hacen de las puntuaciones están justificados científicamente” (p.70). Andrés (2016) explica que la validez se relaciona con el ajuste que tienen los datos en referencia al fenómeno o constructo que los produce. En palabras de Aragón (2015) un instrumento de medición se considera válido si hace aquello para lo que ha sido elaborado, esto es, si la prueba es eficaz para hacer inferencias de los datos obtenidos. Empero, la prueba puede ser confiable sin ser válida, pues no se puede hablar de validez de un instrumento de medición si no se mide el atributo de manera confiable. Sin embargo, la confiabilidad es necesaria, aunque no es suficiente para obtener validez del instrumento (González, 2007; Prieto & Delgado, 2010).

Al respecto, es fundamental tener claro que lo validado no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos usando un procedimiento específico y las inferencias asumidas por la ejecución de un individuo en una prueba, esto es, si la conducta mostrada en la prueba es o no la conducta habitual de la persona. De este modo, la validez se realiza con relación a los datos que brinda la prueba: grado de adecuación y, la connotación y utilidad de las inferencias específicas que resultan de los puntajes de las medidas. Cabe mencionar que al igual que la fiabilidad, la validez no es un asunto de todo o nada (Prieto & Delgado, 2010), sino que la medida será válida en términos del objetivo particular para el que se construye, este

proceso depende de investigaciones empíricas y con ello del tipo validez que se requiere (Aragón, 2015).

Relacionado con lo que antecede, los *Standards of the American Psychological Association* han establecido, según el tipo de prueba y el uso al que esté destinada (Anastasi & Urbina, 1998) los siguientes tipos de validez (Aiken, 2003; Aragón, 2015; González, 2007; Prieto & Delgado, 2010; Rivera, 2020):

- a) De constructo, modo principal de validación, que “constituye un marco integral para obtener pruebas de la validez” (Prieto & Delgado, 2010, p. 71), incluyendo las de criterio y de contenido. De este modo, se relaciona con la contrastación de las teorías científicas mediante el método hipotético-deductivo (Aiken, 2003; Elosua, 2012).
- b) De criterio, la correlación entre las puntuaciones del test y las puntuaciones en el criterio seleccionado que tiene que ser una medida de buena calidad.
- c) De contenido referida a que la prueba es válida si los reactivos que la constituyen muestrean en forma adecuada el contenido a evaluar.

En consecuencia, en la actualidad, la validez se caracteriza por considerar el grado en que la evidencia empírica y la teoría propician la interpretación de las puntuaciones de una medida en relación con su uso específico. En tanto que el proceso de validación es el argumento que deriva de una definición de las interpretaciones propuestas, de su base teórica, de las predicciones y los datos que sustentan científicamente su pertinencia, lo que hace que la validación sea un proceso dinámico y abierto que supone múltiples fuentes como el contenido del test; procesos de respuesta; estructura interna de la prueba; relaciones con otras variables y; consecuencias del uso de los tests (Elosua, 2012; Prieto & Delgado, 2010).

3.7.5 La estandarización o tipificación

El proceso de tipificación define el conjunto de normas de actuación media o normativa del comportamiento de acuerdo con los resultados en un test para una población determinada (González, 2007; Lenhard, Lenhard, Suggate y Segerer, 2018), establecidas empíricamente. Por otra parte, el procedimiento estandarizado es una característica fundamental de una prueba psicológica en el que se asume la uniformidad de maneras de aplicación y puntuación de la

misma e incluye además la uniformidad en cuanto a los materiales que se usan, los límites de tiempo, las instrucciones orales, los ensayos previos, maneras de resolver dudas y otros detalles propios de cada situación de la prueba (Aiken, 2003; Aragón, 2015; Mias, 2018; Molina, 2015; Molinero, 2003; Prieto & Delgado, 2010).

En este sentido, las normas son importantes para interpretar los datos obtenidos en una prueba psicológica pues las puntuaciones directas por si mismas no son interpretables ya que no tienen significado alguno a menos que se le compare dentro de un grupo normativo (Ledezma, 2011; Mias, 2018), así es posible comparar las puntuaciones de un sujeto con las de su grupo de referencia o grupo normativo (Rivera, 2020) mediante las categorías previamente establecidas, es decir, puntuaciones derivadas que surgen de las transformaciones de las puntuaciones directas -naturales, crudas, brutas- obtenidas en las pruebas, las cuales pueden ser: típicas o Z, decatipos o estenes, eneatisos o estaninas, percentiles, puntuaciones T, edades escalares y, (Aragón, 2015) tasas de prevalencia.

Sin embargo, Carrasco (2003), Molina (2015) y Rivera (2020) explican que algunas variables psicológicas y sociales no se distribuyen de manera normal, razón suficiente para que no se apliquen pruebas estadísticas que asuman una distribución normal de los datos, ya que como lo expresa Molinero (2003) si los datos no se distribuyen normalmente, los resultados de la estimación serán poco precisos (Rivera, 2020). Molina (2015) desaconseja el uso de pruebas paramétricas de contraste, ya que como plantea Rivera (2020) se genera un sesgo por lo incorrecto que resulta realizar transformaciones directas ya que se asume erróneamente la normalidad en las puntuaciones en vez de realizar pruebas estadísticas que comprueben “la asunción de normalidad de los residuos estandarizados y así mejorar la precisión del dato normativo” (p. 78).

Con relación a lo anterior, de acuerdo con Paredes (2019), “la regresión no paramétrica ha surgido debido a los problemas que aparecen a la hora de formular los modelos paramétricos, ya que hay veces que no se encuentra ninguno que sea adecuado para los datos” (p. 4). Así, se han estado aplicando modelos de regresiones lineales (Mias, 2018; Montero, 2016) para resolver los problemas que presentan las transformaciones directas con media y desviación típica, que finalmente permiten el establecimiento de datos normativos de cualquier naturaleza (Lenhard, Lenhard & Suggate, 2018; Rivera, 2020); de ello se hablará más adelante.

En estos últimos párrafos se ha aludido a las puntuaciones típicas, pero ¿qué son esas puntuaciones? A continuación se presenta una breve explicación.

Puntuaciones Típicas

Según lo que se ha apuntado hasta este momento, las puntuaciones directas deben ser transformadas en un nuevo sistema de valores para su fácil interpretación, es así como las puntuaciones Z explican los valores medios de una población y por tanto están asociadas a la curva normal (Montero, 2016; Rivera, 2020), misma que indica que la mayoría de los casos dentro de una población se ubicará en el centro de distribución y disminuye paulatinamente a medida que se aleja de dicho centro (Mias, 2018; Anastasi & Urbina, 1998). Carrasco (2003) define los puntajes Z como transformaciones a los valores directos de una distribución normal, con ellos se analiza la distancia de cada dato respecto a la media y se expresan en desviación estándar. Este autor explica que un puntaje Z indica la dirección y grado en que un valor individual se desvía de la media, en una escala de desviación estándar.

Las puntuaciones Z se disponen en una escala de intervalos equivalentes o desviaciones típicas, con un valor de 10, con respecto a la media que equivale a 50 (Aragón, 2004; Rivera, 2020). Es así como al aplicar una prueba, es posible hacer comparaciones con el grupo de modo que los resultados se pueden categorizar (Ledezma, 2011). Tomando en cuenta lo anterior, hay que recordar que las puntuaciones Z se asocian a puntuaciones directas específicas por lo que se necesitan puntuaciones derivadas de ésta para encontrar los normativos aplicables a una población concreta y, es a partir de Z como se obtienen las puntuaciones típicas normalizadas T (Abad, Garrido, Olea, & Ponsoda, 2006).

Puntuaciones T

Estas puntuaciones poseen una media de 50 y una desviación típica de 10 y se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$T = 50 + (Z * 10)$$

La interpretación de la puntuación normalizada T sigue la misma lógica que la puntuación Z pero siempre hay que referirla a la curva gaussiana para representar la distribución normal (Abad, Garrido, Olea, & Ponsoda, 2006). Aun con lo útil de estas puntuaciones, en el área de la salud se utilizan más las tasas de prevalencia debido a los problemas que se detallan a continuación.

Datos normativos basados en regresiones múltiples

Rivera, Cadavid, Gutiérrez-Hernández, Calderón, De los Reyes & Arango (2019) y Rivera, Morlett y Arango (2019) hacen referencia a muchas investigaciones recientes en las que se emplean modelos de regresión para la construcción de datos normativos para diferentes tests psicológicos, debido a que estos modelos permiten la valoración de la influencia de distintas variables sociodemográficas que pueden afectar la ejecución de los sujetos en los instrumentos de medición. Partiendo de estos procedimientos estadísticos, luego se generan distintos normotipos como los percentiles, puntuaciones T y/o desviaciones estándar.

De acuerdo con Rivera, et al (2019) y Rivera, Morlett y Arango (2019) para construir datos normativos partiendo de regresiones lineales se llevan a cabo cuatro pasos que a su vez evalúan cuatro supuestos que se describen a continuación: a) multicolinealidad (Mias, 2018; Montero, 2016), que se realiza a través de la iteración o eliminación por jerarquía del modelo de regresión lineal cuadrática y el cálculo de los valores de tolerancia de colinealidad que no deben ser mayores a 1. b) homocedasticidad (Mias, 2018; Vila, Torrado & Reguant, 2019), la cual se ejecuta agrupando los valores predictivos de los sujetos. c) normalidad de los residuos estandarizados evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y, d) la existencia de valores influyentes mediante los valores máximos de distancia de Cook y relacionándolos con una distribución de frecuencia.

En otras palabras, una vez realizadas las cuatro pruebas estadísticas descritas en el párrafo que antecede se pueden generar datos normativos empleando la metodología de modelos de regresión múltiple y la desviación típica de los valores residuales de estos modelos (Rivera, et al, 2019; Rivera, Morlett & Arango, 2019). Siguiendo a estos autores se puede comentar acerca de las ventajas del modelo de análisis estadístico, a saber:

- 1) identificar variables predictoras, como el sexo, edad, etc. del desempeño en cada una de las puntuaciones del test aportando mayor validez.
- 2) controlar la multicolinealidad de las variables predictivas.
- 3) explorar más de un tipo de función (lineal versus cuadrática) y,
- 4) detectar violaciones en las asunciones de los modelos estadísticos para su corrección.

Las Curvas de ROC

En 1947, Yerushalmy hace referencia por primera vez a los términos estadísticos sensibilidad y especificidad para valorar la precisión de una prueba (Del Valle, 2017; Torres, 2010) ya que es necesario considerar la probabilidad de que una prueba se equivoque al encasillar dentro de una enfermedad a alguna persona que en realidad se encuentra bien. En otras palabras, para que una prueba se convierta en una buena clasificadora es necesario considerar si la misma es capaz de catalogar sujetos en una de dos categorías, en este caso presencia o ausencia de un trastorno, previamente establecidas sin generar falsos positivos (Mías, 2018; Ordoñez, 2011; Pérez, 2015).

De acuerdo con Cerda y Cifuentes (2012), la formulación de diagnósticos de una determinada enfermedad -o presencia de algún trastorno psicológico- requiere del establecimiento de puntos de corte (Mías, 2018; Del Valle, 2017), con los que se sustenta la presencia o ausencia de un diagnóstico específico. Estos autores indican que existe un método estadístico muy robusto para comprobar la exactitud de un instrumento de medida que emplean escalas continuas para declarar de si existe o no un trastorno: el análisis con base a curvas ROC (*receiver operating characteristic curve*). Para de Del Valle (2017) este método estadístico es:

“es una herramienta estadística utilizada en el análisis de la capacidad discriminante de una prueba diagnóstica dicotómica. Es decir, una prueba, basada en una variable de decisión, cuyo objetivo es clasificar a los individuos de una población en dos grupos: uno que presente un evento de interés y otro que no”.

Por su parte Pérez (2015) define la curva ROC como: "un gráfico bidimensional que representa la proporción de verdaderos positivos frente a la proporción de falsos positivos

asociados a un biomarcador a lo largo de los distintos puntos de corte que puede tomar este.” (p. 5). Generalmente las curvas de ROC (Mias, 2018) son utilizadas para tres propósitos específicos: a) establecer el punto de corte en el que se logra la sensibilidad y especificidad más elevada; b) valorar la capacidad discriminativa del test diagnóstico en el sentido de que sea capaz de diferenciar los sujetos sanos de los enfermos, y, c) comparar la capacidad discriminativa de dos o más pruebas para diagnósticos que expresan sus resultados como escalas continuas (Cerdeira & Cifuentes, 2012; Del Valle, 2017; Montero, 2016; Pérez, 2015).

Particularmente para poder utilizar un instrumento o test en el área de salud mental, los profesionales deben asegurarse de que el mismo cuente con exactitud diagnóstica misma que, según Vinet y Forns (2006), se puede traducir a dos aspectos: sensibilidad y especificidad (Cerdeira y Cifuentes, 2012; Del Valle, 2017), es decir, la probabilidad de dictaminar si el estado de un individuo puede dictaminarse o no dentro de cierta clasificación. Esta afirmación es apoyada por Pérez (2015), al decir “La calidad de una prueba diagnóstica realizada a pacientes no se juzga solo por sus características analíticas sino por su capacidad para distinguir entre diferentes estados de salud” lo cual es de suma importancia para la toma de decisiones en cuanto a tratamiento, como se ha mencionado en apartados anteriores.

Asimismo, Zweig & Campbell (1993) proponen que el uso de las curvas ROC en la evaluación de pruebas diagnósticas presenta las siguientes ventajas:

- 1) Son una representación fácilmente comprensible de la capacidad de discriminación de la prueba en todo el rango de puntos de corte.
- 2) Son simples, gráficas y fáciles de interpretar visualmente.
- 3) No requieren un nivel de decisión particular porque está incluido todo el espectro de puntos de corte.
- 4) Proporcionan una comparación visual directa entre pruebas en una escala común, mientras que otro tipo de gráficos, como los diagramas de puntos o los histogramas de frecuencias, requieren diferentes gráficos cuando difieren las escalas.
- 5) La especificidad y la sensibilidad son accesibles en el gráfico, en contraste con los diagramas de puntos y los histogramas.

Tal como lo menciona Estrada (2016), Mias (2018) y Pérez (2015), la sensibilidad hace referencia al grado de detección de una enfermedad y se expresa a través de la siguiente fórmula:

$$Se = P\left(\frac{T^+}{D^+}\right) = \frac{a}{F_1} = \frac{a}{a + b}$$

Estrada (2016), Mias (2018) y Pérez (2015), también mencionan que a la capacidad que posee una prueba para descartar la presencia del trastorno, se llama especificidad y matemáticamente se escribe de la siguiente forma:

$$Sp = P\left(\frac{T^-}{D^-}\right) = \frac{d}{F_2} = \frac{d}{c + d}$$

Tal como lo menciona Cerda & Cifuentes (2012), para lograr la aplicación de la curva de ROC tanto el número de sujetos para cada alternativa diagnóstica utilizando fórmulas diferentes para obtener los valores de sensibilidad y especificidad -tomando los valores Verdadero Positivo, Verdadero Negativo, Falso Positivo, Falso Negativo- tal como se muestra a continuación:

$$Sensibilidad = \frac{VP}{(VP + FN)}$$

$$Especificidad = \frac{VN}{FP + VN}$$

Además de lo anterior, es necesario mencionar que la aplicación de la curva de ROC es posible únicamente en estudios que posean diseños transversales y en pruebas dicotómicas de escalas continuas (Mias, 2018; Montero, 2017, Vinet & Forns, 2006). Normalmente se utiliza conjuntamente al índice de Youden (sensibilidad + especificidad - 1), el cual determina un solo punto de corte, pero cuando se requiere que una prueba cuente con altos índices de sensibilidad y especificidad, se omite ese procedimiento y se analizan los diferentes puntos de corte resultantes para luego escogerse el más apropiado dependiendo del objetivo de la investigación (Cerda & Cifuentes, 2012).

Dentro del gráfico de la curva de ROC se encuentra el área bajo la curva -AUC por sus siglas en inglés- misma que se define como la capacidad predictora de un test que nos indica si el diagnóstico se hizo de manera azarosa o no (Gramunt, 2008). Dicho de otro modo, en términos de probabilidad, si el puntaje obtenido de un sujeto en el AUC equivale a .5 significaría que

tiene 50% de probabilidad tanto de ser diagnosticado como enfermo o como sano lo que significaría que la prueba no es útil para detectar el padecimiento para el que fue diseñado (Torres, 2010).

Los rangos de interpretación del área bajo la curva sugieren que de .5 a .7 el test tiene una baja capacidad discriminante; de .7 a .9 puede ser útil para algunos propósitos y; de .9 a 1 el test posee una alta capacidad discriminante (Swets, 1988). En caso de que el AUC estuviera invertida, para corregirse tendría que invertirse lo que se considera positivo y lo que se considera negativo, para lograr que la simetría se invierta (Del Valle, 2017).

Hasta aquí, se ha tratado de presentar los fundamentos teóricos que sustentan los objetivos de este trabajo de investigación. Por ser, lo que es, no se abunda en detalles, pero se enfoca en aspectos torales con la finalidad de que se evidencie la relación que tiene con el siguiente capítulo: el marco metodológico.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue desarrollada a través del enfoque cuantitativo ya que se suministró un instrumento de personalidad a la muestra seleccionada con el fin de obtener datos numéricos crudos que luego fueron procesados para obtener los puntajes normativos aplicables a la población hondureña (McMillan & Schumacher, 2005, citado por Muñoz & González, 2010; Mias, 2018).

De acuerdo con la profundidad del estudio, el alcance de la investigación posee una perspectiva descriptiva, es decir que, con los datos obtenidos en este caso, se pretende determinar la propiedades, características y perfiles de la población hondureña en cuanto a lo referente a trastornos de personalidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Mias, 2018). Simultáneamente, esta investigación es correlacional ya se recolectará datos para determinar si existe relaciones en la variable sexo, tipo de población, edad y estado civil, pero sin establecer su causalidad al no añadir elementos adicionales que permitan su manipulación (Alaminos & Castejón, 2016; Mias, 2018).

Es un estudio transversal ya que el fenómeno se observó en un determinado momento y es en ese mismo periodo en que los datos son recolectados tratando de establecer los datos normativos de los resultados dentro de una determinada población (Ato, López, & Benavente, 2013; Mias, 2018). La investigación tiene un diseño no experimental pues el instrumento se suministró únicamente para obtener datos de rasgos de personalidad sin ningún estímulo previo que pueda influir en los resultados de la prueba ya que no se pretende establecer ni analizar la causalidad de esta (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Mias, 2018).

La finalidad es *básica* pues produce conocimiento, es decir, se establecerán datos normativos del Inventario Clínico Multiaxial Millon-III inexistentes en la población adulta hondureña. Además, es aplicada ya que, con la construcción de baremos, se resuelve el problema antes mencionado de contar con normas que puedan aplicarse de manera local para que los

profesionales del área logren hacer diagnósticos más acertados. Argumento que también la convierte en una investigación aplicada (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Mias, 2018).

4.2 Variables

A continuación, se define cada una de sus variables del presente estudio tanto de manera conceptual como operacional (Tabla 4). Cabe mencionar que las últimas dos variables son secundarias o de contraste.

Tabla 4.

Definición de las variables de investigación.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Condición no clínica	La no existencia de trastornos psicopatológicos y/o somáticos que incapaciten o deterioren de manera significativa la adaptación a los diferentes entornos del medio ambiente (Rodríguez, 2002).	Puntuaciones obtenidas por estudiantes universitarios en el MCMI-III que no poseen un trastorno clínicamente diagnosticado.
Condición clínica	Personas que poseen diagnóstico de algún trastorno psicopatológico (Castejón & Berengüí, 2020; Molina-Ruiz, et al, 2019). Patrón de afrontamiento interpersonal inflexible, autoperpetuante e inestable (Quiroga & Fuentes, 2003)	Puntuaciones obtenidas en el MCMI-III por pacientes que poseen diagnóstico psicopatológico
Sexo	“Características de orden biológico que diferencian unos cuerpos de otros” (MEN, UNFPA, PNUD, & UNICEF, 2016).	Condición reportada en el MCMI-III como hombre o mujer.
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (Jiménez, 2015; Unidad de Investigación Facultad de Ciencias Médicas UNAH). Modo de vivir de acuerdo con la ley (Jiménez, 2015).	Lo que el participante señale como condición de Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Unión libre, Separado/a
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha (Jiménez, 2015; Unidad de Investigación Facultad de Ciencias Médicas UNAH)	Número de años que reporta el participante al momento de aplicarle el MCMI-III.

Fuente. Elaboración propia

4.3 Población y muestra

Población clínica

El universo de la población clínica lo constituyeron el total de las personas, hombres y mujeres considerados como pacientes de los centros de salud mental del Distrito Central. El número total del universo es desconocido debido a que el sistema de salud mental hondureño no lleva estos registros y los datos reportados se contabilizan por la cantidad de atenciones diarias, no por el número de pacientes que poseen un diagnóstico psicopatológico.

La muestra estaba formada por 140 pacientes con diagnóstico psicopatológico entre 18 y 77 años con una media de edad de 42.36 años y una desviación estándar de 14.59 que fueron atendidos en el año 2019 en consulta externa del área de psiquiatría de las diferentes unidades de atención de salud mental en el Municipio del Distrito Central. Un total de 67 (47.86%) fueron varones. Las mujeres fueron 73 (52.14%); el 55.71%, es decir 78 personas recibieron atención en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza; 22.14% o sea 31 pacientes en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y 19.29% -27 sujetos- en el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia IHADFA. De los 140 participantes clínicos, el 44.29% están solteros; 42.86% conviven con su pareja; 11.42% están separados de sus conyugues; el 0.71% es viudo.

Para la selección de la muestra se procedió a identificar, a través de la Secretaría de Salud los centros de salud, hospitales y clínicas periféricas que poseían áreas de psiquiatría en el Municipio del Distrito Central; luego se determinaron cuáles pacientes eran ambulatorios, es decir que acudían a consulta externa. En los casos donde se detectó la asistencia de pocos pacientes, se descartó como centro de recolección debido al costo que ello implicaba y, el número de la muestra que le correspondía se distribuía entre las unidades seleccionadas.

El muestreo se realizó a través de la técnica no probabilística por conveniencia ya que se escogió a los participantes sin utilizar fórmulas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Martínez (2008) explica que en el muestreo por conveniencia se toma en cuenta la accesibilidad de los participantes, de este modo se planificaron días específicos para visitar cada centro de salud mental y se aplicó el instrumento a los pacientes que asistían a la consulta externa en un momento determinado.

En este grupo poblacional se consideraron como criterios de inclusión los siguientes:

- 1) Ser de nacionalidad hondureña
- 2) Ser mayor de 18 años.
- 3) Firmar el consentimiento informado.
- 4) Poseer un trastorno psicopatológico clínicamente diagnosticado.

Por otra parte, los criterios de exclusión para la muestra clínica fueron los siguientes:

- 1) Obtener resultados inválidos en el perfil del MCMI-III.

Población no clínica

El universo de la población no clínica estuvo constituido por los más de 65,000 estudiantes de pregrado varones y mujeres matriculados en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH que asistieron a clases presenciales en la ciudad universitaria de Tegucigalpa en los periodos académicos 2019 (Secretaría Ejecutiva de Desarrollo Institucional UNAH, 2019). Se considera que la población estudiantil de UNAH es pertinente y lo suficientemente representativa para los efectos de normalización del inventario en cuestión en vista de que a ella concurren personas de diferentes regiones del país además de ser la institución que alberga la mayor cantidad de estudiantes del nivel superior hondureño.

La muestra estuvo conformada por 388 participantes entre 18 y 45 años con una media de edad de 23.44 años y una desviación estándar de 4.6. De ellos 131 (33.76%) fueron varones y 257 (66.24%) eran mujeres. De los 388 participantes no clínicos, el 87.11% están solteros; 9.02% conviven con su pareja; el 1.03% están separados de sus conyugues y hay un 2.58% que no reportó esta condición. Por otra parte, 48 estudiantes estaban adscritos a carreras de la Facultad de Humanidades y Artes; el 30.15% correspondían a la Facultad de Ciencias Sociales; un 38.14% eran de la Facultad de Ciencias Económicas; 13.66% asistían a la Facultad de Ciencias Médicas y un 5.67% correspondían a la Facultad de Odontología.

El muestreo que se utilizó fue de tipo probabilístico estratificado por etapas pues permite aumentar la precisión de la muestra para cada estrato (Hernández, Fernández y Baptista,

2014), seleccionándose primero la muestra por sexo y luego se realizó una subestratificación por facultades quedando las unidades académicas con la mayor cantidad de estudiantes; finalmente también es una muestra por conglomerados o racimos ya que el instrumento se aplicó a secciones completas seleccionadas al azar (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Los criterios de inclusión para los participantes dentro la muestra no clínica, fueron los siguientes:

- 1) Ser de nacionalidad hondureña
- 2) Estar matriculados en una carrera ofertada en la ciudad universitaria durante el año 2019.
- 3) Ser mayor de 18 años.
- 4) Firmar el consentimiento informado.
- 5) Estudiar en la modalidad presencial.

Los criterios de exclusión para esta muestra fueron:

- 1) Incapacidad de responder al instrumento utilizado sin asistencia del evaluador.
- 2) Obtener resultados inválidos en el perfil del MCMI-III.

4.4 Técnicas de recolección de datos e instrumento

Para obtener la información de los datos demográficos de los participantes clínicos como los no clínicos, se diseñó una hoja de registro que se utilizó para sistematizar lo que sustenta el reporte de las variables de contraste en cuanto a sexo, edad, estado civil.

Para llevar a cabo la presente investigación, el test que se utilizó fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, MCMI-III elaborado por Theodore Millón con la colaboración de R. Davis y C. Millón, dirigido a población adulta. Este instrumento es un cuestionario donde se presentan enunciados a los cuales la persona debe contestar si se aplican o no a sí mismo y se revisa a través de plantillas o de manera electrónica.

Rodríguez, Carvalho, de Araujo y Nascimento (2011) explican que este inventario fue creado en 1977 y ha sido sometido a tres actualizaciones importantes en cuanto a la congruencia

con los cambios sociales que se han ido suscitando. Estos autores también mencionan que “el MCMI, en todas sus versiones, se distingue de otros inventarios principalmente por su fundamento teórico, estructura multiaxial, esquema de validación, así como la brevedad con la que se aplica y el análisis e interpretación de la información” (p. 35). A continuación, se presentan otras de sus especificaciones:

- Nombre original: MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory
- Procedencia: NCS Pearyn (1997).
- Adaptación española: V. Cardenal y M. P. Sánchez (2007).
- Finalidad: Evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.
- Forma de aplicación: Individual y colectiva
- Tiempo de aplicación: 20 o 30 minutos
- Edad de aplicación: 18 en adelante
- Material: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y PIN de corrección.
- Longitud del inventario: 175 ítems.

Tal como lo menciona Millon, Millon, & Roger (2007) este instrumento, como pocos, se ajusta al sistema diagnóstico oficial y se agrupa diferenciando personalidad y psicopatología para hacerlo equivalente al Eje I -trastornos clínicos agudos- y Eje II -características de personalidad duraderas. Conjuntamente, las escalas se subcategorizaron tomando en cuenta la gravedad de estas tal como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5.

Categorización de las escalas del MCMI-III

Categoría	Escala	Clave
Patrones clínicos de personalidad	Esquizoide	1
	Evitativo	2A
	Depresivo	2B
	Dependiente	3
	Histriónico	4
	Narcisista	5
	Antisocial	6A
	Agresivo (sádico)	6B
	Compulsivo	7
	Negativista (pasivo-agresivo)	8A
	Autodestructivo	8B
Patología grave de la personalidad	Esquizotípico	S
	Limite	C
	Paranoide	P
Síndromes clínicos	Trastorno de ansiedad	A
	Trastorno somatomorfo	H
	Trastorno bipolar	N
	Trastorno distímico	D
	Dependencia del alcohol	B
	Dependencia de sustancias	T
	Trastorno de estrés postraumático	R
Síndromes clínicos graves	Trastorno del pensamiento	SS
	Depresión mayor	CC
	Trastorno delirante	PP
Índices modificadores	Deseabilidad social	Y
	Devaluación	Z
	Validez	V

Fuente. Millon, Millon, & Roger, 2007. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, MCMI-III.

El proceso de validación del instrumento se hizo con muestra clínica a través de validez teórica-sustantiva con generación de ítems que se ajusten a requerimientos teóricos y al DSM; validez interna y estructural, por medio del análisis de consistencia interna de los ítems; y la validez externa y de criterio a través de la examinación de ítems para detectar el nivel de discriminación entre grupos clínicos (Millon, Millon, & Davis, 2007). La consistencia interna es de 0.66-0.89 mediante el Coeficiente Alfa; la confiabilidad test-retest es de 0.85-0.93 para las puntuaciones dimensionales. Las correlaciones obtenidas con diversos test, son moderadas (la mayoría está arriba de 0.50 pero no todas son altas). Su poder predictivo: 0.30-0.81 (media= 0.69) (Buros Center for Testing, 2017).

4.5 Procedimiento

El presente estudio se realizó siguiendo una serie de fases dentro de las cuales se llevaron a cabo varias actividades, como se detalla a continuación:

De principio se hizo una indagación sobre la situación de la psicometría hondureña en la literatura nacional e internacional sobre el tema y, luego de identificar diferentes problemas dentro de este campo de la psicología, finalmente se seleccionó como tema la baremación del MCMI-III con base al estudio de Matamoros, Moncada y Rivera (2014) por ser un instrumento robusto que responde a los requerimientos de bajo costo, menos tiempo de aplicación y por el hecho que siendo usado en Honduras, no posee datos normativos para este país. Consecuentemente se procedió a la compra del instrumento original en una librería autorizada.

Para el planteamiento del problema se revisó el material bibliográfico existente sobre el mismo, se identificó el universo o unidades de análisis, se evaluó la viabilidad del estudio (en cuanto a accesibilidad y recursos con los que se contaba), además de la importancia y pertinencia del problema mismo.

La realización del marco teórico y del marco contextual partió de la revisión de literatura clásica pero también de los avances científicos e investigaciones más recientes en el campo al que pertenece el tema a investigar (identificando los aspectos teóricos en los que se fundamentan las variables de estudio, el instrumento, los progresos en el campo, entre otros), así como la organización del material.

Dentro de la construcción del marco metodológico, se analizó la mejor forma de diseño de la investigación de acuerdo con su alcance descriptivo explicativo y el momento en que hubo de recolectarse la muestra. Se definieron las variables de estudio (tomando en cuenta el instrumento y los aspectos teóricos relevantes para el establecimiento de criterios), así como también se escogió la muestra (considerando la viabilidad del estudio) y el tipo de muestreo, esto para establecer y garantizar la representatividad de la población seleccionada.

Para la recolección de datos, en primera instancia se realizó el reclutamiento de varios profesionales de la psicología y se les entrenó en el uso y administración del MCMI-III. Por otra parte, se redactaron y entregaron oficios para las autoridades competentes solicitando el permiso para ingresar a los centros de salud mental y a las diferentes secciones de alumnos de ciudad universitaria. En paralelo, se diseñó un formato para la colecta de los datos demográficos (variables de interés) y se redactó el consentimiento informado para los participantes del estudio. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se realizó una detallada planificación de los días en que se visitarían los centros de atención de salud mental y las secciones de estudiantes universitarios donde se administraron el consentimiento informado, datos demográficos y el MCMI-III.

De manera simultánea preparando la recopilación de los datos, se diseñó una matriz de base datos en formato de hoja de cálculo de Excel que contenía los algoritmos para que la corrección y evaluación de los casos se hiciera de manera computarizada. La elaboración de esta aplicación digital fue compatible con la necesidad de la presente investigación, permitiendo el uso inmediato de los resultados una vez que se introducían los datos.

En la aplicación del MCMI-III se procedía de la siguiente manera: Primero se realizaba un rapport, luego se trabajaba el consentimiento informado (donde se les comunicaba que no existía intereses con fines de lucro y se les indicaba que podían pedir sus resultados para lo cual se les brindaba el correo electrónico del investigador), si la persona aceptaba ser participante del estudio, debería firmar junto con el aplicador, el psicólogo llenaba el formato de datos demográficos y por último se aplicaba el MCMI-III. En el caso de los participantes de la muestra clínica, al finalizar el proceso de administración de la prueba, se verificaba el diagnóstico del paciente en el registro diario que lleva cada centro de asistencia de salud mental. Cabe mencionar que con esta muestra la forma de aplicación fue individual debido a las dificultades

de lectura y poca experiencia de los participantes para contestar test. De este modo, el aplicador leía cada ítem y marcaba las respuestas que el participante seleccionaba.

El proceso de aplicación con los estudiantes universitarios (muestra no clínica) recibieron las mismas pautas que los participantes clínicos, pero en este grupo si fue posible la administración colectiva del instrumento, lo que permitió el incremento más rápido de datos en la colecta general.

En simultáneo, todos los días de aplicación de instrumentos, se introducían los datos de cada caso en una matriz de datos crudos con los que posteriormente se realizarían los análisis estadísticos de los que se eliminaron 43 instrumentos debido a que una persona era de nacionalidad mexicana, otros no terminaban de responder la prueba y otros dejaban más de 11 reactivos sin contestar. Dicha matriz fue construida en SPSS para tal efecto, software estadístico utilizado junto con Excel versión de Office 2019 para el análisis de datos en esta investigación. Al concluir la aplicación de todos los tests de acuerdo con lo estimado en la muestra se procedió a la corrección de cada instrumento de manera electrónica mediante una instrucción o sintaxis en SPSS con la finalidad de obtener las puntuaciones directas en cada una de las subescalas del MCMI-III.

Los puntajes obtenidos se utilizaron para elaborar los baremos una vez obtenidos los resultados de las pruebas con las que se determinaría el modelo estadístico a ejecutar. Asimismo, se efectuó un análisis de resultados descriptivo de cada una de las variables demográficas usando frecuencias, porcentajes, desviaciones estándar y, finalmente se hicieron comparaciones empíricas para establecer las ventajas de haber realizado los análisis con uno de los modelos propuestos de acuerdo con las actividades que se detallan a continuación:

Para evaluar la confiabilidad del MCMI-III en población hondureña –consistencia del test y la consistencia interna-, se planteó el uso de la prueba estadística Alfa de Cronbach. Es decir, conociendo la confiabilidad teórica del test se consideró importante conocer cómo se comportan los resultados en los participantes clínicos y no clínicos de Honduras.

La construcción de baremos utilizando el modelo de puntuaciones típicas basadas en los residuos de Z, supuso una serie de pruebas estadísticas iniciando con el análisis de la distribución de normalidad de la muestra mediante histogramas, seguidamente se centralizó la

variable Edad para que, junto con las variables Sexo, Tipo de muestra y Estado civil, se sometieran a la iteración del análisis de regresión cuadrática examinándose a la luz de diferentes estadísticos como ser el R cuadrado ajustado, ANOVA, valor predictivo, la tolerancia del modelo, la inflación de la varianza y la distancia Cook con el fin de identificar las variables que influyen en los resultados, lo que se tomaría en cuenta para la construcción de baremos por grupos.

Con la identificación de las variables predictoras se dio paso a la obtención de los residuos de Z y se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para corroborar la normalidad en la distribución de las puntuaciones acumuladas resultantes. Al verificarse que, en efecto si se distribuían normalmente, se procedió a la construcción de los baremos de acuerdo con las variables predictoras. Al mismo tiempo, se construyeron los normotipos tradiciones - estandarizados-, es decir, Z y, como puntuación derivada se obtuvo las T estandarizadas utilizando Microsoft Excel, para la muestra clínica y la no clínica y también por sexo.

Posteriormente, con la muestra clínica se ejecutó una compararon de los modelos de análisis, primero con los casos de participantes ya diagnosticados y luego entre sí tomando en cuenta sus ventajas y desventajas para lograr dilucidar cuál de ellos sería la mejor opción a la hora de diagnosticar la psicopatología de un sujeto.

Finalmente, a manera de prueba –dado que no se logró obtener la suficiente cantidad de casos clínicos en los distintos diagnósticos psicopatológicos por razones que se explican en otro acápite- se aplicó el análisis de curva de ROC en cinco escalas: depresión mayor, dependencia de alcohol, distimia, trastorno de ansiedad y escala bipolar para obtener datos de la sensibilidad y especificidad del instrumento y conocer los tentativos puntos de corte.

Llegado el momento, al completar todo lo descrito en este apartado, teniendo todos los análisis cuantitativos, se redactó el informe de tesis.

Una vez presentado lo que concierne el marco metodológico del presente trabajo, se presenta a continuación los resultados de la investigación.

CAPITULO 5

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con base a los datos obtenidos a través de la aplicación del test MCMI-III y tratando de responder a los objetivos de esta investigación, en los siguientes párrafos se detallan las observaciones desde un enfoque cuantitativo acerca de las puntuaciones tipificadas y las puntuaciones basadas en regresiones -resultantes del análisis a través del software SPSS- en población hondureña, así como también se comentarán los resultados de las comparaciones entre las muestras correspondientes a las variables sexo y al tipo de población (clínica y general o no clínica).

5.1 Análisis descriptivos

Previo a la presentación de los resultados específicos como productos de la aplicación de la herramienta antes mencionada, es necesario tener una visión general a través de los estadísticos descriptivos que permita ostentar un mejor criterio para el análisis de los resultados y la discusión de los mismos, por lo que a continuación se presentan las características de la muestra seleccionada para la población no clínica, también denominada población general, para después continuar con la población clínica.

Para la población general se contó con una muestra total de 388 sujetos de los cuales 131 pertenecían al sexo masculino correspondiente al 33.76% los cuales se encuentran en un rango de edad entre los 18 y 45 años, y 257 al sexo femenino equivalente al 66.24% con el mismo rango de edad. En cuanto a la población clínica, de 140 participantes 67 personas, es decir, el 47.86% pertenecían al sexo masculino ostentando un rango de edad de 18 a 77 años y, 73 participantes pertenecían al sexo femenino, o sea el 52.14% con un rango de edad de 19 a 75 años observándose un mayor balance entre la cantidad de participantes por sexo en la población clínica que en la población general (Tabla 6).

Tabla 6.

Tipo de población, sexo y edad de los participantes.

Tipo de población	Sexo	Edad	Media de la edad	N	Porcentaje
Población general (388 participantes)	Masculino	18-45	23.95	131	33.76%
	Femenino	18-45	23.19	257	66.24%
Población clínica (140 participantes)	Masculino	18-77	38.34	67	47.86%
	Femenino	19-75	46.10	73	52.14%

Fuente. Elaboración propia.

Siguiendo con la descripción de la población no clínica o general se encuentra que la distribución de los participantes universitarios de acuerdo a la facultad a la que pertenecían fue la siguiente: 12.37% de la Facultad de Humanidades y Artes, 30.15% de la Facultad de Ciencias Sociales, 38.14% de la Facultad de Ciencias Económicas siendo la de mayor peso, 13.66% de la Facultad de Ciencias Médicas y 5.67% de la Facultad de Odontología siendo esta última la de menor participación en el estudio (Tabla 7).

Tabla 7.

Participantes no clínicos de acuerdo con la Facultad

Facultad	Frecuencia	Porcentaje
Humanidades y Artes	48	12.37%
Ciencias Sociales	117	30.15%
Ciencias Económicas	148	38.14%
Ciencias Médicas	53	13.66%
Odontología	22	5.67%

Fuente. Elaboración propia.

En lo referente al estado civil se encontró que la mayor parte de las personas a las que se les aplicó el instrumento, estaban solteros mientras que la menor frecuencia de participantes se hallaban divorciados (Tabla 8) y un pequeño porcentaje - 2.58% - no reportó este dato.

Tabla 8.

Participantes no clínicos de acuerdo con el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	338	87.11%
Unión libre	22	5.67%
Casado	13	3.35%
Separado	4	1.03%
Divorciado	1	0.3%
Sin reporte	10	2.58%

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a la muestra clínica, de acuerdo con el centro de atención de salud mental al que asistían (ver Tabla 8) se observó que la mayor parte de la muestra acudió al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza con 55.71%, seguido por el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita con 22.14%, luego el IHADFA con 19.29% y finalmente un pequeño porcentaje se obtuvo de clínicas privadas siendo el 2.86% de muestra (Tabla 9).

Tabla 9.

Población clínica de acuerdo con el ambiente hospitalario

Ambiente hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza	78	55.71%
Hospital Psiquiátrico Santa Rosita	31	22.14%
Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA)	27	19.29%
Clínicas privadas	4	2.86%

Fuente. Elaboración propia.

Al referirse al estado civil (Tabla 10), los resultados arrojan que el 44.29% se encuentran solteros lo cual es coincidente con la población no clínica donde también la mayoría son solteros, un 26.43% están casados, un 16.43% se ostentan el estado de unión libre y la población restante, es decir la minoría, están separados, divorciados o viudos.

Tabla 10.

Muestra clínica de acuerdo con el estado civil.

Estado civil	Soltero	Unión libre	Casados	Separado	Divorciado	Viudo	Sin reporte
Frecuencia	62	23	37	8	8	1	1
Porcentaje	44.29%	16.43%	26.43%	5.71%	5.71%	0.71%	0.71%

Fuente. Elaboración propia.

En la Tabla 11 se presenta la frecuencia de trastornos diagnosticados por sexo para los participantes clínicos. En hombres, el diagnóstico que prevaleció fue Dependencia de alcohol seguido por Trastorno psicótico inducido por alcohol, mientras que en mujeres fue la Depresión mayor y en segundo lugar Distimia, ambas pertenecientes a la familia de los Trastornos del estado de ánimo.

Tabla 11.

Frecuencia de trastornos en la muestra clínica

Diagnóstico	Masculino	Femenino	total
Dependencia de sustancias	8	0	8
Dependencia del alcohol	34	10	44
Depresión	2	3	5
Depresión mayor	5	20	25
Distimia	3	13	16
Esquizofrenia (Trastorno de pensamiento en el MCMI-III)	3	3	6
Retraso mental	3	2	5
Somatomorfo	0	1	1
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	1	0	1
Trastorno bipolar	5	15	20
Trastorno ciclotímico	1	0	1
Trastorno de angustia sin agorafobia	1	2	3
Trastorno de ansiedad	2	7	9
Trastorno de estado de ánimo con síntomas maníacos	1	2	3
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad sin especificación	1	0	1
Trastorno del estado de ánimo debido a lesión cerebral	1	0	1
Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar	2	2	4
Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo	1	0	1
Trastorno por estrés postraumático	2	0	2
Trastorno psicótico inducido por alcohol	10	0	10
Trastorno psicótico inducido por fenciclidina	2	0	2
Trastorno límite de la personalidad	0	1	1

Fuente. Elaboración propia.

5.2 Confiabilidad del MCMI-III

Luego de haber presentado los datos que describen las características de las muestras en cuanto a sexo, estado civil y lugar de donde se obtuvo la información, se procede a la exposición de los resultados de la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III MCMI-III, enfocado ahora en el riguroso procesamiento de la información. El principal propósito de este estudio es el establecimiento de los datos normativos hondureños del MCMI-III, tanto en puntuaciones derivadas T como los basados en regresiones de acuerdo con el tipo de población, clínica y general (no clínica), de donde se obtuvieron los datos.

Es así como, dando respuesta a los objetivos de este trabajo, primero se hará un análisis de la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach. Al respecto, se sabe que este instrumento teóricamente goza de robustez psicométrica, sin embargo, se consideró importante verificar si el MCMI-III muestra los mismos resultados en la muestra hondureña. El análisis de confiabilidad del test (ver Tabla 12) muestra altos índices de confiabilidad en los datos obtenidos en MCMI-III con estas unidades de análisis.

Tabla 12.

Alfa de Cronbach del MCMI-III en participantes hondureños

Muestra	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados
Total	.957	.958
Población general	.975	.976
Población clínica	.977	.977

Fuente. Elaboración propia.

Seguidamente, se observan los puntajes obtenidos al analizar la confiabilidad interna de la prueba (Tabla 13). Para la muestra total –clínica y no clínica- se observa que los puntajes oscilaron entre .619 y .876 con la excepción de la escala Compulsiva. En la muestra no clínica o general, los valores resultantes se encontraron en el rango de .660 y de .864 se exceptúa de nuevo la escala Compulsiva y la de Dependencia de sustancias las cuales presentaron un valor

un tanto más bajo. Al mismo tiempo para la muestra clínica el rango de valores se extendió desde puntajes más bajos, encontrándose alrededor de .492 y .834.

Tabla 13.

Consistencia interna del MCMI-III en las muestras hondureñas

Escala	Total	Normal	Clínica
Esquizoide	0.815	0.707	0.665
Evitativo	0.882	0.819	0.741
Depresiva	0.826	0.863	0.834
Dependiente	0.826	0.793	0.819
Histriónica	0.753	0.788	0.540
Narcisista	0.619	0.680	0.492
Antisocial	0.711	0.660	0.730
Agresiva (sádica)	0.784	0.761	0.727
Compulsiva	0.573	0.584	0.593
Negativista (pasivo-agresivo)	0.815	0.808	0.764
Autodestructiva	0.859	0.831	0.812
Esquizotípica	0.857	0.816	0.847
Límite	0.842	0.810	0.817
Paranoide	0.827	0.800	0.769
Trastornos de ansiedad	0.848	0.801	0.829
Somatoformo	0.821	0.778	0.781
Bipolar	0.716	0.685	0.669
Distímico	0.876	0.855	0.841
Dependencia del alcohol	0.750	0.690	0.765
Dependencia de sustancias	0.744	0.599	0.796
Estrés postraumático	0.894	0.864	0.865
Trastorno del pensamiento	0.864	0.830	0.857
Depresión mayor	0.866	0.822	0.845
Delirante	0.816	0.708	0.765
Deseabilidad social	0.762	0.790	0.674
Devaluación	0.927	0.907	0.911

Fuente. Elaboración propia.

5.3 Construcción de baremos

5.3.1 Análisis de regresión múltiple

Una vez verificada la confiabilidad del inventario, para construir los baremos hondureños para el MCMI-III, se efectuó una serie de procedimientos estadísticos previos a la obtención de esos normotipos. De este modo primero se identificaron las variables predictoras, es decir, aquellas variables a tomarse en consideración a la hora de construir los baremos. Es así como se muestran los resultados arrojados por los diferentes análisis realizados (Tabla 14). En primer lugar, el R cuadrado ajustado muestra valores explicativos del modelo para las diferentes escalas los cuales van de .045 a .319 correspondiendo el valor mínimo a la escala Narcisista y el valor máximo a la escala Delirante. En cuanto a la ANOVA, se observa un modelo adecuado, exceptuando la escala Compulsiva con un valor de .692.

Conjuntamente, en la tercera columna se observa que las variables que afectan los resultados -en la mayoría de las escalas el Tipo de muestra, Sexo y la Edad tienen un efecto predictor en las escalas Autodestructiva y Dependencia de sustancias- luego, en la cuarta columna se muestra la significancia de las variables mencionadas. Dichas variables también demuestran poseer índices de tolerancia menor a 10 y VIF o inflación de la varianza menor a 1. Finalmente, la distancia Cook es .002 para el modelo.

Tabla 14.

Resumen de resultados del modelo de regresión lineal cuadrática.

Escalas	R Cuadrado Ajustado	ANOVA	Variables predictoras	Sig.	Tolerancia	VIF	Distancia COOK
Esquizoide	0.08	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.012	0.983	1.017	
Evitativo	0.104	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.003	0.983	1.017	
Depresiva	0.207	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.001	0.983	1.017	
Dependiente	0.146	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.010	0.983	1.017	
Histriónica	0.063	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.008	0.983	1.017	
Narcisista	0.045	0.000	Sexo	0.000	1.000	1.000	0.002
Antisocial	0.139	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.000	0.983	1.017	
Agresiva (sádica)	0.136	0.000	Tipo de población	0.000	1.000	1.000	0.002
Compulsiva**	-0.002	0.692	Tipo de población	-0.030	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.019	0.983	1.017	
Negativista (pasivo-agresivo)	0.209	0.000	Tipo de población	0.000	0.742	1.349	0.002
			Sexo	0.012	0.983	1.349	

Escalas	R Cuadrado Ajustado	ANOVA	Variables predictoras	Signif.	Tolerancia	VIF	Distancia COOK
Autodestructiva	0.209	0.000	Tipo de población	0.000	0.742	1.349	0.002
			EdadC2	0.012	0.983	1.349	
Esquizotípica	0.181	0.000	Tipo de población	0.000	0.742	1.000	0.002
Límite	0.162	0.000	Tipo de población	0.000	1.000	1.000	0.002
Paranoide	0.178	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.080	0.983	1.017	
Trastornos de ansiedad (A)	0.225	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.000	0.983	1.017	
Somatoformo	0.233	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.000	0.983	1.017	
Bipolar	0.128	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.059	0.983	1.017	
Distímico	0.178	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.015	0.983	1.017	
Dependencia del alcohol	0.139	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.002	0.983	1.017	
Dependencia de sustancias	0.242	0.000	Tipo de población	0.000	0.477	2.094	0.002
			Sexo	0.000	0.970	1.031	
			Edad Cent.	0.008	0.200	4.996	
			EdadC2	0.001	0.291	3.431	
Estrés postraumático	0.238	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.008	0.983	1.017	

Escalas	R Cuadrado Ajustado	ANOVA	Variables predictoras	Signif.	Tolerancia	VIF	Distancia COOK
Trastorno del pensamiento	0.161	0.000	Tipo de población	0.000	1.000	1.000	0.002
Depresión mayor	0.236	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.000	0.983	1.017	
Delirante	0.319	0.000	Tipo de población	0.000	1.000	1.000	0.002
Deseabilidad social	0.047	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.003	0.983	1.017	
Devaluación	0.225	0.000	Tipo de población	0.000	0.983	1.017	0.002
			Sexo	0.000	0.983	1.017	
Validez	0.090	0.000	Tipo de población	0.000	1.000	1.000	0.002

Fuente. Elaboración propia.

En la Tabla 15 se observa los resultados de la prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov donde el estadístico para todas las escalas es mayor a .005 y se denota la distribución normalizada de las puntuaciones residuales.

Tabla 15.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

Escala	Parámetros normales		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba
	Media	Desv. Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo	
Esquizoide	0.0000	1.00000	0.083	0.083	-0.040	0.083
Evitativo	0.0000	1.00000	0.102	0.102	-0.053	0.102
Depresiva	0.0000	1.00000	0.106	0.106	-0.067	0.106
Dependiente	0.0000	1.00000	0.076	0.076	-0.036	0.076
Histriónica	0.0000	1.01128	0.090	0.090	-0.048	0.090
Narcisista	0.0000	1.00055	0.069	0.033	-0.069	0.069
Antisocial	0.0000	1.20402	0.078	0.043	-0.078	0.078
Agresiva	0.0000	0.76707	0.095	0.095	-0.045	0.095
Compulsiva	0.0000	1.37013	0.068	0.068	-0.059	0.068
Negativista	0.0000	0.72932	0.076	0.052	-0.076	0.076
Autodestructiva	0.0000	1.07365	0.062	0.062	-0.052	0.062
Esquizotípica	0.0000	0.95060	0.098	0.098	-0.084	0.098
Límite	0.0000	1.01689	0.123	0.123	-0.086	0.123
Paranoide	0.0000	0.97534	0.094	0.094	-0.055	0.094
Trastornos de ansiedad	0.0000	1.14204	0.059	0.059	-0.034	0.059
Somatoformo	0.0000	1.17539	0.103	0.103	-0.058	0.103
Bipolar	0.0000	1.01730	0.082	0.082	-0.045	0.082
Distímico	0.0000	0.76791	0.084	0.084	-0.055	0.084
Dependencia del alcohol	0.0000	1.30870	0.134	0.134	-0.093	0.134
Dependencia de sustancias	0.0000	1.16823	0.076	0.076	-0.038	0.076
Estrés postraumático	0.0000	0.60081	0.070	0.070	-0.044	0.070
T. del pensamiento	0.0000	0.97025	0.117	0.117	-0.078	0.117
Depresión mayor	0.0000	1.08068	0.098	0.098	-0.054	0.098
Delirante	0.0000	1.43960	0.108	0.108	-0.072	0.108

Deseabilidad social	0.0000	0.66114	0.150	0.150	-0.085	0.150
Devaluación	0.0000	0.53374	0.103	0.061	-0.103	0.103
Validez	0.0000	19.34294	0.088	0.088	-0.050	0.088

Fuente. Elaboración propia.

5.3.2 Baremos por escalas

Con base a los resultados de los análisis explicados anteriormente, se construyeron los baremos de los datos recogidos para las 24 escalas del MCMI-III y sus índices modificadores, se muestran tanto para la muestra total como para la muestra no clínica. Las puntuaciones T estandarizadas se construyeron para ambos sexos mientras que las normas para las puntuaciones T no estandarizadas no se hacen diferenciadas ya que las Z Residuales son el resultado del peso de la variable sexo en la variable dependiente.

Para la interpretación de los resultados arrojados por un sujeto en el MCMI-III, a la luz de los baremos aquí contruidos se toma en cuenta que la media de la puntuación típica es 50 y la desviación estándar es de 10 (Aragón, 2004), es así como, el obtener una puntuación con una desviación estándar por encima de la media, se vuelve un punto de corte y se sospecha de la presencia del trastorno, más aun, el obtener puntuaciones mayores indica que los rasgos de personalidad patológica presentados por las escalas, se remarcan.

En cada una de las tablas de baremos se observa que en la primera columna se presenta la puntuación cruda obtenida por el sujeto seguido por el valor de la desviación típica en la segunda columna y, finalmente la puntuación T equivalente a cada desviación típica o Z. Estos datos se repiten de acuerdo con el sexo y de acuerdo con el modelo -T estandarizadas y no estandarizadas- tanto para la muestra total como para la muestra no clínica.

De esta manera se pueden observar los baremos para la escala Esquizoide (Tabla 16), la cual pertenece a la categoría de Patrones clínicos de personalidad según el MCMI-III y que, de acuerdo con Millon, Millon, & Roger (2007), la persona con puntuaciones elevadas en esta escala se caracteriza por ser apático, socialmente distantes e incapaces de experimentar dolor y/o placer.

Dicha escala tiene un total de 16 reactivos y su interpretación es la siguiente: para la muestra total usando el modelo de puntuaciones estandarizadas, se sospecha que, tanto un hombre como para una mujer presentan un trastorno si su puntuación es mayor o igual a 11 encontrándose coincidencia con la puntuación no estandarizada al utilizar el mismo valor.

Sin embargo, para la muestra no clínica, en las puntuaciones T tradicionales, lo anterior cambia siendo a partir de 8 la puntuación cruda en varones con la que se sospecha la presencia de una patología y 10 para mujeres y, para el modelo basado en regresiones, a partir de 9 como puntuación directa que remarca la tendencia a este patrón clínico.

Tabla 16.

Baremos para la escala Esquizoide del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.692	77	2.872	79	2.531	75	16						
15	2.391	74	2.567	76	2.434	74	15	3.177	82	2.509	75	2.762	78
14	2.089	71	2.262	73	2.089	71	14	2.893	79	2.259	73	2.404	74
13	1.788	68	1.957	70	1.790	68	13	2.610	76	2.010	70	2.154	72
12	1.487	65	1.652	67	1.518	65	12	2.326	73	1.761	68	1.872	69
11	1.185	62	1.347	63	1.228	62	11	2.043	70	1.512	65	1.641	66
10	0.884	59	1.042	60	0.849	58	10	1.759	68	1.263	63	1.414	64
9	0.583	56	0.737	57	0.563	56	9	1.476	65	1.013	60	1.118	61
8	0.281	53	0.431	54	0.311	53	8	1.192	62	0.764	58	0.881	59
7	-0.020	50	0.126	51	0.038	50	7	0.909	59	0.515	55	0.658	57
6	-0.321	47	-0.179	48	-0.234	48	6	0.625	56	0.266	53	0.346	53
5	-0.623	44	-0.484	45	-0.529	45	5	0.342	53	0.016	50	0.153	52
4	-0.924	41	-0.789	42	-0.842	42	4	0.058	51	-0.233	48	-0.146	49
3	-1.226	38	-1.094	39	-1.154	38	3	-0.225	48	-0.482	45	-0.422	46
2	-1.527	35	-1.399	36	-1.394	36	2	-0.509	45	-0.731	43	-0.655	43
1	-1.828	32	-1.704	33	-1.687	33	1	-0.792	42	-0.980	40	-0.874	41

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a la escala Evitativo, Millon, Millon, & Roger (2007), la definen como el grado en que un individuo utiliza el distanciamiento como método de adaptación con el fin de mantener el control sus impulsos y deseos de afecto con el fin de evitar situaciones que podrían causarle experiencias negativas y dolorosas anteriormente vividas con otros.

Tabla 17.

Baremos para la escala Evitativo del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.348	73	2.480	75	2.523	75	16	2.721	77	2.615	76	2.838	78
15	2.092	71	2.229	72	2.179	72	15	2.471	75	2.348	73	2.466	75
14	1.836	68	1.978	70	1.819	68	14	2.220	72	2.081	71	2.177	72
13	1.580	66	1.726	67	1.673	67	13	1.969	70	1.814	68	1.814	68
12	1.325	63	1.475	65	1.276	63	12	1.719	67	1.547	65	1.591	66
11	1.069	61	1.224	62	0.981	60	11	1.468	65	1.281	63	1.273	63
10	0.813	58	0.972	60	0.826	58	10	1.217	62	1.014	60	1.085	61
9	0.557	56	0.721	57	0.505	55	9	0.966	60	0.747	57	0.778	58
8	0.302	53	0.470	55	0.276	53	8	0.716	57	0.480	55	0.493	55
7	0.046	50	0.218	52	0.110	51	7	0.465	55	0.213	52	0.324	53
6	-0.210	48	-0.033	50	-0.174	48	6	0.214	52	-0.054	49	0.033	50
5	-0.466	45	-0.284	47	-0.369	46	5	-0.036	50	-0.321	47	-0.229	48
4	-0.722	43	-0.536	45	-0.570	44	4	-0.287	47	-0.588	44	-0.474	45
3	-0.977	40	-0.787	42	-0.873	41	3	-0.538	45	-0.855	41	-0.737	43
2	-1.233	38	-1.038	40	-1.043	40	2	-0.788	42	-1.122	39	-0.956	40
1	-1.489	35	-1.290	37	-1.332	37	1	-1.039	40	-1.389	36	-1.248	38

Fuente. Elaboración propia.

Los baremos para la escala mencionada en el párrafo anterior (Tabla 17), que también pertenece a los Patrones clínicos de personalidad, posee 16 ítems. En sus puntuaciones normalizadas se observa que para la muestra total existe sospecha de patología a partir de la puntuación cruda de 11 tanto para hombres como para mujeres y, a partir de 12 con el modelo basado en regresiones en ambos sexos. En cuanto a los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 10 se encuentra por encima de la media en los varones y 11 en las mujeres. Conjuntamente para la muestra no clínica, una elevación de 11 es necesaria para declarar indicios de patología o anormalidad.

Tabla 18.

Baremos para la escala Depresiva del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
15	2.054	71	2.327	73	1.872	69	15	3.177	82	2.509	75	2.762	78
14	1.827	68	2.088	71	1.868	69	14	2.893	79	2.259	73	2.404	74
13	1.601	66	1.849	68	1.503	65	13	2.610	76	2.010	70	2.154	72
12	1.374	64	1.611	66	1.226	62	12	2.326	73	1.761	68	1.872	69
11	1.147	61	1.372	64	1.009	60	11	2.043	70	1.512	65	1.641	66
10	0.920	59	1.133	61	0.718	57	10	1.759	68	1.263	63	1.414	64
9	0.693	57	0.895	59	0.715	57	9	1.476	65	1.013	60	1.118	61
8	0.466	55	0.656	57	0.411	54	8	1.192	62	0.764	58	0.881	59
7	0.239	52	0.417	54	0.274	53	7	0.909	59	0.515	55	0.658	57
6	0.012	50	0.178	52	0.083	51	6	0.625	56	0.266	53	0.346	53
5	-0.215	48	-0.060	49	-0.063	49	5	0.342	53	0.016	50	0.153	52
4	-0.442	46	-0.299	47	-0.361	46	4	0.058	51	-0.233	48	-0.146	49
3	-0.669	43	-0.538	45	-0.496	45	3	-0.225	48	-0.482	45	-0.422	46
2	-0.896	41	-0.776	42	-0.741	43	2	-0.509	45	-0.731	43	-0.655	43
1	-1.123	39	-1.015	40	-0.989	40	1	-0.792	42	-0.980	40	-0.874	41

Fuente. Elaboración propia.

Millon, Millon, & Roger (2007), describen a la persona diagnosticada con trastorno depresivo como alguien que constante e inevitablemente experimenta dolor psíquico y que se define como alguien pesimista y normalmente, se exhibe gracias a una predisposición biológica pero detonada por un factor ambiental.

Para la escala Depresiva (Tabla 18), la cual ostenta 15 ítems, en los baremos se observa que en la muestra total existe sospecha de patología a partir de la puntuación cruda de 11 para hombres y 10 para mujeres, mientras que para el modelo no estandarizado, con una puntuación de 12 se muestra la tendencia a la presentación de los síntomas que mide esta escala. Asimismo, para la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 8 se encuentra por encima de la media en los varones y 10 en las mujeres. Conjuntamente, utilizando los baremos no estandarizados, una elevación de 9 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Una persona con altas puntuaciones en la escala Dependiente se caracteriza por poseer relaciones interpersonales donde buscan ser dominados por personas que piensan le pueden brindar algún grado de afecto y seguridad hasta el punto de sentirse incapaces de tomar decisiones o realizar cualquier acción al margen de estas relaciones (Millon, Millon, & Roger, 2007).

De acuerdo con los baremos para esta escala, misma que posee 16 reactivos y que también se considera uno de los patrones clínicos de personalidad (Tabla 19), para la muestra total -dentro de las puntuaciones estandarizadas- se sospecharía que un hombre es dependiente cuando obtiene una puntuación cruda de 11 y 10 para mujeres, mientras que para el modelo no estandarizado, con una puntuación de 11 se muestra la tendencia a la presentación de los síntomas que mide esta escala. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 9 se encuentra por encima de la media en los varones y 10 en las mujeres. Conjuntamente para los normotipos no estandarizados, una elevación de 10 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 19.

Baremos para la escala Dependiente del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.455	75	2.598	76	2.063	71	16						
15	2.201	72	2.341	73	1.831	68	15	2.988	80	2.655	77	2.447	74
14	1.947	69	2.084	71	1.768	68	14	2.699	77	2.372	74	2.188	72
13	1.693	67	1.827	68	1.763	68	13	2.410	74	2.089	71	1.890	69
12	1.439	64	1.570	66	1.220	62	12	2.120	71	1.806	68	1.582	66
11	1.184	62	1.313	63	1.128	61	11	1.831	68	1.523	65	1.341	63
10	0.930	59	1.056	61	0.947	59	10	1.542	65	1.241	62	1.076	61
9	0.676	57	0.799	58	0.818	58	9	1.252	63	0.958	60	0.752	58
8	0.422	54	0.542	55	0.337	53	8	0.963	60	0.675	57	0.436	54
7	0.168	52	0.286	53	0.187	52	7	0.674	57	0.392	54	0.200	52
6	-0.086	49	0.029	50	-0.123	49	6	0.384	54	0.109	51	-0.092	49
5	-0.340	47	-0.228	48	-0.246	48	5	0.095	51	-0.174	48	-0.387	46
4	-0.595	44	-0.485	45	-0.480	45	4	-0.194	48	-0.457	45	-0.640	44
3	-0.849	42	-0.742	43	-0.635	44	3	-0.484	45	-0.740	43	-0.926	41
2	-1.103	39	-0.999	40	-1.049	40	2	-0.773	42	-1.023	40	-1.177	38
1	-1.357	36	-1.256	37	-1.169	38	1	-1.062	39	-1.305	37	-1.520	35

Fuente. Elaboración propia.

Continuando con la siguiente escala, la principal característica de una persona Histriónica es su tendencia a manipular con el objetivo de conseguir atención, afecto y favores, así como una marcada necesidad de aprobación, aparenta tener confianza en sí mismo, aunque en realidad sea lo contrario, y buscan contextos sociales donde puedan saciar sus necesidades de afecto (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Para que se pueda catalogar a una persona como histriónica a través de los baremos del MCMI-III (Tabla 20), la cual es la escala número 5 de las 11 escalas que componen los Patrones clínicos de personalidad y cuenta con 17 ítems, se observa que para la muestra total, existe sospecha de patología a partir de la puntuación cruda de 14 tanto para hombres como para

mujeres, al igual que para el modelo no estandarizado. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 15 se encuentra por encima de la media en los varones y 14 en las mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 15 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 20.

Baremos para la escala Histriónico del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17	2.037	70	2.053	71	1.900	69	17	1.755	68	1.851	69	1.777	68
16	1.775	68	1.766	68	1.675	67	16	1.489	65	1.596	66	1.556	66
15	1.513	65	1.479	65	1.451	65	15	1.222	62	1.340	63	1.325	63
14	1.251	63	1.192	62	1.110	61	14	0.956	60	1.085	61	1.025	60
13	0.989	60	0.905	59	0.931	59	13	0.689	57	0.829	58	0.785	58
12	0.726	57	0.618	56	0.684	57	12	0.423	54	0.574	56	0.506	55
11	0.464	55	0.331	53	0.370	54	11	0.157	52	0.318	53	0.259	53
10	0.202	52	0.044	50	0.110	51	10	-0.110	49	0.063	51	-0.003	50
9	-0.060	49	-0.244	48	-0.032	50	9	-0.376	46	-0.193	48	-0.237	48
8	-0.323	47	-0.531	45	-0.379	46	8	-0.643	44	-0.448	46	-0.502	45
7	-0.585	44	-0.818	42	-0.578	44	7	-0.909	41	-0.704	43	-0.778	42
6	-0.847	42	-1.105	39	-0.837	42	6	-1.175	38	-0.959	40	-1.025	40
5	-1.109	39	-1.392	36	-1.115	39	5	-1.442	36	-1.215	38	-1.271	37
4	-1.372	36	-1.679	33	-1.519	35	4	-1.708	33	-1.470	35	-1.537	35
3	-1.634	34	-1.966	30	-1.729	33	3	-1.975	30	-1.726	33	-1.790	32
2	-1.896	31	-2.254	27	-1.997	30	2	-2.241	28	-1.981	30	-2.011	30
1	-2.158	28	-2.541	25	-2.566	24	1	-2.507	25	-2.237	28	-2.368	26

Fuente. Elaboración propia.

En el Manual del MCMI-III se define a la persona narcisista como aquella centrada en si misma con un marco de realidad falso donde se ven como individuos sumamente espaciales y donde sus cualidad, reales o imaginarias, son notadas por todos los que se encuentran a su alrededor; debido a que se le ha enseñado a sobrevalorarse, se muestran pretenciosos y, tratan de obtener todo el beneficio posible de los demás (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Para la escala Narcisista (Tabla 21), que es la sexta escala de las 11 que componen los Patrones clínicos de personalidad, y que cuenta con 24 ítems siendo la más extensa, se observa que para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 15 para hombres como y 17 para mujeres, diferente a lo encontrado en el modelo no estandarizado para el cual el valor a tomar en cuenta es 16. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 17 se encuentra por encima de la media en los varones y 16 en las mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 16 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 21.

Baremos para la escala Narcisista del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
24							24						
23							23						
22	3.011	80	2.645	76	2.822	78	22	2.512	75	2.921	79	2.709	77
21	2.735	77	2.360	74	2.314	73	21	2.236	72	2.653	77	2.203	72
20	2.458	75	2.074	71	2.262	73	20	1.960	70	2.386	74	2.193	72
19	2.182	72	1.789	68	2.028	70	19	1.685	67	2.118	71	1.897	69
18	1.906	69	1.504	65	1.650	67	18	1.409	64	1.851	69	1.545	65
17	1.630	66	1.219	62	1.363	64	17	1.133	61	1.584	66	1.321	63
16	1.354	64	0.934	59	1.114	61	16	0.857	59	1.316	63	1.051	61
15	1.078	61	0.648	56	0.858	59	15	0.581	56	1.049	60	0.855	59
14	0.802	58	0.363	54	0.599	56	14	0.305	53	0.781	58	0.584	56
13	0.525	55	0.078	51	0.337	53	13	0.029	50	0.514	55	0.333	53
12	0.249	52	-0.207	48	0.140	51	12	-0.246	48	0.247	52	0.139	51
11	-0.027	50	-0.493	45	-0.159	48	11	-0.522	45	-0.021	50	-0.157	48
10	-0.303	47	-0.778	42	-0.465	45	10	-0.798	42	-0.288	47	-0.432	46
9	-0.579	44	-1.063	39	-0.735	43	9	-1.074	39	-0.556	44	-0.716	43
8	-0.855	41	-1.348	37	-1.037	40	8	-1.350	37	-0.823	42	-0.973	40
7	-1.131	39	-1.634	34	-1.273	37	7	-1.626	34	-1.090	39	-1.216	38
6	-1.407	36	-1.919	31	-1.601	34	6	-1.901	31	-1.358	36	-1.552	34
5	-1.684	33	-2.204	28	-1.736	33	5	-2.177	28	-1.625	34	-1.644	34
4	-1.960	30	-2.489	25	-2.036	30	4	-2.453	25	-1.893	31	-1.969	30
3	-2.236	28	-2.775	22	-2.322	27	3	-2.729	23	-2.160	28	-2.267	27
2							2						
1							1						

Fuente. Elaboración propia.

Por otra parte, de acuerdo con lo planteado por Millon, Millon, & Roger (2007), la persona con elevadas puntuaciones en la escala Antisocial manifiesta conductas que van en contra de lo impuesto por cualquier tipo de autoridad pero con el fin de obtener beneficios propios en retribución por experiencias negativas vividas en el pasado y que consideran injustas, son desconfiados, irresponsables y poseen poco control de impulsos y piensan que la única manera de evitar ser víctimas, es respondiendo forma cruel y abusiva.

Tabla 22.

Baremos para la escala Antisocial del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17							17						
16	3.641	86	2.661	77	2.970	80	16						
15	3.298	83	2.374	74	2.268	73	15						
14	2.955	80	2.087	71	2.218	72	14	2.771	78	3.330	83	2.946	79
13	2.613	76	1.800	68	1.835	68	13	2.435	74	2.961	80	2.728	77
12	2.270	73	1.513	65	1.744	67	12	2.100	71	2.593	76	2.391	74
11	1.927	69	1.226	62	1.536	65	11	1.764	68	2.224	72	2.074	71
10	1.585	66	0.938	59	1.222	62	10	1.428	64	1.856	69	1.677	67
9	1.242	62	0.651	57	0.912	59	9	1.092	61	1.487	65	1.266	63
8	0.899	59	0.364	54	0.658	57	8	0.756	58	1.119	61	0.990	60
7	0.557	56	0.077	51	0.298	53	7	0.420	54	0.750	58	0.643	56
6	0.214	52	-0.210	48	0.053	51	6	0.085	51	0.381	54	0.247	52
5	-0.129	49	-0.497	45	-0.250	47	5	-0.251	47	0.013	50	-0.068	49
4	-0.471	45	-0.785	42	-0.495	45	4	-0.587	44	-0.356	46	-0.424	46
3	-0.814	42	-1.072	39	-0.757	42	3	-0.923	41	-0.724	43	-0.743	43
2	-1.157	38	-1.359	36	-1.213	38	2	-1.259	37	-1.093	39	-1.177	38
1	-1.500	35	-1.646	34	-1.457	35	1	-1.595	34	-1.461	35	-1.479	35

Fuente. Elaboración propia.

Para considerar que una tendencia de los rasgos antes descritos, según los baremos de la escala Antisocial (Tabla 22) -que también pertenece a las 11 escalas que componen los Patrones clínicos de personalidad y que cuenta con 17 ítems- dentro de la muestra total con el modelo tradicional existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 9 para hombres como y 11 para mujeres, diferente a lo encontrado en el modelo no estandarizado para el cual el valor a tomar en cuenta es 10. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 9 se encuentra por encima de la media en los varones y 8 en las mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 9 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

La personalidad Agresiva no es un trastorno como tal, pero Millon & Davis (1996), lo consideran como un rasgo de las personas que encuentran placer en humillar a otros y causando dolor psíquico, muchos de los cuales subliman esta tendencia desempeñándose en trabajos con roles dominantes y hasta persecutorios.

Para la escala Agresiva o también llamada Sádica (Tabla 23) -que igualmente pertenece a los Patrones clínicos de personalidad y que cuenta con 20 ítems- se muestra que dentro de la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 13 para hombres como y 14 para mujeres, mientras que para el modelo no estandarizado el valor a tomar en cuenta es 13. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 12 se encuentra por encima de la media tanto en los varones como en las mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 12 se expresa rasgos remarcados en la escala.

Tabla 23.

Baremos para la escala Agresiva (sádica) del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
20							20						
19	2.633	76	2.366	74	2.100	71	19						
18	2.386	74	2.137	71	2.057	71	18	2.662	77	2.712	77	2.682	77
17	2.139	71	1.908	69	1.677	67	17	2.410	74	2.451	75	2.429	74
16	1.892	69	1.679	67	1.541	65	16	2.159	72	2.191	72	2.180	72
15	1.645	66	1.450	64	1.417	64	15	1.907	69	1.930	69	1.918	69
14	1.397	64	1.221	62	1.403	64	14	1.655	67	1.669	67	1.674	67
13	1.150	62	0.992	60	1.061	61	13	1.404	64	1.408	64	1.405	64
12	0.903	59	0.762	58	0.663	57	12	1.152	62	1.147	61	1.153	62
11	0.656	57	0.533	55	0.659	57	11	0.901	59	0.886	59	0.894	59
10	0.409	54	0.304	53	0.421	54	10	0.649	56	0.625	56	0.633	56
9	0.162	52	0.075	51	0.032	50	9	0.398	54	0.364	54	0.383	54
8	-0.085	49	-0.154	48	-0.147	49	8	0.146	51	0.104	51	0.121	51
7	-0.333	47	-0.383	46	-0.306	47	7	-0.106	49	-0.157	48	-0.144	49
6	-0.580	44	-0.612	44	-0.464	45	6	-0.357	46	-0.418	46	-0.402	46
5	-0.827	42	-0.841	42	-0.747	43	5	-0.609	44	-0.679	43	-0.661	43
4	-1.074	39	-1.070	39	-1.018	40	4	-0.860	41	-0.940	41	-0.905	41
3	-1.321	37	-1.299	37	-1.248	38	3	-1.112	39	-1.201	38	-1.172	38
2	-1.568	34	-1.528	35	-1.472	35	2	-1.364	36	-1.462	35	-1.432	36
1	-1.815	32	-1.758	32	-1.690	33	1	-1.615	34	-1.723	33	-1.688	33

Fuente. Elaboración propia.

En cambio, una persona con rasgos marcados en la escala Compulsiva se caracteriza por su extremo control de sí mismos, conformismo y perfeccionismo causado por el conflicto por

sus sentimientos de hostilidad a los demás, pero al mismo tiempo tiene deseos de aprobación social lo que expresa a través de la exigencia consigo y con los demás (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 24.

Baremos para la escala Compulsiva del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17	2.268	73	2.272	73	2.275	73	17	2.194	72	2.222	72	2.218	72
16	1.912	69	1.922	69	1.916	69	16	1.848	68	1.873	69	1.867	69
15	1.556	66	1.573	66	1.578	66	15	1.503	65	1.525	65	1.517	65
14	1.200	62	1.224	62	1.194	62	14	1.157	62	1.176	62	1.172	62
13	0.844	58	0.875	59	0.851	59	13	0.812	58	0.828	58	0.823	58
12	0.488	55	0.526	55	0.502	55	12	0.467	55	0.479	55	0.476	55
11	0.132	51	0.176	52	0.150	52	11	0.121	51	0.130	51	0.127	51
10	-0.224	48	-0.173	48	-0.208	48	10	-0.224	48	-0.218	48	-0.220	48
9	-0.581	44	-0.522	45	-0.554	44	9	-0.569	44	-0.567	44	-0.569	44
8	-0.937	41	-0.871	41	-0.903	41	8	-0.915	41	-0.916	41	-0.917	41
7	-1.293	37	-1.220	38	-1.260	37	7	-1.260	37	-1.264	37	-1.265	37
6	-1.649	34	-1.570	34	-1.618	34	6	-1.606	34	-1.613	34	-1.613	34
5	-2.005	30	-1.919	31	-2.000	30	5	-1.951	30	-1.962	30	-1.959	30
4	-2.361	26	-2.268	27	-2.332	27	4	-2.296	27	-2.310	27	-2.308	27
3	-2.717	23	-2.617	24	-2.706	23	3	-2.642	24	-2.659	23	-2.656	23
2	-3.073	19	-2.966	20	-3.002	20	2						
1							1						

Fuente. Elaboración propia.

En la escala Compulsiva (Tabla 24) -igualmente encontrada dentro de los Patrones clínicos de personalidad y que cuenta con 17 ítems-, se deja entrever que, para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 14 en ambos sexos, y también para el modelo no estandarizado; lo mismo sucede en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional donde la puntuación 14 también es el valor que marca la tendencia patológica. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 14 se expresa rasgos remarcados en la escala.

Tabla 25.

Baremos para la escala Negativista (pasivo-agresivo) del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	1.967	70	2.128	71	1.844	68	16	2.467	75	2.176	72	2.316	73
15	1.723	67	1.881	69	1.667	67	15	2.213	72	1.926	69	1.968	70
14	1.480	65	1.634	66	1.490	65	14	1.958	70	1.676	67	1.776	68
13	1.237	62	1.387	64	1.193	62	13	1.703	67	1.425	64	1.526	65
12	0.994	60	1.140	61	1.087	61	12	1.448	64	1.175	62	1.241	62
11	0.751	58	0.892	59	0.725	57	11	1.193	62	0.925	59	1.026	60
10	0.508	55	0.645	56	0.443	54	10	0.938	59	0.675	57	0.706	57
9	0.265	53	0.398	54	0.268	53	9	0.683	57	0.425	54	0.497	55
8	0.021	50	0.151	52	0.159	52	8	0.428	54	0.175	52	0.238	52
7	-0.222	48	-0.096	49	-0.183	48	7	0.173	52	-0.075	49	0.015	50
6	-0.465	45	-0.343	47	-0.363	46	6	-0.082	49	-0.325	47	-0.239	48
5	-0.708	43	-0.590	44	-0.526	45	5	-0.337	47	-0.575	44	-0.430	46
4	-0.951	40	-0.838	42	-0.881	41	4	-0.592	44	-0.825	42	-0.755	42
3	-1.194	38	-1.085	39	-1.150	39	3	-0.846	42	-1.075	39	-1.017	40
2	-1.438	36	-1.332	37	-1.314	37	2	-1.101	39	-1.325	37	-1.220	38
1	-1.681	33	-1.579	34	-1.613	34	1	-1.356	36	-1.575	34	-1.497	35

Fuente. Elaboración propia.

Millon, Millon, & Roger (2007) plantean que una persona con el patrón de personalidad negativista es alguien quien continuamente discute con los demás, es terco y con episodios de ira luego de lo cual ostenta sentimientos de culpa y vergüenza debido a que se encuentra en un conflicto entre lo que en realidad desea y el tener la aprobación social.

La escala Negativista, pasivo-agresivo, encontrada dentro de los patrones clínicos de personalidad, cuenta con 16 ítems. En los baremos para este constructo (Tabla 24) se deja entrever que, para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 13 en hombres y 12 en mujeres, al igual que en el modelo no estandarizado. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 11 es el valor que marca la tendencia patológica en hombres y en mujeres es 12. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 12 se expresa rasgos remarcados en la escala.

La persona con rasgos de personalidad autodestructivos, están convencidos que merecen que se les trate con desprecio e incluso incitan a otros a tomar ventaja de ellos, tienden a auto sacrificarse y a pensar en experiencias pasadas de carácter negativo; también se muestran tímidos y se sitúan a sí mismos en lugares inferiores a los demás (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Esta escala es la última de los Patrones clínicos de personalidad y que cuenta con 15 ítems. En sus baremos (Tabla 26) se vislumbra que, para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 10 tanto en hombres como en mujeres, mientras que en el modelo no estandarizado el valor con el que se observa una marcada tendencia a la autodestrucción es 11. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 8 es el valor que marca la tendencia patológica nuevamente en ambos sexos. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 8 se sostiene la recalcada expresión de los rasgos de la escala Autodestructiva.

Tabla 26.

Baremos para la escala Autodestructiva del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
15	2.419	74	2.406	74	1.877	69	15	3.106	81	3.048	80	3.161	82
14	2.172	72	2.163	72	1.821	68	14	2.829	78	2.764	78	2.846	78
13	1.925	69	1.919	69	1.786	68	13	2.553	76	2.481	75	2.486	75
12	1.678	67	1.676	67	1.501	65	12	2.277	73	2.198	72	2.204	72
11	1.431	64	1.432	64	1.419	64	11	2.000	70	1.914	69	1.939	69
10	1.185	62	1.189	62	0.908	59	10	1.724	67	1.631	66	1.619	66
9	0.938	59	0.945	59	0.829	58	9	1.447	64	1.348	63	1.365	64
8	0.691	57	0.702	57	0.603	56	8	1.171	62	1.064	61	1.117	61
7	0.444	54	0.459	55	0.273	53	7	0.895	59	0.781	58	0.811	58
6	0.197	52	0.215	52	0.142	51	6	0.618	56	0.497	55	0.557	56
5	-0.050	49	-0.028	50	0.063	51	5	0.342	53	0.214	52	0.242	52
4	-0.297	47	-0.272	47	-0.129	49	4	0.065	51	-0.069	49	-0.019	50
3	-0.544	45	-0.515	45	-0.330	47	3	-0.211	48	-0.353	46	-0.316	47
2	-0.791	42	-0.759	42	-0.788	42	2	-0.487	45	-0.636	44	-0.596	44
1	-1.038	40	-1.002	40	-0.900	41	1	-0.764	42	-0.920	41	-0.855	41

Fuente. Elaboración propia.

Esquizotípico es la primera escala de los que en el MCMI-III se consideran patrones graves de personalidad; las personas con rasgos esquizotípicos presentan interés mínimo en las relaciones sociales, en ocasiones se les percibe como personas ensimismadas y diferentes y, dependiendo del patrón que presenten pueden mostrarse hipersensibles o aplanados afectivamente (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 27.

Baremos para la escala Esquizotípica del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.494	75	2.593	76	2.193	72	16	3.283	83	3.275	83	3.323	83
15	2.259	73	2.350	74	1.858	69	15	3.006	80	2.993	80	2.980	80
14	2.024	70	2.107	71	1.780	68	14	2.729	77	2.712	77	2.742	77
13	1.789	68	1.865	69	1.624	66	13	2.453	75	2.431	74	2.420	74
12	1.554	66	1.622	66	1.377	64	12	2.176	72	2.149	71	2.159	72
11	1.319	63	1.379	64	1.374	64	11	1.899	69	1.868	69	1.881	69
10	1.084	61	1.136	61	1.116	61	10	1.622	66	1.586	66	1.589	66
9	0.849	58	0.893	59	0.920	59	9	1.346	63	1.305	63	1.317	63
8	0.614	56	0.650	57	0.482	55	8	1.069	61	1.024	60	1.045	60
7	0.379	54	0.407	54	0.368	54	7	0.792	58	0.742	57	0.750	58
6	0.144	51	0.164	52	0.084	51	6	0.515	55	0.461	55	0.486	55
5	-0.091	49	-0.079	49	0.025	50	5	0.239	52	0.180	52	0.198	52
4	-0.326	47	-0.321	47	-0.356	46	4	-0.038	50	-0.102	49	-0.083	49
3	-0.561	44	-0.564	44	-0.508	45	3	-0.315	47	-0.383	46	-0.363	46
2	-0.796	42	-0.807	42	-0.689	43	2	-0.591	44	-0.665	43	-0.631	44
1	-1.031	40	-1.050	39	-0.942	41	1	-0.868	41	-0.946	41	-0.920	41

Fuente. Elaboración propia.

Al utilizarse los baremos de la Esquizotípica aquí contruidos (Tabla 27) -la cual cuenta con 16 reactivos-, se observa que, para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 10 tanto en hombres como en mujeres, de igual manera que en el modelo no estandarizado. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 8 es el valor que marca la tendencia

patológica en hombres y 9 en mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 9 se sostiene la recalcada expresión de los rasgos de la escala Esquizotípica.

Tabla 28.

Baremos para la escala Límite del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.421	74	2.525	75	2.289	73	16	3.250	82	2.947	79	2.987	80
15	2.178	72	2.277	73	1.830	68	15	2.967	80	2.674	77	2.711	77
14	1.935	69	2.029	70	1.788	68	14	2.684	77	2.402	74	2.514	75
13	1.692	67	1.781	68	1.597	66	13	2.401	74	2.129	71	2.228	72
12	1.449	64	1.534	65	1.335	63	12	2.118	71	1.857	69	1.923	69
11	1.206	62	1.286	63	1.182	62	11	1.835	68	1.584	66	1.635	66
10	0.963	60	1.038	60	0.958	60	10	1.553	66	1.312	63	1.383	64
9	0.721	57	0.790	58	0.637	56	9	1.270	63	1.039	60	1.103	61
8	0.478	55	0.542	55	0.359	54	8	0.987	60	0.767	58	0.860	59
7	0.235	52	0.294	53	0.249	52	7	0.704	57	0.494	55	0.544	55
6	-0.008	50	0.046	50	0.073	51	6	0.421	54	0.222	52	0.291	53
5	-0.251	47	-0.202	48	-0.196	48	5	0.138	51	-0.051	49	-0.011	50
4	-0.494	45	-0.449	46	-0.408	46	4	-0.145	49	-0.323	47	-0.261	47
3	-0.737	43	-0.697	43	-0.602	44	3	-0.428	46	-0.596	44	-0.526	45
2	-0.980	40	-0.945	41	-0.891	41	2	-0.710	43	-0.868	41	-0.795	42
1	-1.223	38	-1.193	38	-1.105	39	1	-0.993	40	-1.141	39	-1.091	39

Fuente. Elaboración propia.

Seguidamente, la segunda de las escalas que se encuentra dentro de la categoría de Patología grave de la personalidad es Límite la cual ostenta 16 ítems. Para Millon, Millon, &

Roger (2007), este tipo de personalidad conduce a otros trastornos de personalidad menos graves; las personalidades límites se caracterizan por falta de claridad en su identidad, muestran labilidad emocional que va desde periodos depresivos hasta episodios de euforia y/o ansiedad, presentan ideas suicidas o de automutilación y manifiestan una necesidad patológica de afecto expresada en ira, amor y culpabilidad.

De acuerdo con los baremos para esta escala (Tabla 28), la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 11 tanto en hombres como en mujeres, de igual manera que en el modelo no estandarizado. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 9 es el valor que marca la tendencia patológica en hombres y 10 en mujeres. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 9 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Trastorno Paranoide es la tercera y última escala dentro de la categoría Patologías graves de la personalidad del MCMI-III constituida por 17 ítems y que evalúan la presencia de los siguientes rasgos de personalidad: incapacidad para confiar en los demás ya que espera crítica y engaños al relacionarse con otros por lo que se muestra irritable y su actitud provoca rechazo por parte de quien le rodea. Lo anterior es causado por el temor a perder la autonomía por lo que se resisten a la influencia exterior y su pensamiento se vuelve rígido (Millon, Millon, & Roger, 2007).

De acuerdo con los baremos para esta escala (Tabla 29), la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 12 tanto en hombres como en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 13. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 11 es el valor que marca la tendencia patológica en ambos sexos. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 11 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Tabla 29.

Baremos para la escala Paranoide del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17	2.229	72	2.348	73	1.934	69	17	2.755	78	2.771	78	2.737	77
16	1.996	70	2.105	71	1.755	68	16	2.502	75	2.508	75	2.524	75
15	1.762	68	1.863	69	1.489	65	15	2.249	72	2.245	72	2.279	73
14	1.528	65	1.620	66	1.388	64	14	1.996	70	1.982	70	1.997	70
13	1.295	63	1.377	64	1.226	62	13	1.743	67	1.718	67	1.728	67
12	1.061	61	1.134	61	0.964	60	12	1.490	65	1.455	65	1.457	65
11	0.827	58	0.891	59	0.721	57	11	1.237	62	1.192	62	1.207	62
10	0.593	56	0.648	56	0.587	56	10	0.983	60	0.929	59	0.942	59
9	0.360	54	0.405	54	0.466	55	9	0.730	57	0.666	57	0.679	57
8	0.126	51	0.162	52	0.125	51	8	0.477	55	0.402	54	0.421	54
7	-0.108	49	-0.081	49	-0.028	50	7	0.224	52	0.139	51	0.172	52
6	-0.341	47	-0.324	47	-0.307	47	6	-0.029	50	-0.124	49	-0.083	49
5	-0.575	44	-0.567	44	-0.449	46	5	-0.282	47	-0.387	46	-0.347	47
4	-0.809	42	-0.810	42	-0.767	42	4	-0.535	45	-0.650	43	-0.622	44
3	-1.042	40	-1.053	39	-0.919	41	3	-0.788	42	-0.913	41	-0.871	41
2	-1.276	37	-1.296	37	-1.236	38	2	-1.041	40	-1.177	38	-1.121	39
1	-1.510	35	-1.539	35	-1.448	36	1	-1.295	37	-1.440	36	-1.391	36

Fuente. Elaboración propia.

Pasando a los síndromes Clínicos del MCMI-III, se encuentra el Trastorno de Ansiedad cuya escala cuenta con 14 ítems. Esta escala evalúa la presencia de rasgos como tensión, indecisión e inquietud expresados en malestares somáticos y constante preocupación por la aparición de posibles problemas, así como la presencia de fobias, movimientos nerviosos o tics y un estado constante de alerta (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 30.

Baremos para la escala Trastorno de Ansiedad del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
14	2.165	72	2.291	73	1.729	67	14	3.466	85	2.722	77	2.830	78
13	1.901	69	2.030	70	1.487	65	13	3.126	81	2.421	74	2.518	75
12	1.636	66	1.768	68	1.458	65	12	2.787	78	2.121	71	2.385	74
11	1.371	64	1.507	65	1.390	64	11	2.447	74	1.820	68	1.935	69
10	1.106	61	1.246	62	1.005	60	10	2.107	71	1.519	65	1.580	66
9	0.841	58	0.984	60	0.804	58	9	1.768	68	1.219	62	1.362	64
8	0.576	56	0.723	57	0.500	55	8	1.428	64	0.918	59	1.067	61
7	0.311	53	0.462	55	0.307	53	7	1.089	61	0.618	56	0.754	58
6	0.047	50	0.201	52	0.218	52	6	0.749	57	0.317	53	0.490	55
5	-0.218	48	-0.061	49	-0.057	49	5	0.410	54	0.016	50	0.092	51
4	-0.483	45	-0.322	47	-0.292	47	4	0.070	51	-0.284	47	-0.180	48
3	-0.748	43	-0.583	44	-0.609	44	3	-0.270	47	-0.585	44	-0.470	45
2	-1.013	40	-0.845	42	-0.844	42	2	-0.609	44	-0.885	41	-0.760	42
1	-1.278	37	-1.106	39	-1.190	38	1	-0.949	41	-1.186	38	-1.089	39

Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo con los baremos para la escala Trastorno de Ansiedad (Tabla 30), la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 10 tanto en hombres como en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 11. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 7 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 9. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 8 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

En cambio, una persona que presenta rasgos de la escala Somatomorfo manifiesta tener dolores psíquicos expresados en dolores físicos normalmente para llamar la atención. Las personas que se encasillan en esta categoría presentan invariable preocupación por su carencia de salud al decir que padecen diferentes malestares que no se conectan entre sí y sobrevaloran las enfermedades que sí poseen aun cuando la parte médica indique que es un malestar menor (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 31.

Baremos para la escala Somatomorfo del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
12	2.229	72	2.487	75	2.132	71	12	3.359	84	2.880	79	3.041	80
11	1.919	69	2.176	72	1.539	65	11	2.990	80	2.521	75	2.678	77
10	1.610	66	1.866	69	1.366	64	10	2.621	76	2.162	72	2.186	72
9	1.301	63	1.555	66	1.176	62	9	2.252	73	1.804	68	1.979	70
8	0.992	60	1.245	62	0.932	59	8	1.883	69	1.445	64	1.525	65
7	0.683	57	0.934	59	0.711	57	7	1.513	65	1.086	61	1.170	62
6	0.374	54	0.624	56	0.393	54	6	1.144	61	0.727	57	0.820	58
5	0.065	51	0.314	53	0.191	52	5	0.775	58	0.369	54	0.456	55
4	-0.245	48	0.003	50	-0.073	49	4	0.406	54	0.010	50	0.121	51
3	-0.554	44	-0.307	47	-0.315	47	3	0.037	50	-0.349	47	-0.230	48
2	-0.863	41	-0.618	44	-0.674	43	2	-0.333	47	-0.708	43	-0.573	44
1	-1.172	38	-0.928	41	-0.949	41	1	-0.702	43	-1.067	39	-0.863	41

Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo con los baremos para la escala Somatomorfo (Tabla 31), que posee 12 ítems, la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 9 en hombres y 8 en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 9. En los baremos de la muestra no clínica

con el modelo tradicional una puntuación cruda de 6 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 7. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 7 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Tabla 32.

Baremos para la escala Trastorno Bipolar del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
13	2.062	71	2.246	72	2.118	71	13	2.721	77	2.383	74	2.436	74
12	1.735	67	1.901	69	1.396	64	12	2.350	73	2.035	70	2.081	71
11	1.408	64	1.555	66	1.350	64	11	1.979	70	1.688	67	1.779	68
10	1.081	61	1.210	62	1.033	60	10	1.608	66	1.340	63	1.407	64
9	0.755	58	0.864	59	0.851	59	9	1.237	62	0.993	60	1.082	61
8	0.428	54	0.518	55	0.478	55	8	0.866	59	0.645	56	0.737	57
7	0.101	51	0.173	52	0.128	51	7	0.495	55	0.297	53	0.355	54
6	-0.226	48	-0.173	48	-0.222	48	6	0.125	51	-0.050	49	0.006	50
5	-0.553	44	-0.518	45	-0.520	45	5	-0.246	48	-0.398	46	-0.372	46
4	-0.879	41	-0.864	41	-0.770	42	4	-0.617	44	-0.745	43	-0.691	43
3	-1.206	38	-1.210	38	-1.121	39	3	-0.988	40	-1.093	39	-1.045	40
2	-1.533	35	-1.555	34	-1.409	36	2	-1.359	36	-1.440	36	-1.398	36
1	-1.860	31	-1.901	31	-1.868	31	1	-1.730	33	-1.788	32	-1.789	32

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto al Trastorno Bipolar las personas manifiestan por periodos de euforia donde muestra una alta autoestima, excesiva actividad física dificultad para concentrarse, rapidez al expresarse, impulsividad e irritabilidad, así como interés en muchas cosas a la vez, conductas invasivas y en sus relaciones interpersonales desea su conducta es dominante; conjuntamente su patrón de sueño se reduce significativamente y tiene cambios de humos súbitos. Además de lo

anterior, Millon, Millon, & Roger (2007), refiere que en un estadio más grave de esta condición, la persona entra en un etapa psicótica donde se presentan alucinaciones y delirios.

Es así como, de acuerdo con los baremos para la escala Trastorno Bipolar (Tabla 32) - que posee 13 ítems-, la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 10 en ambos sexos, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 11. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 9 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 10. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 9 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Los síntomas evaluados a través de la Escala Distímica, entre otros se puede nombrar preocupación, poca energía y/o culpa, síntomas que se manifiestan durante años y se expresan a través de la carencia de iniciativa, baja autoestima y cualificándose a sí mismo despectivamente y, en ocasiones experimentan episodios de llanto, pesimismo y distanciamiento social, así como anhedonia (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Esta escala está compuesta por 14 ítems y forma parte de los Síndromes Clínicos. En sus baremos (Tabla 33) se vislumbra que, para la muestra total con el modelo tradicional, existe sospecha de anormalidad a partir de la puntuación cruda de 10 tanto en hombres y 9 en mujeres, mientras que en el modelo no estandarizado el valor con el se observa una marcada tendencia a la autodestrucción es 10. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 7 es el valor que marca la tendencia patológica para personas del sexo masculino y 8 para individuos del sexo femenino. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, con una elevación de 8 se sostiene la recalcada expresión de los rasgos de la escala Distímica.

La característica de las personas que presentan dependencia del alcohol es el malestar significativo causado en su vida familiar y profesional debido a la incapacidad de dejar de ingerir alcohol (Millon, Millon, & Roger, 2007). La escala que evalúa esta condición consta de 15 de ítems y es clasificado dentro de los síndromes clínicos del MCMI-III.

Tabla 33.

Baremos para la escala Distímico del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
14	2.265	73	2.357	74	2.234	72	14	3.083	81	2.784	78	2.885	79
13	2.016	70	2.108	71	1.841	68	13	2.796	78	2.505	75	2.638	76
12	1.768	68	1.859	69	1.516	65	12	2.508	75	2.227	72	2.253	73
11	1.519	65	1.610	66	1.502	65	11	2.221	72	1.948	69	2.005	70
10	1.270	63	1.361	64	1.138	61	10	1.934	69	1.670	67	1.758	68
9	1.022	60	1.112	61	0.851	59	9	1.647	66	1.391	64	1.430	64
8	0.773	58	0.863	59	0.803	58	8	1.359	64	1.113	61	1.199	62
7	0.525	55	0.614	56	0.557	56	7	1.072	61	0.834	58	0.913	59
6	0.276	53	0.365	54	0.225	52	6	0.785	58	0.556	56	0.629	56
5	0.028	50	0.116	51	-0.066	49	5	0.498	55	0.277	53	0.332	53
4	-0.221	48	-0.133	49	-0.168	48	4	0.210	52	-0.001	50	0.056	51
3	-0.469	45	-0.382	46	-0.416	46	3	-0.077	49	-0.280	47	-0.209	48
2	-0.718	43	-0.632	44	-0.575	44	2	-0.364	46	-0.558	44	-0.509	45
1	-0.966	40	-0.881	41	-0.808	42	1	-0.651	43	-0.837	42	-0.764	42

Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo con los baremos para la escala Dependencia del alcohol (Tabla 34), la tendencia a presentar estos rasgos se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 7 en varones y una puntuación de 9 en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 8. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 8 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 7. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 7 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Tabla 34.

Baremos para la escala Dependencia del alcohol del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino	No estand.				Masculino		Femenino	No estand.			
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
15	4.111	91	2.808	78	2.943	79	15						
14	3.729	87	2.519	75	2.583	76	14						
13	3.347	83	2.229	72	2.366	74	13						
12	2.965	80	1.940	69	1.982	70	12	2.873	79	3.252	83	3.028	80
11	2.583	76	1.650	67	1.811	68	11	2.503	75	2.852	79	2.684	77
10	2.201	72	1.361	64	1.608	66	10	2.134	71	2.451	75	2.331	73
9	1.819	68	1.072	61	1.329	63	9	1.764	68	2.051	71	1.955	70
8	1.437	64	0.782	58	1.177	62	8	1.394	64	1.651	67	1.573	66
7	1.055	61	0.493	55	0.822	58	7	1.024	60	1.251	63	1.163	62
6	0.674	57	0.203	52	0.383	54	6	0.655	57	0.850	59	0.755	58
5	0.292	53	-0.086	49	0.092	51	5	0.285	53	0.450	55	0.388	54
4	-0.090	49	-0.376	46	-0.123	49	4	-0.085	49	0.050	50	0.009	50
3	-0.472	45	-0.665	43	-0.499	45	3	-0.454	45	-0.350	46	-0.386	46
2	-0.854	41	-0.955	40	-0.783	42	2	-0.824	42	-0.751	42	-0.761	42
1	-1.236	38	-1.244	38	-1.173	38	1	-1.194	38	-1.151	38	-1.166	38

Fuente. Elaboración propia.

El diagnóstico de dependencia de sustancias se hace en base a la problemática del individuo con historial donde se muestra el poco control para ingerir drogas más allá de los límites sociales y la invariable carencia del manejo de las consecuencias de este comportamiento (Millon, Millon, & Roger, 2007).

La escala Dependencia de sustancias está compuesta por 14 preguntas y está dentro de la categorización Síndromes clínicos. De acuerdo con sus baremos (Tabla 35), la tendencia a presentar este síndrome se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 6 en varones y una puntuación de 9 en mujeres, pero en el

modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 7. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 6 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 5. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 6 es necesaria como indicación de la tendencia a este tipo de personalidad.

Tabla 35.

Baremos para la escala Dependencia de sustancias del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
14	4.978	100	2.892	79	3.378	84	14						
13	4.523	95	2.580	76	2.774	78	13						
12	4.068	91	2.269	73	2.567	76	12	3.731	87	5.035	100	4.221	92
11	3.613	86	1.958	70	1.864	69	11	3.287	83	4.494	95	3.858	89
10	3.158	82	1.646	66	1.850	68	10	2.843	78	3.953	90	3.376	84
9	2.703	77	1.335	63	1.676	67	9	2.399	74	3.412	84	2.790	78
8	2.248	72	1.024	60	1.446	64	8	1.955	70	2.871	79	2.575	76
7	1.793	68	0.712	57	1.057	61	7	1.512	65	2.330	73	1.891	69
6	1.338	63	0.401	54	0.746	57	6	1.068	61	1.789	68	1.467	65
5	0.883	59	0.090	51	0.486	55	5	0.624	56	1.248	62	0.927	59
4	0.427	54	-0.222	48	0.169	52	4	0.180	52	0.707	57	0.522	55
3	-0.028	50	-0.533	45	-0.173	48	3	-0.264	47	0.166	52	0.008	50
2	-0.483	45	-0.844	42	-0.559	44	2	-0.708	43	-0.375	46	-0.485	45
1	-0.938	41	-1.156	38	-0.894	41	1	-1.152	38	-0.916	41	-0.974	40

Fuente. Elaboración propia.

El estrés postraumático se desarrolla a partir de una vivencia que amenaza la vida de la persona lo que les provoca miedo intenso o sentimiento de indefensión sienten sus síntomas principales la presencia de pesadillas, estado de hipervigilancia y evitación de estímulos que les recuerden la experiencia negativa (Millon, Millon, & Roger, 2007).

La escala Estrés postraumático está compuesta por 16 preguntas y es la última escala dentro de los Síndromes clínicos. De acuerdo con sus baremos (Tabla 36), la tendencia a presentar este síndrome se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 11 en varones y una puntuación de 10 en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 12. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 7 es el valor que marca la tendencia patológica en varones, pero para mujeres es 9. Conjuntamente, utilizando el modelo no estandarizado, una elevación de 9 es necesaria como indicación de la tendencia a este síndrome.

Tabla 36.

Baremos para la escala Estrés postraumático del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
16	2.287	73	2.399	74	2.318	73	16	3.701	87	2.901	79	3.185	82
15	2.068	71	2.177	72	1.802	68	15	3.407	84	2.650	76	2.782	78
14	1.849	68	1.955	70	1.573	66	14	3.113	81	2.398	74	2.518	75
13	1.630	66	1.733	67	1.501	65	13	2.819	78	2.147	71	2.254	73
12	1.411	64	1.512	65	1.309	63	12	2.525	75	1.895	69	2.082	71
11	1.192	62	1.290	63	0.923	59	11	2.231	72	1.644	66	1.805	68
10	0.973	60	1.068	61	0.877	59	10	1.937	69	1.392	64	1.487	65
9	0.754	58	0.846	58	0.600	56	9	1.643	66	1.141	61	1.337	63
8	0.535	55	0.624	56	0.531	55	8	1.349	63	0.889	59	1.011	60
7	0.316	53	0.402	54	0.322	53	7	1.055	61	0.638	56	0.757	58
6	0.098	51	0.180	52	0.129	51	6	0.761	58	0.387	54	0.450	55
5	-0.121	49	-0.041	50	0.017	50	5	0.467	55	0.135	51	0.259	53
4	-0.340	47	-0.263	47	-0.289	47	4	0.173	52	-0.116	49	-0.025	50
3	-0.559	44	-0.485	45	-0.421	46	3	-0.121	49	-0.368	46	-0.292	47
2	-0.778	42	-0.707	43	-0.766	42	2	-0.415	46	-0.619	44	-0.575	44
1	-0.997	40	-0.929	41	-0.803	42	1	-0.709	43	-0.871	41	-0.787	42

Fuente. Elaboración propia.

Continuando con la descripción de los baremos, dentro de los Trastornos del pensamiento se encuentran los esquizofrénicos y esquizofreniformes. Sus principales síntomas giran alrededor de la manifestación de conductas incongruentes, desorganizadas o infantiles; también muestran confusión mental, alucinaciones y delirios además de retraimiento, conductas secretas y sentimientos de soledad (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 37.

Baremos para la escala Trastorno del pensamiento del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17	2.292	73	2.436	74	2.039	70	17						
16	2.072	71	2.205	72	1.831	68	16	2.865	79	2.623	76	2.690	77
15	1.852	69	1.974	70	1.528	65	15	2.600	76	2.371	74	2.448	74
14	1.632	66	1.744	67	1.465	65	14	2.335	73	2.119	71	2.191	72
13	1.411	64	1.513	65	1.448	64	13	2.070	71	1.867	69	1.926	69
12	1.191	62	1.282	63	1.183	62	12	1.805	68	1.615	66	1.662	67
11	0.971	60	1.051	61	0.764	58	11	1.540	65	1.363	64	1.422	64
10	0.751	58	0.821	58	0.713	57	10	1.275	63	1.111	61	1.178	62
9	0.531	55	0.590	56	0.494	55	9	1.010	60	0.859	59	0.905	59
8	0.310	53	0.359	54	0.424	54	8	0.745	57	0.607	56	0.658	57
7	0.090	51	0.128	51	0.055	51	7	0.480	55	0.355	54	0.394	54
6	-0.130	49	-0.103	49	-0.094	49	6	0.214	52	0.103	51	0.141	51
5	-0.350	46	-0.333	47	-0.231	48	5	-0.051	49	-0.149	49	-0.121	49
4	-0.571	44	-0.564	44	-0.473	45	4	-0.316	47	-0.401	46	-0.373	46
3	-0.791	42	-0.795	42	-0.729	43	3	-0.581	44	-0.653	43	-0.630	44
2	-1.011	40	-1.026	40	-0.975	40	2	-0.846	42	-0.905	41	-0.888	41
1	-1.231	38	-1.256	37	-1.161	38	1	-1.111	39	-1.157	38	-1.137	39

Fuente. Elaboración propia.

La escala Trastorno del pensamiento está compuesta por 17 preguntas y, dentro de la categoría síndromes clínicos graves, es la primera escala. De acuerdo con sus baremos (Tabla 37), la tendencia a presentar este síndrome se muestra cuando, para la muestra total con el modelo tradicional, se obtiene una puntuación cruda de 12 en varones y una puntuación de 11 en mujeres, pero en el modelo no estandarizado el valor a considerarse como tal es 12. En los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional una puntuación cruda de 10 es el valor que marca la tendencia patológica en ambos sexos. Conjuntamente, en el modelo no estandarizado, una elevación de 10 es necesaria como indicación de la tendencia a este síndrome.

Tabla 38.

Baremos para la escala Depresión mayor del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino		Femenino		No estand.			Masculino		Femenino		No estand.		
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
17	2.621	76	2.761	78	2.641	76	17	3.800	88	3.502	85	3.515	85
16	2.389	74	2.531	75	2.379	74	16	3.516	85	3.221	82	3.369	84
15	2.157	72	2.300	73	1.692	67	15	3.233	82	2.940	79	2.951	80
14	1.925	69	2.069	71	1.648	66	14	2.950	79	2.658	77	2.940	79
13	1.693	67	1.839	68	1.447	64	13	2.666	77	2.377	74	2.464	75
12	1.462	65	1.608	66	1.118	61	12	2.383	74	2.096	71	2.104	71
11	1.230	62	1.377	64	1.070	61	11	2.100	71	1.815	68	1.912	69
10	0.998	60	1.146	61	1.000	60	10	1.817	68	1.533	65	1.581	66
9	0.766	58	0.916	59	0.729	57	9	1.533	65	1.252	63	1.341	63
8	0.535	55	0.685	57	0.508	55	8	1.250	62	0.971	60	1.033	60
7	0.303	53	0.454	55	0.251	53	7	0.967	60	0.690	57	0.743	57
6	0.071	51	0.224	52	0.117	51	6	0.683	57	0.408	54	0.533	55
5	-0.161	48	-0.007	50	-0.118	49	5	0.400	54	0.127	51	0.167	52
4	-0.393	46	-0.238	48	-0.199	48	4	0.117	51	-0.154	48	-0.082	49
3	-0.624	44	-0.468	45	-0.362	46	3	-0.167	48	-0.436	46	-0.353	46
2	-0.856	41	-0.699	43	-0.668	43	2	-0.450	46	-0.717	43	-0.602	44
1	-1.088	39	-0.930	41	-0.911	41	1	-0.733	43	-0.998	40	-0.871	41

Fuente. Elaboración propia.

Los síntomas manifiestos de la Depresión mayor impiden a la persona desenvolverse en cualquier ambiente debido a la severidad de la condición donde en la mayoría de los casos ostentan retardo motor, cansancio, insomnio y pérdidas de ganancia o peso; además poseen pensamientos suicidas miedo al porvenir, baja autoestima y culpa (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Los baremos para la escala mencionada en el párrafo anterior (Tabla 37), que también pertenece a los Síndromes clínicos graves, posee 17 ítems. En sus puntuaciones normalizadas se observa que para la muestra total existe sospecha de patología a partir de la puntuación cruda de 11 para hombres y 10 para mujeres y a partir de 11 con el modelo basado en regresiones en ambos sexos. En cuanto a los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 8 se encuentra por encima de la media en los varones y 9 en las mujeres. Conjuntamente para la muestra no clínica, una elevación de 9 es necesaria para declarar indicios de patología o anormalidad.

El trastorno delirante se expresa a través de la presencia de ideas irracionales ya sea de naturaleza celosa, persecutoria o de grandiosidad; habitualmente presentan actitudes hostiles hacia los demás y sienten que los maltratan (Millon, Millon, & Roger, 2007).

La escala Delirante se encuentra dentro de los Síndromes clínicos graves y cuenta con 13 preguntas. Para que se pueda catalogar a una persona como delirante a través de los baremos del MCMI-III (Tabla 39), se observa que para la muestra total, existe sospecha de patología a partir de la puntuación cruda de 8 tanto para hombres como para mujeres y puntuación cruda de 9 para el modelo no estandarizado. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 6 se encuentra por encima de la media en ambos sexos. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 6 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 39.

Baremos para la escala Delirante del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
13	2.868	79	2.778	78	2.295	73	13						
12	2.554	76	2.463	75	1.914	69	12						
11	2.240	72	2.148	71	1.644	66	11	3.256	83	3.477	85	3.369	84
10	1.926	69	1.833	68	1.637	66	10	2.849	78	3.050	81	2.980	80
9	1.612	66	1.518	65	1.159	62	9	2.443	74	2.623	76	2.560	76
8	1.298	63	1.203	62	1.022	60	8	2.037	70	2.196	72	2.130	71
7	0.985	60	0.888	59	0.933	59	7	1.631	66	1.769	68	1.730	67
6	0.671	57	0.573	56	0.501	55	6	1.225	62	1.341	63	1.302	63
5	0.357	54	0.258	53	0.282	53	5	0.819	58	0.914	59	0.886	59
4	0.043	50	-0.057	49	0.172	52	4	0.412	54	0.487	55	0.460	55
3	-0.271	47	-0.372	46	-0.256	47	3	0.006	50	0.060	51	0.038	50
2	-0.585	44	-0.687	43	-0.497	45	2	-0.400	46	-0.367	46	-0.378	46
1	-0.899	41	-1.002	40	-0.793	42	1	-0.806	42	-0.794	42	-0.801	42

Fuente. Elaboración propia.

Deseabilidad social es una escala que pertenece a los índices modificadores; evalúa la tendencia de la persona a ocultar cosas de sí mismo que podrían considerarse indeseables socialmente (Millon, Millon, & Roger, 2007).

El índice Deseabilidad social cuenta con 21 preguntas y la puntuación alta en este índice indica que los resultados deben evaluarse con cautela. Dentro de los baremos para Deseabilidad social (Tabla 40), se considera que, para la muestra total se sospecha que el perfil obtenido podría ser inválido a partir de la puntuación cruda de 18 para hombres y 19 para mujeres y puntuación cruda de 19 para el modelo no estandarizado. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 19 se encuentra por encima de la

media en ambos sexos. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 19 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 40.

Baremos para la escala Deseabilidad social del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
21	1.836	68	1.734	67	1.813	68	21	1.569	66	1.684	67	1.728	67
20	1.595	66	1.478	65	1.486	65	20	1.315	63	1.449	64	1.361	64
19	1.354	64	1.222	62	1.244	62	19	1.061	61	1.214	62	1.167	62
18	1.113	61	0.966	60	0.991	60	18	0.808	58	0.979	60	0.912	59
17	0.871	59	0.710	57	0.774	58	17	0.554	56	0.745	57	0.673	57
16	0.630	56	0.454	55	0.523	55	16	0.300	53	0.510	55	0.412	54
15	0.389	54	0.198	52	0.310	53	15	0.046	50	0.275	53	0.197	52
14	0.148	51	-0.058	49	0.120	51	14	-0.207	48	0.040	50	-0.029	50
13	-0.094	49	-0.314	47	-0.122	49	13	-0.461	45	-0.195	48	-0.275	47
12	-0.335	47	-0.570	44	-0.416	46	12	-0.715	43	-0.429	46	-0.513	45
11	-0.576	44	-0.826	42	-0.629	44	11	-0.968	40	-0.664	43	-0.749	43
10	-0.817	42	-1.082	39	-0.822	42	10	-1.222	38	-0.899	41	-0.978	40
9	-1.059	39	-1.338	37	-1.053	39	9	-1.476	35	-1.134	39	-1.181	38
8	-1.300	37	-1.595	34	-1.279	37	8	-1.729	33	-1.368	36	-1.452	35
7	-1.541	35	-1.851	31	-1.769	32	7	-1.983	30	-1.603	34	-1.725	33
6	-1.782	32	-2.107	29	-1.789	32	6	-2.237	28	-1.838	32	-1.946	31
5	-2.024	30	-2.363	26	-2.150	29	5	-2.491	25	-2.073	29	-2.187	28
4	-2.265	27	-2.619	24	-2.560	24	4	-2.744	23	-2.308	27	-2.448	26
3	-2.506	25	-2.875	21	-2.812	22	3	-2.998	20	-2.542	25	-2.689	23
2	-2.747	23	-3.131	19	-3.064	19	2	-3.252	17	-2.777	22	-2.930	21
1	-2.989	20	-3.387	16	-3.227	18	1	-3.505	15	-3.012	20	-3.092	19

Fuente. Elaboración propia.

Finalmente, el índice de Devaluación habitualmente sugiere una tendencia a remarcar las cosas negativas de sí mismo lo que provoca que se observen más problemas emocionales de lo que en realidad se encontraría si se respondiera el instrumento más objetivamente; esto también puede interpretarse como una petición de ayuda por parte del individuo (Millon, Millon, & Roger, 2007).

El índice Devaluación es el más extenso ya que lo constituyen 33 preguntas. Dentro de los baremos para este índice (Tabla 41), se considera que, para la muestra total se sospecha que el perfil obtenido podría ser inválido a partir de la puntuación cruda de 22 para hombres y 21 para mujeres y puntuación cruda de 23 para el modelo no estandarizado. Asimismo, en los baremos de la muestra no clínica con el modelo tradicional, la puntuación 16 se encuentra por encima de la media en varones y 19 en mujeres. Conjuntamente, con el modelo no estandarizado, una elevación de 19 es necesaria para declarar rasgos remarcados en la escala.

Tabla 41.

Baremos para la escala Devaluación del MCMI-III

Muestra total							Muestra no clínica						
Masculino			Femenino		No estand.		Masculino			Femenino		No estand.	
X	Z	T	Z	T	ZR	TR	X	Z	T	Z	T	ZR	TR
33	2.385	74	2.553	76	2.132	71	33						
32	2.267	73	2.435	74	1.803	68	32						
31	2.148	71	2.317	73	1.754	68	31						
30	2.030	70	2.199	72	1.719	67	30	3.037	80	2.643	76	2.690	77
29	1.911	69	2.080	71	1.702	67	29	2.896	79	2.505	75	2.613	76
28	1.792	68	1.962	70	1.619	66	28	2.755	78	2.367	74	2.443	74
27	1.674	67	1.844	68	1.428	64	27	2.614	76	2.230	72	2.358	74
26	1.555	66	1.726	67	1.356	64	26	2.473	75	2.092	71	2.111	71
25	1.437	64	1.608	66	1.335	63	25	2.333	73	1.954	70	1.918	69
24	1.318	63	1.489	65	1.262	63	24	2.192	72	1.816	68	1.860	69
23	1.199	62	1.371	64	1.195	62	23	2.051	71	1.679	67	1.721	67
22	1.081	61	1.253	63	1.003	60	22	1.910	69	1.541	65	1.640	66

21	0.962	60	1.135	61	0.941	59	21	1.769	68	1.403	64	1.362	64
20	0.844	58	1.016	60	0.795	58	20	1.628	66	1.265	63	1.304	63
19	0.725	57	0.898	59	0.640	56	19	1.487	65	1.127	61	1.149	61
18	0.606	56	0.780	58	0.600	56	18	1.346	63	0.990	60	0.981	60
17	0.488	55	0.662	57	0.393	54	17	1.205	62	0.852	59	0.906	59
16	0.369	54	0.543	55	0.297	53	16	1.064	61	0.714	57	0.721	57
15	0.251	53	0.425	54	0.249	52	15	0.923	59	0.576	56	0.603	56
14	0.132	51	0.307	53	0.156	52	14	0.782	58	0.439	54	0.454	55
13	0.013	50	0.189	52	0.038	50	13	0.641	56	0.301	53	0.336	53
12	-0.105	49	0.070	51	0.028	50	12	0.500	55	0.163	52	0.224	52
11	-0.224	48	-0.048	50	-0.007	50	11	0.359	54	0.025	50	0.123	51
10	-0.343	47	-0.166	48	-0.275	47	10	0.218	52	-0.113	49	-0.071	49
9	-0.461	45	-0.284	47	-0.377	46	9	0.077	51	-0.250	47	-0.205	48
8	-0.580	44	-0.402	46	-0.485	45	8	-0.063	49	-0.388	46	-0.358	46
7	-0.698	43	-0.521	45	-0.487	45	7	-0.204	48	-0.526	45	-0.538	45
6	-0.817	42	-0.639	44	-0.633	44	6	-0.345	47	-0.664	43	-0.584	44
5	-0.936	41	-0.757	42	-0.661	43	5	-0.486	45	-0.801	42	-0.749	43
4	-1.054	39	-0.875	41	-0.874	41	4	-0.627	44	-0.939	41	-0.807	42
3	-1.173	38	-0.994	40	-0.947	41	3	-0.768	42	-1.077	39	-0.965	40
2	-1.291	37	-1.112	39	-1.157	38	2	-0.909	41	-1.215	38	-1.117	39
1	-1.410	36	-1.230	38	-1.256	37	1	-1.050	39	-1.353	36	-1.288	37

Fuente. Elaboración propia.

5.4 Comparación empírica de los baremos de acuerdo con el modelo estadístico utilizado

Un tercer objetivo específico del presente estudio planteaba la comparación cualitativa entre los tipos de puntuaciones (T estandarizada y T no estandarizada), para ello se identificó el número de casos presentados como positivos (sujetos con diagnóstico psicopatológico) en cuanto a la presencia de altas puntuaciones en las cinco escalas donde se tenía una mayor representatividad.

Es así como en la Tabla 42 se denota que el número de diagnósticos, exclusivamente en la muestra clínica difieren en las tres categorías de clasificación de las puntuaciones y, en todos los casos, exceptuando en la escala Dependencia del alcohol, las puntuaciones T tradicionales presentan un mayor número de casos en comparación con las T basadas en regresiones. Sin embargo, observando que del total de casos, se exteriorizó que muchos de las personas diagnosticadas presentaron elevaciones en los índices modificadores -Deseabilidad social, Devaluación y Validez- los resultados deben evaluarse con cautela (Millon, Millon, & Roger, 2007).

Tabla 42.

Identificación de trastornos de acuerdo con el modelo utilizado

Trastornos	Categorías de Puntuaciones	Válidos	Alta puntuación en índices modificadores	Total
Trastornos de ansiedad (A)	Estandarizada	11	19	49
	No estandarizada	7	41	48
	Diagnosticado por psiquiatras	-	-	9
Bipolar	Estandarizada	15	17	42
	No estandarizada	9	29	38
	Diagnosticado por psiquiatras	-	-	20
Distímico	Estandarizada	5	47	52
	No estandarizada	6	42	48
	Diagnosticado por psiquiatras	-	-	16
Dependencia del alcohol	Estandarizada	19	25	44
	No estandarizada	21	29	50
	Diagnosticado por psiquiatras	-	-	44
Depresión mayor	Estandarizada	8	55	63
	No estandarizada	8	49	57
	Diagnosticado por psiquiatras	-	-	25

Fuente. Elaboración propia.

Luego de haber construido normas a través de dos modelos estadísticos diferentes, para la comparación empírica de los resultados de ambos, se identificaron los sujetos de la muestra clínica que presentaban altas puntuaciones T de acuerdo con los baremos y se verificó si eran los mismos sujetos diagnosticados por los psiquiatras. En la siguiente tabla se pone de manifiesto cuántos sujetos diagnosticados con los diferentes modelos, coinciden con los que se obtuvieron al recoger la muestra clínica. Con los resultados se descubre que las coincidencias son mínimas.

Tabla 43.

Comparación de diagnósticos entre modelos

	Diagnosticado por psiquiatras	Coincidentes T estandarizada	Coincidentes T no estandarizada
Trastorno de ansiedad	9	3	3
Bipolar	20	4	2
Distímico	16	2	2
Dependencia de alcohol	44	0	0
Depresión mayor	25	5	5

Fuente. Elaboración propia.

5.5 Elevaciones de las escalas del MCMI-III en población estudiantil

Una vez contruidos los baremos para el MCMI-III, se puede dar paso al siguiente propósito de esta investigación el cual es la identificación de la frecuencia de escalas elevadas en población estudiantil, de acuerdo con la facultad a la que pertenecen: Ciencias Económicas, Ciencias Sociales, Humanidades y Artes y Medicina pues como se estableció en el diseño muestral, solo se tomarían datos por conveniencia de facultades que contaran con el mayor número de estudiantes.

Tabla 44.

Frecuencias en elevaciones de escalas obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas

Escala	Número de ítems	Media obtenida	Desv. estándar	f	Porcentaje
Esquizoide	16	5.99	3.28	17	11.5%
Evitativa	16	5.45	3.92	16	10.8%
Depresiva	15	4.11	3.76	12	8.1%
Dependiente	16	5.26	3.61	14	9.5%
Histriónica	17	10.52	3.74	34	23.0%
Narcisista	24	12.35	3.73	23	15.5%
Antisocial	17	5.28	2.81	11	7.4%
Agresiva (sádica)	20	7.39	3.86	18	12.2%
Compulsiva	17	10.78	2.89	29	19.6%
Negativista (pasivo-agresivo)	16	6.82	4.04	24	16.2%
Autodestructiva	15	3.74	3.56	11	7.4%
Esquizotípica	16	3.99	3.65	14	9.5%
Límite	16	4.82	3.63	14	9.5%
Paranoide	17	6.05	3.90	10	6.8%
Trastorno de ansiedad	14	4.45	3.29	8	5.4%
Somatoformo	12	3.32	2.86	9	6.1%
Bipolar	13	5.96	2.80	10	6.8%
Distímico	14	3.30	3.53	13	8.8%
Dependencia del alcohol	15	4.03	2.65	17	11.5%
Dependencia de sustancias	14	3.16	1.98	8	5.4%
Estrés postraumático	16	3.86	3.94	11	7.4%
Trastorno del pensamiento	17	5.38	4.05	18	12.2%
Depresión mayor	17	3.70	3.65	11	7.4%
Delirante	13	2.68	2.28	3	2.0%
Deseabilidad social	21	14.84	4.23	29	19.6%
Devaluación	33	8.93	7.22	11	7.4%
Validez	2	0.05	0.24	1	0.7%

Fuente. Elaboración propia.

En cada tabla se consigan el número de ítems por escala en la primera columna; la media de la puntuación cruda obtenida en la segunda columna; la desviación estándar de dichas puntuaciones en la tercera columna; la frecuencia de elevaciones -a partir de la primera desviación por encima de la media utilizando la puntuación T no estandarizadas, es decir T mayores a 60- en las escalas en la cuarta columna y el porcentaje en proporción a la muestra de la facultad estudiada. En este punto es necesario hacer la acotación de que una sola persona puede presentar varias elevaciones y, para fines de este estudio, no se establecieron los perfiles por persona.

Los resultados para la Facultad de Ciencias Económicas -donde la muestra para este grupo es de 148 personas, equivalente al 38.14% de la muestra total- arrojan que las escalas donde se obtuvieron las mayores elevaciones fueron para Histriónica, Compulsiva, Negativista y Narcisista y las escalas con puntuaciones más bajas fueron Delirante, Trastorno de ansiedad, Dependencia de sustancias y Somatomorfo. Sin embargo, la frecuencia debe estudiarse tomando en cuenta que existen altas puntuaciones en los índices modificadores, especialmente en Deseabilidad social, donde el 19.6% de la muestra presenta prominencia en este índice- por lo que se intuye que la frecuencia podría ser mayor a la que se observa (Tabla 44).

Continuando con lo anterior, para la Facultad de Ciencias Sociales -con una muestra de 117 sujetos equivalente al 30.15% de la muestra estudiantil- se identifica que el mayor porcentaje de escalas con puntuaciones arriba de la T 60 son Histriónico y Negativista mismas que también presentaban los estudiantes en Ciencias Económicas como se mencionó anteriormente pero también son elevadas las puntuaciones en la escala Agresiva. Por el contrario, las escalas con puntuaciones más bajas son Delirante, Dependencia de sustancias, Somatomorfo y Ansiedad igual que para el grupo anterior. Asimismo, un punto a considerar es que el 15.4% de la muestra, muestra una punta en el índice modificador Deseabilidad social, lo que podría aumentar los demás resultados (Tabla 45).

Tabla 45.

Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales

Escala	Número de ítems	Media obtenida	Desv. estándar	f	Porcentaje
Esquizoide	16	6.02	3.22	16	13.7
Evitativa	16	5.98	3.79	12	10.3
Depresiva	15	4.97	4.13	12	10.3
Dependiente	16	5.47	3.32	10	8.5
Histriónica	17	10.09	3.98	27	23.1
Narcisista	24	11.22	3.51	12	10.3
Antisocial	17	5.13	2.73	12	10.3
Agresiva (sádica)	20	7.62	4.15	20	17.1
Compulsiva	17	10.50	2.74	18	15.4
Negativista (pasivo-agresivo)	16	7.07	4.30	22	18.8
Autodestructiva	15	4.28	3.55	10	8.5
Esquizotípica	16	4.31	3.72	16	13.7
Límite	16	5.36	3.90	15	12.8
Paranoide	17	6.21	4.14	10	8.5
Trastorno de ansiedad	14	4.78	3.21	8	6.8
Somatoformo	12	3.62	2.71	6	5.1
Bipolar	13	6.14	2.96	7	6.0
Distímico	14	4.07	3.71	15	12.8
Dependencia del alcohol	15	3.92	2.59	12	10.3
Dependencia de sustancias	14	2.95	1.99	5	4.3
Estrés postraumático	16	4.56	4.17	11	9.4
Trastorno del pensamiento	17	5.50	4.16	12	10.3
Depresión mayor	17	4.51	3.59	9	7.7
Delirante	13	2.77	2.31	1	0.9
Deseabilidad social	21	13.87	4.07	18	15.4
Devaluación	33	10.70	7.54	11	9.4
Validez	2	0.03	0.18	0	0.0

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 46

Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Humanidades y Artes

Escala	Número de ítems	Media obtenida	Desv. estándar	f	Porcentaje
Esquizoide	16	7.21	3.03	8	16.7
Evitativa	16	5.96	3.61	6	12.5
Depresiva	15	4.73	3.81	2	4.2
Dependiente	16	4.50	3.61	2	4.2
Histriónica	17	9.00	3.68	8	16.7
Narcisista	24	11.67	4.11	9	18.8
Antisocial	17	5.33	3.09	5	10.4
Agresiva (sádica)	20	8.00	4.03	6	12.5
Compulsiva	17	10.67	3.03	8	16.7
Negativista (pasivo-agresivo)	16	7.13	3.72	6	12.5
Autodestructiva	15	4.35	3.78	6	12.5
Esquizotípica	16	4.75	3.45	5	10.4
Límite	16	4.92	3.76	6	12.5
Paranoide	17	6.96	3.45	1	2.1
Trastorno de ansiedad	14	4.35	3.06	2	4.2
Somatoformo	12	4.29	3.09	6	12.5
Bipolar	13	6.13	2.94	3	6.3
Distímico	14	4.25	3.88	6	12.5
Dependencia del alcohol	15	4.15	2.49	8	16.7
Dependencia de sustancias	14	2.90	2.19	4	8.3
Estrés postraumático	16	4.29	3.48	1	2.1
Trastorno del pensamiento	17	5.73	3.85	6	12.5
Depresión mayor	17	5.00	3.85	4	8.3
Delirante	13	3.73	2.73	4	8.3
Deseabilidad social	21	13.85	4.12	9	18.8
Devaluación	33	11.23	7.59	5	10.4
Validez	2	0.06	0.32	1	2.1

Fuente. Elaboración propia.

En referencia con la Facultad de Humanidades y Artes, la muestra estuvo conformada por 48 individuos lo que corresponde al 12.37% de muestra para la población estudiantil. Para el correspondiente grupo se encontró que las escalas donde más altas puntuaciones se obtuvieron en base a los baremos basados en regresiones fueron Narcisista, Esquizoide, Histriónica, Compulsiva y Dependencia del alcohol, mientras que las más bajas puntuaciones se encontraron en Paranoide, Estrés postraumático, Depresiva, Dependiente y Trastorno de ansiedad. En cuanto a los Índices modificadores, nuevamente se vislumbra la escala Deseabilidad Social como un porcentaje alto con las implicaciones anteriormente mencionadas (Tabla 46).

Seguidamente, la muestra estudiantil para la Facultad de Ciencias Médicas fue de 53 representando el 13.66% de los sujetos. Para este grupo los resultados obtenidos fueron un poco más bajos que en los conjuntos anteriores, pero se observa la tendencia a presentar puntuaciones crudas elevadas en la escala Esquizoide, mientras que la apreciación más baja se encuentra en Antisocial. Igualmente, dentro de sus índices modificadores se muestra que la tendencia en estas escalas es más baja que en las Facultades ya mencionadas (Tabla 47).

Tabla 47

Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas

Escala	Número de ítems	Media obtenida	Desv. estándar	f	Porcentaje
Esquizoide	16	7.92	2.82	9	17.0
Evitativa	16	7.30	3.86	8	15.1
Depresiva	15	5.32	3.97	6	11.3
Dependiente	16	5.96	3.73	8	15.1
Histriónica	17	8.43	3.52	5	9.4
Narcisista	24	10.55	3.71	3	5.7
Antisocial	17	5.00	2.63	1	1.9
Agresiva (sádica)	20	7.47	3.37	3	5.7
Compulsiva	17	10.81	2.91	7	13.2
Negativista (pasivo-agresivo)	16	7.45	3.66	8	15.1
Autodestructiva	15	4.98	3.50	4	7.5
Esquizotípica	16	5.34	3.22	4	7.5
Límite	16	5.13	3.34	4	7.5
Paranoide	17	7.42	3.74	6	11.3
Trastorno de ansiedad	14	5.11	3.53	8	15.1
Somatoformo	12	4.11	2.66	3	5.7
Bipolar	13	5.92	2.60	4	7.5
Distímico	14	4.45	3.24	3	5.7
Dependencia del alcohol	15	3.87	2.33	4	7.5
Dependencia de sustancias	14	2.62	1.83	3	5.7
Estrés postraumático	16	4.45	3.34	3	5.7
Trastorno del pensamiento	17	6.02	3.28	5	9.4
Depresión mayor	17	4.96	3.13	2	3.8
Delirante	13	3.26	2.48	3	5.7
Deseabilidad social	21	12.89	4.09	3	5.7
Devaluación	33	11.51	6.77	5	9.4
Validez	2	0.09	0.30	0	0.0

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 48

Puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes de la Facultad de Odontología

Escala	Número de ítems	Media obtenida	Desv. estándar	f	Porcentaje
Esquizoide	16	4.91	2.69	0	0.0
Evitativa	16	4.00	3.35	0	0.0
Depresiva	15	2.95	2.70	0	0.0
Dependiente	16	4.73	3.34	2	9.1
Histriónica	17	11.59	4.06	9	40.9
Narcisista	24	12.55	4.43	4	18.2
Antisocial	17	5.73	3.40	2	9.1
Agresiva (sádica)	20	7.27	3.56	2	9.1
Compulsiva	17	9.86	3.12	3	13.6
Negativista (pasivo-agresivo)	16	5.91	3.39	1	4.5
Autodestructiva	15	2.55	2.69	0	0.0
Esquizotípica	16	2.59	2.38	0	0.0
Límite	16	3.45	2.18	0	0.0
Paranoide	17	5.23	2.20	0	0.0
Trastorno de ansiedad	14	3.23	2.58	0	0.0
Somatoformo	12	2.86	2.32	0	0.0
Bipolar	13	5.14	2.61	1	4.5
Distímico	14	2.41	2.38	0	0.0
Dependencia del alcohol	15	4.09	2.89	2	9.1
Dependencia de sustancias	14	3.27	2.75	2	9.1
Estrés postraumático	16	2.14	1.88	0	0.0
Trastorno del pensamiento	17	3.77	2.60	0	0.0
Depresión mayor	17	2.73	2.37	0	0.0
Delirante	13	2.45	1.99	0	0.0
Deseabilidad social	21	14.86	4.07	6	27.3
Devaluación	33	7.45	5.40	0	0.0
Validez	2	0.05	0.21	0	0.0

Fuente. Elaboración propia.

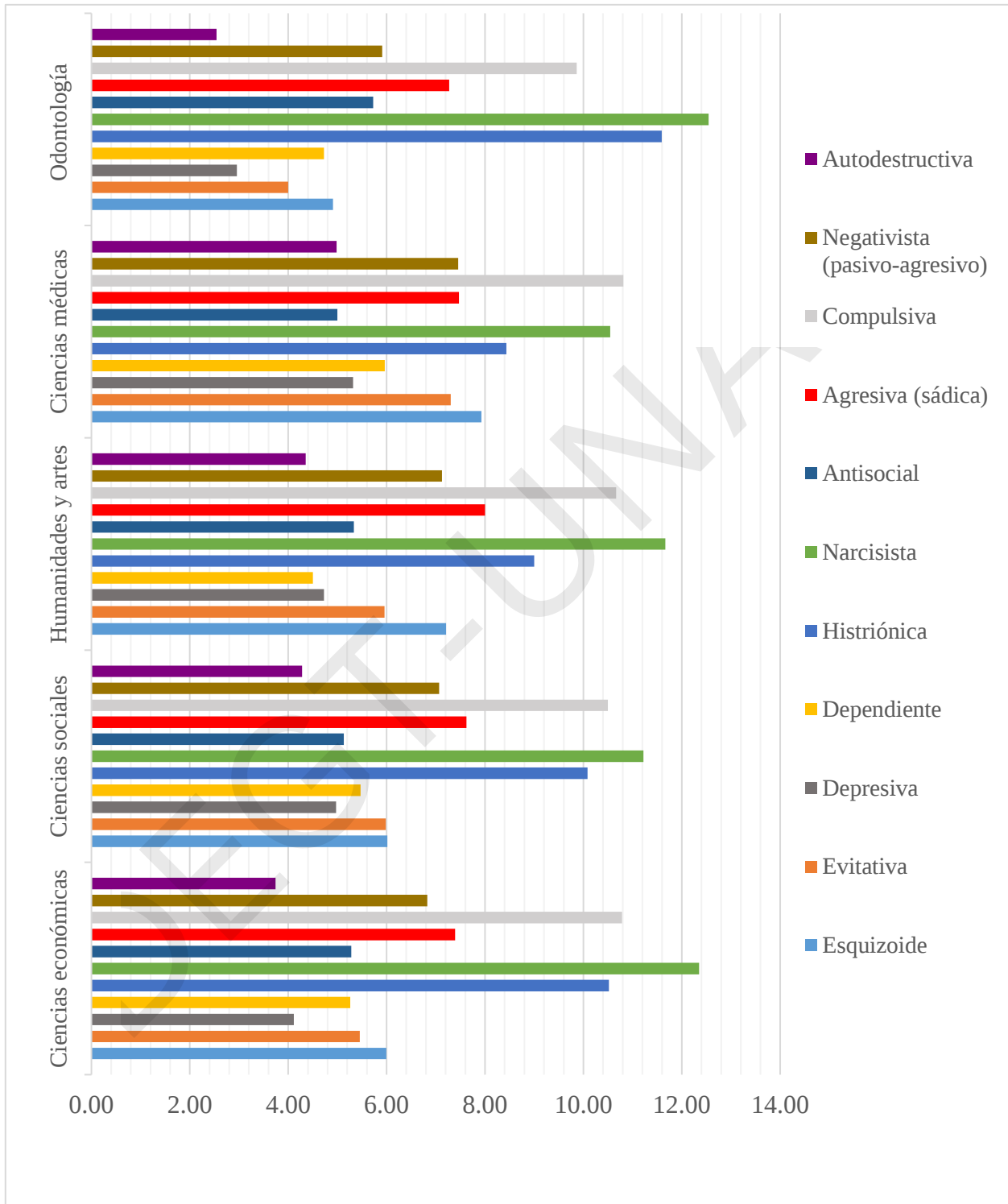
Finalmente, se presentan los resultados para la Facultad de Odontología, conjunto que estaba constituida por 22 sujetos representando el 5.67% de la muestra estudiantil de esta investigación. Sus puntuaciones más elevadas se encontraron en la escala Histriónica con 40.9% -particularmente fue un porcentaje mayor en relación con las otras Facultades- y Narcisista. Por el contrario, los porcentajes para las escalas menos puntuadas que se observan, son evidentemente diferentes a las de los grupos anteriores en cuanto a la completa ausencia de elevaciones en diferentes escalas posiblemente debido a la magnitud de la muestra, entre estas escalas se mencionan Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite, Paranoide, Trastorno de ansiedad, Somatomorfo, Distímico, Estrés postraumático, Trastorno del pensamiento, Depresión y Delirante pero cabe mencionar que los resultados muestran un porcentaje elevado en Deseabilidad social -27.3% de los casos- lo cual indica que las proporciones podrían elevarse (Tabla 48).

Con el fin de lograr una comparación empírica, se crearon gráficos comparativos de las puntuaciones medias en las diferentes escalas de acuerdo con la Facultad. Se comienza por los patrones clínicos de personalidad que son Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresiva (sádica), Compulsiva, Negativista (pasivo-agresivo) y Autodestructiva.

De este modo, en la Figura 1 se evidencia que, para las escalas Autodestructiva, Negativista, Compulsiva, Dependiente, Depresiva, Evitativa y Esquizoide la media más alta fue obtenida por la Facultad de Ciencias Médicas; en cuanto a la escala Agresiva (sádica) la media más alta fue alcanzada por Humanidades y Artes; Odontología tiene las puntuaciones medias más altas en las escalas Antisocial, Narcisista e Histriónica. Las facultades de Ciencias Sociales y Ciencias Económicas no presentan medias más elevadas con respecto a los grupos restantes.

Figura 1

Puntuaciones medias de los Patrones Clínicos de Personalidad de acuerdo con la Facultad

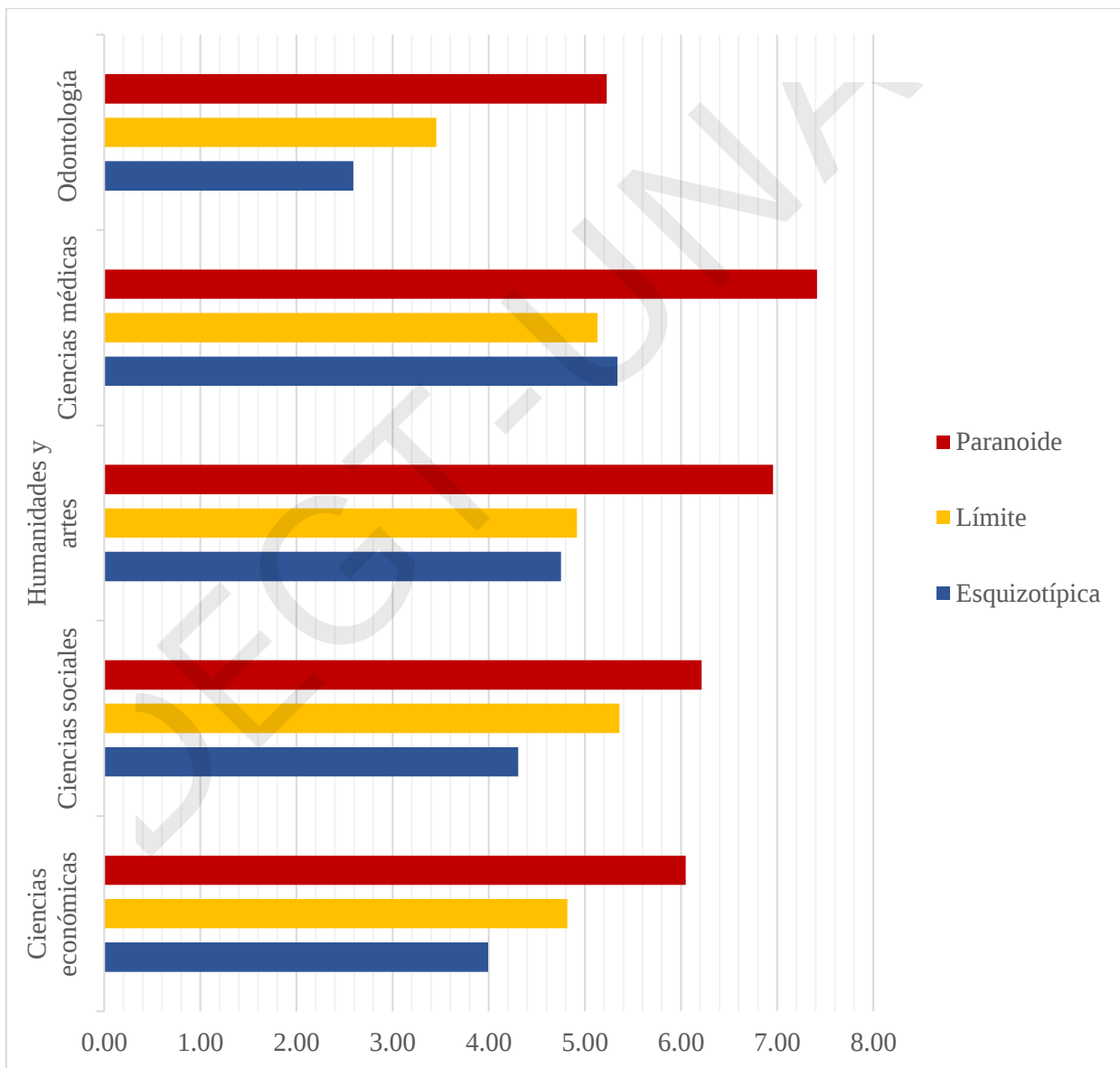


Fuente. Elaboración propia.

Por otra parte, en cuanto a los Patrones Graves de Personalidad se deja entrever que, para las escalas Paranoide y Esquizotípica, las medias más altas fueron alcanzadas por la Facultad de Ciencias Médicas mientras que la escala Límite tiene una puntuación media más alta en la Facultad de Ciencias Sociales (Figura 2).

Figura 2

Puntuaciones medias de las Patologías Graves de la Personalidad de acuerdo con la Facultad

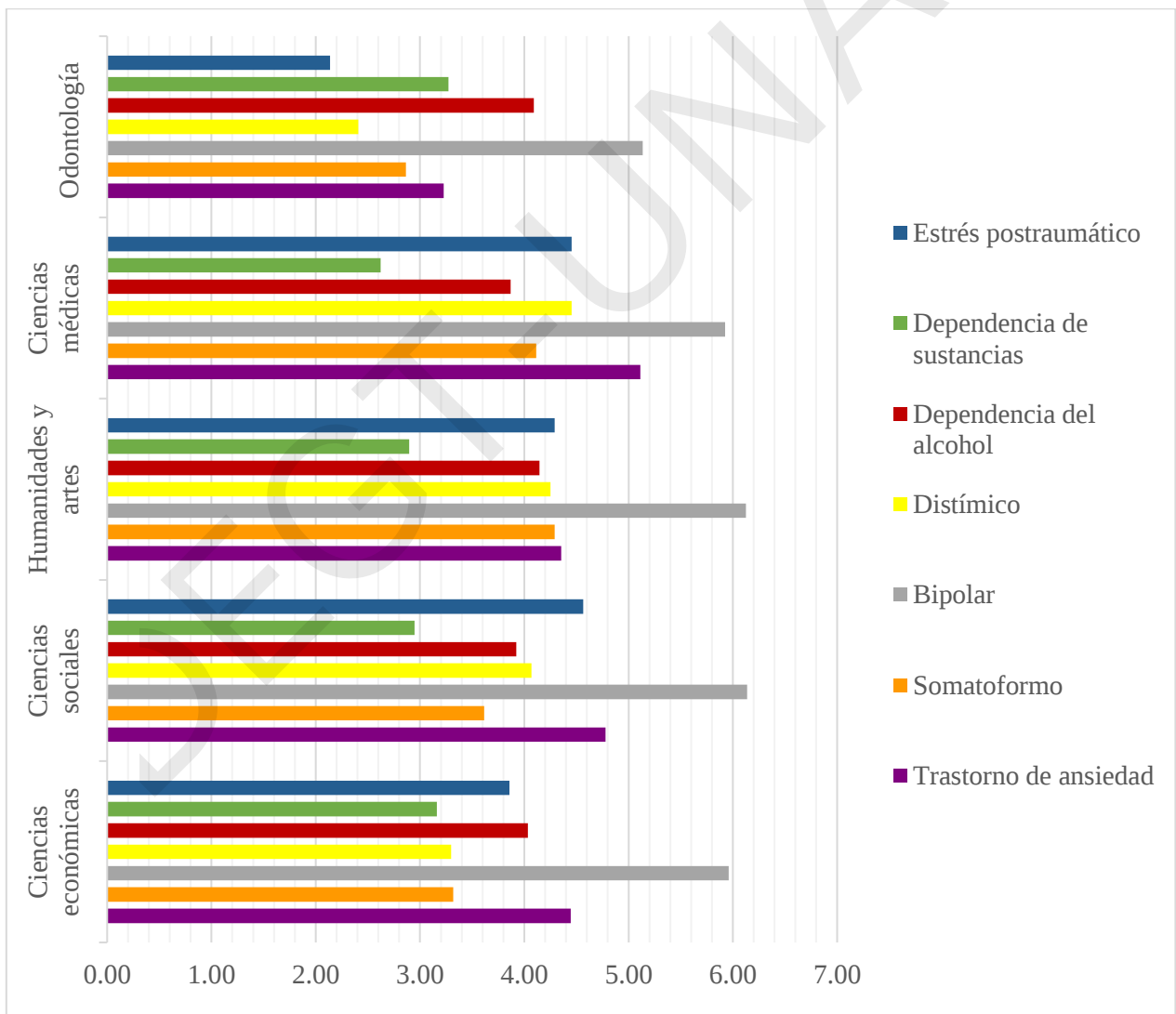


Fuente. Elaboración propia.

Para continuar, dentro de los Síndromes Clínicos se observa que para las escalas Estrés postraumático, Bipolar y Trastorno de Ansiedad, Ciencias Sociales obtuvo una puntuación media más alta; para la escala Dependencia de sustancias, el índice más elevado corresponde a la Facultad de Odontología; mientras que para las escalas Dependencia del alcohol y Somatomorfo, es la Facultad de Humanidades y Artes; la Facultad de Ciencias Médicas obtuvo sus medias más altas en las escalas Distimia (Figura 3).

Figura 3

Puntuaciones medias de los Síndromes Clínicos de acuerdo con la Facultad

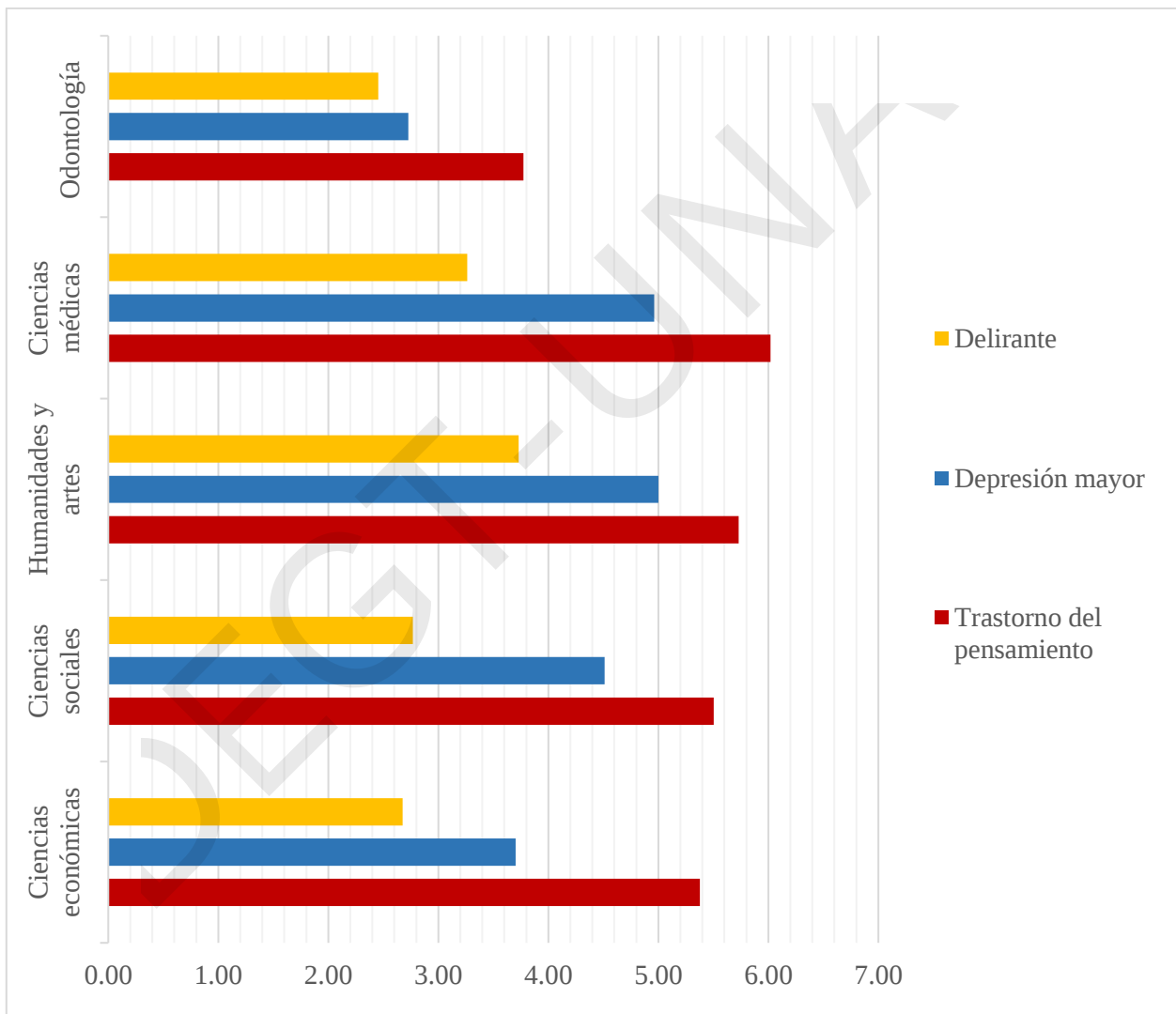


Fuente. Elaboración propia.

Siguiendo con lo anterior, la Figura 4 para los Síndromes Clínicos Graves muestran que las puntuaciones medias más altas para las escalas Delirante y Depresión Mayor se encuentran en la Facultad de Humanidades y Artes, mientras que para la escala Trastorno de pensamiento son los estudiantes de la Facultad de Ciencias quienes alcanzaron la media más elevada.

Figura 4

Puntuaciones medias de los Síndromes Clínicos Graves de acuerdo con la Facultad

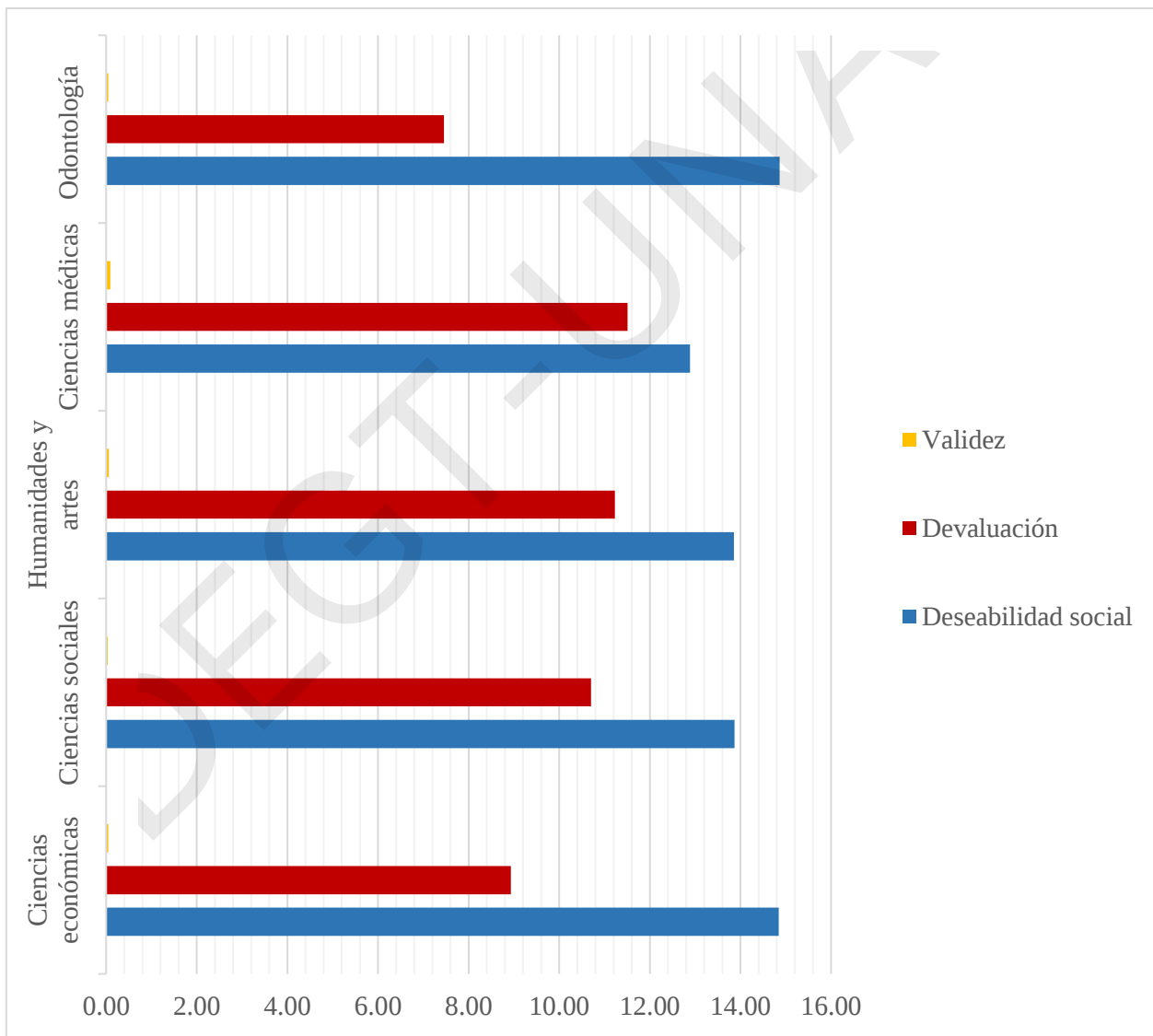


Fuente. Elaboración propia.

Finalmente se hace la comparación de medias para los índices modificadores donde se observa que para la escala Validez, aunque las puntuaciones medias son muy bajas, se vislumbra que la elevación se encuentra en la Facultad de Ciencias Médicas al igual que en la escala Devaluación mientras que para la escala Deseabilidad social, el punto más alto lo obtuvo la Facultad de Odontología (Figura 5).

Figura 5.

Puntuaciones medias de los índices modificadores de acuerdo con la Facultad



Fuente. Elaboración propia.

Tabla 49.

Comparación de puntuaciones medias escalares entre Facultades

Escala	Sig.
Esquizoide	0.000*
Evitativa	0.006*
Depresiva	0.057
Dependiente	0.269
Histriónica	0.001*
Narcisista	0.015*
Antisocial	0.862
Agresiva (sádica)	0.900
Compulsiva	0.654
Negativista (pasivo-agresivo)	0.617
Autodestructiva	0.050
Esquizotípica	0.022*
Límite	0.237
Paranoide	0.084
Trastorno de ansiedad	0.188
Somatoformo	0.102
Bipolar	0.650
Distímico	0.050
Dependencia del alcohol	0.978
Dependencia de sustancias	0.503
Estrés postraumático	0.068
Trastorno del pensamiento	0.240
Depresión mayor	0.014*
Delirante	0.049*
Deseabilidad social	0.034*
Devaluación	0.031*
Validez	0.667

Fuente. Elaboración propia.

Luego de la descripción de las elevaciones en las escalas del MCMI-III se utilizó la ANOVA de un solo factor para establecer si existían diferencias significativas entre las medias en cada escala, obtenidas por la muestra de acuerdo con la Facultad. Es así como se observa que, de acuerdo con los valores alcanzados -al .05 de nivel de confianza- para las escalas Esquizoide, Evitativa, Histriónica, Narcisista, Esquizotípica, Depresión mayor y Delirante si existe diferencia significativa entre las medias obtenidas por las Facultades, asimismo, sucede con los índices modificadores Deseabilidad social y Devaluación, mientras que en las demás no se observa significación estadística (Tabla 49).

5.6 Análisis de la curva de ROC en el MCMI-III

Por último, se realizó un análisis a través de la Curva de ROC en la escala Trastorno Bipolar, sin embargo, es importante aclarar que la muestra de los datos clínicos es tan pequeña, que los resultados arrojan sesgos pues, para tener un buen estimado de este estadístico se necesitaría una cantidad de sujetos más numerosa para probar el grado de discriminación entre sujetos verdaderos positivos y verdaderos negativos.

Con el objetivo de lograr el análisis ROC, se identificaron los casos que, de acuerdo con los baremos basados en regresiones múltiples para la muestra total, presentaban la sospecha del trastorno -omitiéndose los casos que presentaban elevaciones en los índices modificadores- y estos se identificaron como verdaderos positivos, luego de lo cual se tomaron al azar un número similar de personas que obtuvieron puntuaciones por debajo de la T 60 y se identificaron como verdaderos negativos. Como resultado, se utilizaron las puntuaciones de 20 personas para los verdaderos positivos y 28 para los verdaderos negativos (Tabla 50).

Tabla 50

Número de casos utilizado para análisis ROC

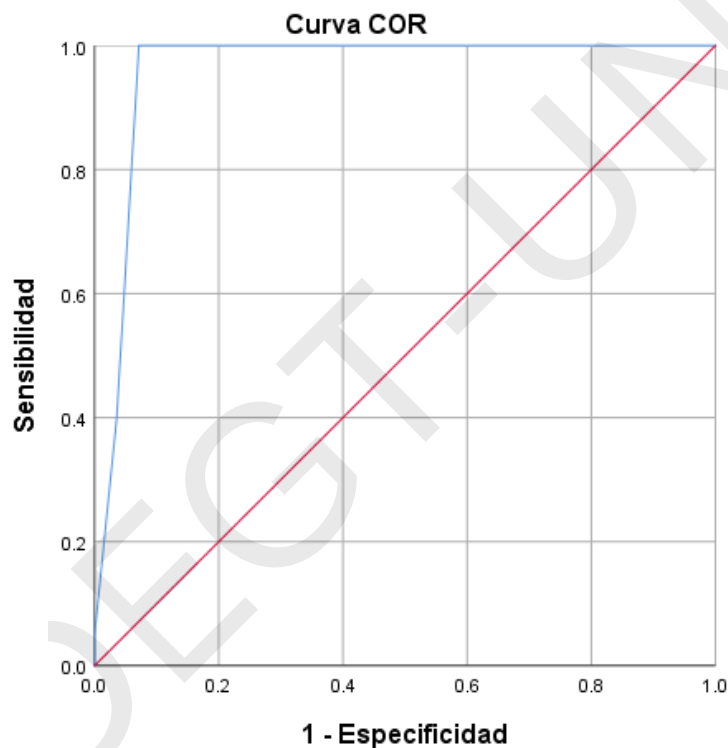
Diagnóstico	N válido
Positivo	20
Negativo	28

Fuente. Elaboración propia.

Al considerar la resultante Curva de ROC para la escala Trastorno Bipolar (Figura 6), se observa que la relación entre la sensibilidad y la especificidad su ubica muy hacia la izquierda y se encuentra alejada de la asíntota equivalente a .5 -valor de la prueba sin capacidad discriminante- identificada como hipótesis nula. Con respecto a esto Chacón (2013) refiere que entre menos cercanos se encuentren los valores de la parte izquierda, la prueba realiza diagnósticos al azar. De lo anterior se infiere que dicha relación entre sensibilidad y especificidad es excelente rechazándose la hipótesis nula.

Figura 6.

Curva de ROC de la escala Trastorno Bipolar



Fuente. Elaboración propia.

Siendo el área bajo la curva la capacidad discriminante de la prueba, evaluarla es de vital importancia. Los valores de referencia establecidos por Swets (1988), establecen que para esta escala, la prueba tiene una alta capacidad de discriminación (Tabla 51). Lo anterior es reforzado

por Grammunt (2008) al mencionar que lo ideal en una curva de ROC es que la sensibilidad sea igual a 1 y la especificidad 0 pues cuanto más se acerquen estos valores, el área es más grande lo que indica una mayor precisión y el resultado es independiente de las tasas de prevalencia de la población lo que se considera una ventaja de este análisis.

Tabla 51.

Área bajo la curva de la escala Trastorno Bipolar

Área	Desv. Error	Significación asintótica	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.962	.030	.000	.902	1.000

Fuente. Elaboración propia.

Luego del análisis del área bajo la curva, es a través de las coordenadas que se establecen puntos de corte para saber a partir de qué puntuación se diagnosticaría la presencia o ausencia de un trastorno. Con el fin de lograr esto, existen diferentes métodos, el índice de Youden entre otros (Del Valle, 2017), sin embargo, para fines de esta investigación, se hará de manera empírica considerando y haciendo un balance entre especificidad y sensibilidad. Para el caso de la escala Trastorno Bipolar, a modo de ilustración, podríamos escoger el punto de corte 10 pues en la coordenada 10.50 se observa una sensibilidad de perfecta de 1 y una especificidad de 0.71 lo que se interpreta como que el 100% de los casos diagnosticados como enfermos -columna de sensibilidad-, estarán correctamente identificados o clasificados por el test y solo el 7.1% de los que se diagnostiquen como sanos -columna de especificidad-, estarán incorrectamente dictaminados. Estos últimos se convierten en los falsos negativos (Tabla 52).

Tabla 52.

Coordenadas bajo la curva de la escala Trastorno Bipolar

Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad
.00	1.000	1.000
1.50	1.000	.929
2.50	1.000	.821
3.50	1.000	.714
4.50	1.000	.607
5.50	1.000	.464
6.50	1.000	.357
8.00	1.000	.250
9.50	1.000	.143
10.50	1.000	.071
11.50	.400	.036
12.50	.050	.000
14.00	.000	.000

Fuente. Elaboración propia.

Una vez presentados los resultados obtenidos en el presente estudio con las diferentes pruebas estadísticas, se procede a la discusión de los hallazgos.

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

El MCMI-III es un instrumento eficaz pues, tal como lo menciona Herrero (2007), un buen modelo para el estudio de la personalidad integra varias teorías para explicarla y en este caso, Millón, autor del test, basó la construcción del instrumento mencionado tanto en supuestos de orden biológico como psicosociales. Es así como la presente investigación pretende brindar a los profesionales de la psicología, una herramienta para la evaluación y diagnóstico que sea pertinente en población hondureña.

Con anterioridad se mencionó que la muestra constó de 528 sujetos de los cuales 388 pertenecían a estudiantes universitarios o muestra general -tal como lo hizo Caparrós & Villar (2013), en España y Holliman y Guthrie (1989) en Estados Unidos-. En el presente estudio también se incluye una muestra de 140 sujetos clínicamente diagnosticados con algún trastorno psicopatológico. Este estudio es similar al realizado en Brasil por Rodrigues, Carvalho, Alchieri, de Araujo y Nascimento (2011) con la diferencia de que en este último se realizó la traducción y adaptación de la prueba para la población de ese país.

Antes de construir normotipos de una determinada prueba, es necesario evaluar su consistencia y la aplicabilidad en la población de estudio, al respecto Chacón (2013), León (2009); OMS (2010), Oyuela y Ramírez (2010); Rivera (2020), entre otros, mencionan que no se puede asumir instintivamente que todos los tests y sus normas son aplicables a todas las poblaciones, por tanto ha de tenerse la mayor información del test para ejercer con rigurosidad los diagnósticos en los distintos campos de acción de los psicólogos.

Con base a lo anterior, se dio inicio al análisis de consistencia de la prueba a través de la aplicación del Alpha de Cronbach y se encontró que su valor en MCMI-III para la muestra hondureña es muy superior en todos los grupos de unidades de análisis. Al respecto Rodrigues et al (2011) reportan que el MCMI-III posee una consistencia entre .57 y .9. Por tanto, las puntuaciones obtenidas por los sujetos serán confiables lo que implica que este instrumento puede usarse como medida de diagnóstico de trastornos de personalidad.

Con relación al párrafo anterior, varios estudios han encontrado resultados similares en los índices de confiabilidad del test entre ellos el metaanálisis realizado por Rossi y Derksen

(2015) en el que se reportan datos parecidos en diferentes países que han recurrido a la traducción del inventario al español, portugués, alemán, danés, mandarín y otros. Lo mismo sucede con el trabajo en Brasil de Rodrigues, et al (2011) y el de Caparrós y Villar (2013). Al estudiar la consistencia interna, para la muestra total, los valores bajan, aunque siguen siendo muy buenos en todas las escalas a excepción de la Compulsiva y la de Dependencia de sustancias, resultados que también se reportan de manera similar en los estudios antes descritos en este párrafo.

En cuanto a la muestra clínica los resultados arrojan un índice medio en las escalas y uno muy bajo para la escala Narcisista pero se debe tomar en cuenta que la muestra específica para cada escala no fue la ideal pues ya varios teóricos sostienen que para estos análisis es conveniente poseer una cantidad considerable de participantes (Lenhard, Lenhard & Suggate, 2018; Rivera, 2020), aspecto no logrado en el presente estudio debido a las razones expuestas más adelante y que se asocian a las condiciones sociopolíticas del país.

Por otra parte, se identificaron las variables predictoras a través de la iteración, o eliminación por jerarquías, del modelo de Regresión Cuadrática -mismo que utiliza Rivera et. al. (2020) en su estudio sobre normas basadas en regresiones en una prueba de rendimiento- donde se incluyeron las variables Edad, Sexo, Estado civil y Tipo de población, y se centralizó la variable Edad, para examinar sus interacciones con el fin de construir baremos más precisos. Hasta el momento no se logró encontrar estudios que hayan aplicado este modelo estadístico para construcción de datos normativos del MCMI-III. De acuerdo con el metaanálisis efectuado por Rossi y Derksen (2015) el modelo de análisis de la versión española necesita más estudios.

Sin embargo, otros estudios similares que utilizan este procedimiento son los realizados para normalizar pruebas neuropsicológicas en muestras de personas analfabetas, en las que se analizaron los datos partiendo de estos modelos estadísticos (Rivera, Morlett & Arango, 2019). Así mismo desde el año 2015 se han realizado otros estudios en muestras latinoamericanas de personas adultas y menores de edad, encabezados por Juan Carlos Arango-Lasprilla y Diego Rivera, para otros tests neuropsicológicos, empleando estos robustos procedimientos estadísticos (Rivera, et al, 2019).

Con dicho modelo se evaluó la colinealidad, homocedasticidad y normalidad de los residuos estandarizados. Al respecto, las variables con mayor efecto resultaron ser Tipo de

población y Sexo lo que se confirma al considerar su significancia, la tolerancia y la inflación de la variable, la cual ostentan valores adecuados. En cuanto a las variables predictoras resultantes, se demuestra que en ellas se reduce el error producido por los valores extremos. Este resultado coincide con lo encontrado en el trabajo de Rodrigues, et al. (2011) en su estudio de adaptación del MCMI-III en población brasileña con otro modelo estadístico, donde se vislumbra que los resultados de las puntuaciones varían de acuerdo con el tipo de población, es decir, clínica y no clínica.

En cuanto a la variable sexo, en diferentes estudios como el Caballo, Guillén, Salazar (2009); Andrés (2016); Montalvo y Gómez (2015) se han encontrado diferencias significativas en base a esa característica pues la personalidad se ve influida tanto por la parte biológica como por varios factores como el estilo de crianza entre otros (Avila-Espada & Herrero, 2003; Camarillo, 2015; Díaz, 2015; Díaz, 2015; Millon, 1990, citado por Díaz, 2015; Millon, Davis & Millon, 2007; Morales, 2003).

Conjuntamente, al valorar el R cuadrado ajustado del modelo completo se infiere que el mejor ajuste se da en las escalas Depresiva, Negativista, Autodestructiva, Trastorno de ansiedad, Somatomorfo, Dependencia de sustancias, Estrés postraumático, Depresión mayor, Delirante y Devaluación, pero también existe un buen porcentaje para las otras escalas. El porcentaje de ajuste del modelo en este estudio es el esperado pues la aparición de un trastorno tiene múltiples causas, tal como lo plantea Millón en su teoría evolucionista aparte de otros estudios que sustentan estas premisas como el trabajo de Caparrós y Villar (2013) y el de Rossi y Derksen (2015) donde se plantea la influencia de diferentes factores en el continuo de la personalidad. En tal sentido, el estudio de Rodrigues, et al, (2011) reportan datos similares en cuanto a que el porcentaje de varianza está asociado a diferentes influencias.

Luego de lo anterior, se aplicó ANOVA revelando un valor adecuado exceptuando en la escala Compulsiva lo que sugiere que sus puntuaciones se mantendrán iguales independientemente de las variables, es decir, ninguna de las variables analizadas influye en los resultados dentro de la escala, no así, se decidió crear baremos en base a las dos variables mencionadas para luego evaluarlas tomando en cuenta que, desde el análisis de consistencia esta escala presentaba valores diferentes a las demás. En los estudios ejecutados por Rossi y Derksen (2015); Rodrigues, et al (2011) y Caparrón y Villar (2013) entre otros, la escala de

compulsividad siempre refleja valores distintos aun cuando se usan diferentes modelos de análisis.

Por otra parte, la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual es una prueba de bondad de ajuste con una gran importancia pues reduce los errores tipo I (Pedrosa, Juarros-Basterretxea, Robles, Basteiro, & García, 2015), confirma que empíricamente la acumulación de los residuos de Z para los subgrupos está distribuida de forma normal por lo que se comprueba que el error de los valores extremos se redujo.

Una vez finalizados los análisis para la selección de variables se pudo proceder con la construcción de los baremos desde dos diferentes modelos. El primero de ellos es la T tradicional y la segunda son las normas basadas en regresiones para las 24 escalas y sus índices de acuerdo con el sexo y al tipo de población como se mencionó anteriormente, tanto para la muestra completa como para la muestra de universitarios, pero si los datos muestran que los resultados pueden variar de acuerdo con el tipo de población, ¿por qué no se construyeron baremos específicos para la población clínica?

Las puntuaciones basadas en medias y desviaciones típicas ubican a un sujeto con relación a la media de un grupo de referencia (González, 2007; Lenhard, Lenhard, Suggate y Segerer, 2018; Rivera, 2020), si se utiliza únicamente la muestra clínica, la media indicará que lo normal es que la mayoría de los sujetos poseen algún trastorno y solo los casos más graves se ubicarían a la derecha de la curva gaussiana (Ledezma, 2011; Mias, 2018).

Por lo anterior, para construir normotipos hondureños del MCMI-III más precisos, era necesario utilizar un grupo de referencia, es decir, una muestra de sujetos sanos o que no hubieran recibido ningún diagnóstico de la presencia de una condición clínica, de este modo, las personas sanas se ubicarían al centro de la curva y cualquier persona que no lo estuvieran, se ubicarían a la derecha de la curva. Este procedimiento fue el que llevó a cabo en su estudio de normalización del MCMI-III para brasileños Rodrigues, et al (2011), quienes al igual que en el presente trabajo se reclutó una muestra de estudiantes universitarios y una de participantes con diagnóstico psicopatológico que asistían a centros de salud mental de Honduras.

Además de esto, se tomó en cuenta la medida de consistencia para la muestra clínica que demostró ser insatisfactoria por lo que, al separarla del grupo total podría haberse generado

sesgo en los resultados debido a la poca cantidad de casos evaluados, que resultan insuficientes para los análisis que se planificó realizar.

Si se hace una observación detenida de los baremos contruidos, a simple vista puede notarse que las tablas dedicadas únicamente a la población general (estudiantes universitarios) son muy diferentes a las que tienen incluida la muestra clínica, en la primera los casos no poseen diagnóstico y en los segundos, los psiquiatras les han consignado uno. Dada esta circunstancia, la comparación se hizo entre los modelos estadísticos utilizados para la construcción de los normotipos y su posible efectividad a la hora de la detección de un trastorno en la muestra total (clínicos + no clínicos).

Por otra parte, con la muestra clínica, se comparó los diagnósticos de cada sujeto -ya consignados por los profesionales de la salud mental- versus los dos modelos estadísticos con los que se generaron datos normativos, resultando que ninguno de los modelos coincide con el número de casos en cuanto a la cantidad de sujetos en cada categoría diagnóstica como con el diagnóstico mismo. Con relación a este aspecto, en el estudio de Rodrigues, et al (2011) se cita que Beck y colaboradores (2007) plantean un problema para diagnosticar la psicopatología debido a que los profesionales no consideran el hecho que en raras ocasiones los problemas de personalidad son la demanda principal de quien busca asistencia. Muchos pacientes sienten dificultades para tratar con otras personas de forma independientemente a su propia conducta, se sienten victimizados por el mundo y la sociedad. Algunos son conscientes del problema, lo que pasa es que no saben qué aspectos de personalidad deben cambiar.

Lo anterior podría ser la causa de las inconsistencias encontradas en este estudio ya que los resultados de las pruebas estadísticas evidencian la validez del modelo aplicado. También, habrá que considerar que algunos participantes de la muestra clínica eran pacientes ambulatorios por lo que debe discurrir si al momento de aplicárseles el MCMI-III, la patología diagnosticada estaba en remisión en el momento de la recolección de datos. En adición, hay que considerar lo encontrado al momento de extraer los diagnósticos de las Registro de Atenciones y Actividades Diarias (ATA), porque algunos de los trastornos dictaminados estaban consignados de acuerdo con la nomenclatura clasificatoria de instrumentos considerados obsoletos como el DSM-II. Así mismo, resulta extraño la inexistencia de diagnósticos del Eje II, con excepción de dos casos encontrados con diagnóstico de “Retraso Mental”. En este punto es habrá que reflexionar sobre

el llamado de Chacón (2013) al consenso en el sistema de clasificación utilizado para una mejor sistematización del diagnóstico y su tratamiento ya que algunos utilizan el sistema CIE y otros DSM pero en ambos casos, las versiones que usan son diferentes.

En esta investigación también se hizo una comparación empírica entre los resultados de los modelos estadísticos que resultaron en puntuaciones T tradicional y T basada en regresiones, para las escalas donde se contaba con un mayor número de diagnósticos: Ansiedad, Bipolar, Distímico, Dependencia del alcohol y Depresión mayor. Según el número de patologías informadas en cada escala, se expone que con el modelo tradicional se dictaminan un mayor número de casos, sin embargo, al observar la Dependencia del alcohol, es el modelo basado en regresiones el que ostenta un número más alto de casos. Para la interpretación de lo anterior Rivera (2020) explica que el modelo tradicional para la construcción de baremos en la mayoría de las veces tiende a sobrevalorar las puntuaciones de los valores extremos.

Dado lo anterior, se puede reforzar la idea de que el modelo más adecuado puede ser el que se basa en el análisis de los residuos de Z pues teóricamente tiene la ventaja de reducir el error en los valores extremos en muestras pequeñas, y, al ser una prueba no paramétrica, el análisis es más sólido. Rivera (2020) menciona que este modelo se vuelve más preciso al considerar las puntuaciones individuales. Por otra parte, las puntuaciones normativas tradicionales asumen que todas las variables influyen en los resultados y si se obtienen medias y desviaciones estándar separando los grupos, se pierde información (Rivera, 2017; Rivera, Marlott & Arango, 2019). Sumado a lo anterior, para una adecuada valoración de la sintomatología, se debe usar los baremos donde se incluye tanto la muestra clínica como la no clínica ya que al baremar omitiendo la primera muestra mencionada, lo que se logra es determinar qué personas tienen tendencias más altas dentro de lo que se considera normal (Rivera, 2020).

En los estudios encabezados por Rivera y Arango en distintos años, se expone el problema de trabajar con puntuaciones directas, típicas y desviaciones estándar porque en este modelo tradicional se asume que existe homocedasticidad en las puntuaciones, pero al verificar la distribución de los datos hondureños del MCMI-III recogidos en este estudio, se observa la inexistencia de una distribución normal y por tanto, las conclusiones que se hubiesen extraído, podrían estar equivocadas (Salinas, Pérez, & Ávila, 2006). En otras palabras, para la muestra

hondureña con MCMI-III las normas que deberían utilizarse para realizar un diagnóstico, deben ser las construidas con el modelo basado en regresiones.

Continuando los análisis, se determinó la frecuencia de escalas elevadas en el MCMI-III en la población estudiantil de acuerdo con la Facultad lo cual es importantes ya que como menciona Ferrer et. al. (2015), la mayoría de los estudios sobre prevalencia de trastornos se centran en la población clínica lo que puede causar limitaciones a la hora de establecer estrategias de prevención en salud mental y, en la UNAH siendo un centro educativo masificado y diverso -en cuanto a estratos socioculturales y económicos-, este aspecto cobra una especial relevancia.

Esa misma diversidad aglutinada en la UNAH, es vinculante con la caracterización de tendencias en cuanto a rasgos de personalidad encontrados en la población estudiantil. En este punto se encontró diferencias significativas entre las medias obtenidas por las diferentes Facultades específicamente para las escalas Esquizoide, Evitativa, Histriónica, Narcisista, Esquizotípica, Depresión mayor y Delirante. La identificación de la predominancia de dichas escalas de acuerdo con grupos específicos constituiría el primer aspecto a tomar en cuenta en un futuro abordaje en salud mental por lo que se describen en el siguiente párrafo.

Después de lo anterior, en cuanto a la predominancia de elevaciones se encontró que para Ciencias Económicas las escalas con mayor número de casos fueron Histriónica, Compulsiva, Negativista y Narcisista; para Ciencias Sociales fueron Histriónico, Negativista y Agresiva, para Humanidades y Artes las elevaciones se obtuvieron en Narcisista, Esquizoide, Histriónica, Compulsiva y Dependencia del alcohol; en cuanto a Ciencias Médicas la puntuación media más alta se encontró en Esquizoide y; para la Odontología, Histriónica y Narcisista. En concordancia con estos resultados Beraún, Campos, & Beraún (2006), mencionan en su estudio que también se obtuvieron altas puntuaciones en las escalas Compulsiva, Histriónico, Narcisista y Esquizotípica en la población universitaria lo cual debe llamar a la reflexión y a las acciones que conlleven lograr una mejora en el equilibrio psicológico de los estudiantes (González, Gaspar, Luengo, & Amigo, 2014).

Otro aspecto por comentar es que, al revisar la prevalencia de trastornos en población hondureña para el año 2018 -última estadística que se tiene- y contrastar con lo encontrado en esta investigación se observa que no hay coincidencia pues a nivel nacional se encuentran que

los padecimientos más comunes son el Trastorno Depresivo Mayor en primer lugar, Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en segundo lugar y, en tercer lugar Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos. Es por esto por lo que nuevamente se hace la meditación sobre si los profesionales de la salud mental cuentan con los métodos de diagnósticos adecuados o si las estadísticas de prevalencia podrían aplicarse únicamente a la población clínica.

Finalmente, consciente que es una mera ilustración –porque la cantidad de datos es totalmente insuficiente- se aplicó el análisis de la curva de ROC para la escala Trastorno Bipolar aunque también se intentó realizar este análisis con las otras escalas mencionadas anteriormente: Trastorno de Ansiedad, Depresión mayor, Distimia y Dependencia de sustancias pero, debido a que se obtuvieron puntuaciones perfectas, se descartaron ya que, tal como lo menciona Grammunt (2008) y Chacón (2013), tal cosa no existe. Dichos resultados se atribuyen al sesgo que puede estar produciendo la carencia de suficientes casos diagnosticados como enfermos.

Sin embargo, es necesario hacer la acotación de que, aunque en este estudio no se cuenta con una muestra clínica suficientemente extensa, los resultados evidencian que el MCMI-III es un instrumento pertinente para el diagnóstico clínico y, el modelo teórico de personalidad de Millón en el cual se basa esta prueba, al ser integrador apoya el trabajo del personal de salud mental que atiende en los hospitales psiquiátricos. Sumado a ello, una segunda ventaja de la herramienta es el tiempo de aplicación (el cual es de aproximadamente 30 minutos), tan valioso para este personal. Asimismo, el formato de aplicación (autoinforme), se cuenta como una tercera ventaja sobre todo para los pacientes que están debidamente compensados y no necesitan la ayuda del profesional de la salud, ahorrándoles a estos últimos, aún más tiempo.

Se insiste que, en el caso de este estudio, los resultados no son aplicables al MCMI-III pues era necesario contar con una cantidad considerable de casos positivos ya que para la aplicación de esta prueba no paramétrica se necesita un número similar tanto de diagnósticos positivos como negativos. Esta prueba es importante ya que puede utilizarse tanto para evaluar la capacidad diagnóstica de los tests, midiendo su sensibilidad y especificidad, como para establecer puntos de corte en las escalas para el establecimiento de tasas de prevalencia, como lo realizaron Rodrigues, et al (2011); los diferentes estudios reportados alrededor del mundo por Rossi y Derksen (2015) y otros similares.

Los resultados arrojados por la prueba no paramétrica de la que se habla en el párrafo anterior, es que la escala que se estaba examinando cuenta con una alta precisión diagnóstica y el punto de corte determinado es muy similar al que se estableció a través de las puntuaciones T basadas en regresiones y con las T estandarizadas lo que estaría validando los resultados de los modelos estadísticos. Sin embargo, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre la falta de suficiente muestra clínica, se hace la acotación de que, en caso de haber ostentado el número de casos necesarios para la adecuada aplicación de la Curva de ROC, en un siguiente paso se pudieron establecer tasas de prevalencia del MCMI-III para población hondureña (Cerdeira & Cifuentes, 2012; Del Valle, 2017; Montero, 2016; Pérez, 2015).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En psicometría, para realizar algunos procedimientos estadísticos se hace necesario poseer una cantidad considerable de casos de estudio, pero en el presente trabajo la muestra clínica mínima requerida no pudo ser obtenida debido a las condiciones sociopolíticas del contexto –hubo muchas huelgas, tomas de vías públicas, etc.-, que impidieron el acceso durante largos periodos de tiempo. Aplicar análisis más profundos y establecer puntos de corte utilizando la curva de ROC fue una tarea fallida, lo que hubiera sido un aporte valioso para el país.

Cabe mencionar que, en el levantamiento de la información, las huelgas y tomas de espacios físicos también afectaron el proceso para la muestra no clínica.

La falta de voluntad de algunas autoridades de los centros de atención en salud mental para apoyar iniciativas de esta naturaleza (excepto IHADFA) por una parte tardaron las autorizaciones, entonces tardó el proceso de levantamiento de la información, por otra, desembocó en dificultades de acceso a los centros, a diferentes unidades de servicio y a la información fidedigna, todo ello conjugado por la situación sociopolítica imperante. La falta de apoyo también fue evidente en colegas del área privada.

La anarquía administrativa de estos servicios sanitarios que, entre otros, está asociado a la manera de llevar los registros de pacientes ya que se dan por atenciones diarias y no por caso lo que dificultó conocer la cantidad exacta de la población en estudio. Además, sólo se consigna los diagnósticos principales omitiendo los secundarios, con ello se pierde información valiosa y, al no contar con la autorización para la revisión de expedientes, no se podía hacer las correcciones en base a sintomatología expuesta. Se observó también inconsistencia en el uso de herramientas diagnósticas, algunos profesionales utilizaban clasificaciones diagnósticas antiguas como ser el DSM-II. Por otra parte, en uno de los centros de atención, estaban haciendo remodelaciones de la infraestructura física y por ello las atenciones estaban limitadas en las áreas de interés.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones del estudio fueron las siguientes:

- Se ha confirmado que el Inventario Clínico Multiaxial de Millón-III MCMI-III posee un alto índice de confiabilidad, tanto de la prueba como intraescalar, en los datos obtenidos por lo que se infiere que este puede aplicarse en población hondureña.
- Se logró la construcción de baremos hondureños para el grupo clínico y grupo general en ambos sexos con dos tipos de puntuaciones: T estandarizadas y T basadas en regresiones cuadráticas convirtiendo este trabajo en el primer estudio en producir normotipos para una prueba clínica de personalidad con este modelo estadístico.
- Se identificó que los baremos obtenidos de los residuos de Z, es un modelo más fuerte que los que se basan en modelos tradicionales ya que con ellos se subsanan varios problemas de estos últimos lográndose un diagnóstico más preciso y por tanto, los profesionales de la salud pueden tomar decisiones más acertadas en cuanto a tratamientos.
- Se establecieron las elevaciones en las escalas en la muestra estudiantil para cada una de las Facultades lo que podría utilizarse por las autoridades universitarias para crear estrategias de prevención y promoción de la salud mental.
- Con una muestra adecuada de casos representativos por escala, la aplicación de la curva de ROC resultaría de una utilidad destacada para evaluar la sensibilidad y especificidad de la prueba, establecer puntos de corte y finalmente construir tasas de prevalencia, tipo de puntuación mayormente utilizada en el área epidemiológica.

Como recomendaciones se considera lo siguiente:

- Para futuros estudios es plausible continuar con la recolección de datos para la muestra clínica hasta lograr representatividad en las escalas con el fin de lograr una adecuada aplicación de la curva de ROC (en España, la recolección de datos de MCMI-III en población clínica duró 4 años).

- En cuanto a la recolección de la muestra clínica y no clínica, extender la actividad a diferentes zonas del país para obtener mayor representatividad de la población.
- Derivar más investigaciones de estos datos para aportar conocimiento en temas tales como perfiles de personalidad en hondureños, influencia de variables externas en desencadenamiento de trastornos específicos entre otros.
- Para estudios subsiguientes, se debería seguir utilizando modelos estadísticos innovadores para construcción de datos normativos.
- Utilizar los resultados de este estudio para la reflexión de los profesionales de la salud en la aplicación consensuada de un sistema de diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, F. J., Garrido, J., Olea, J., & Ponsoda, V. (2006). Introducción a la psicometría. Teoría Clásica de los Testsy Teoría de la Respuesta al Ítem. Madrid, España. Recuperado el 2019, de <https://www.docsity.com/es/apuntes-psicometria/2964548/>
- Abreu, J. L. (2012). Hipótesis, método y diseño de investigación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187-197. Recuperado el 2017
- Abuín, M. R., & De Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131-141. Recuperado el 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000200007
- Agencia de Cooperación Internacional, GIZ. (2010). Pueblos indígenas de Honduras. Honduras: Unidad Coordinadora Pueblos Indígenas en América Latina y el Caribe.
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (Undécima ed.). México: Pearson Educación.
- Alaminos, A. (2006). El muestreo en la investigación social. En A. Alaminos, & J. L. Castejon, *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión* (págs. 41-55). Sant Vicent del Raspeig, España: Universidad de Alicante. Recuperado el Octubre de 2017, de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/20331>
- Alaminos, A., & Castejón, J. L. (2016). Planificación y diseños de investigación con encuestas. En *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión* (Vol. 7, págs. 7-30). San Vicente del Raspeig: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES). Recuperado el Octubre de 2017, de <https://www.lamjol.info/index.php/EyA/article/view/4318/4065>
- Alcázar, M. (2007). *Patrones de conducta y personalidad antisocial en adolescentes. Estudio transcultural: El Salvador, México y España*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de psicología biológica y de la salud, Madrid. Recuperado el 2018
- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR* (Cuarta edición revisada ed.). Barcelona, España: Masson S.A. Recuperado el 2018
- American Psychological Association, A. (2010). La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de www.proyectoetica.org
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos* (Séptima ed.). Naualcapan de Juárez, México: Prentice Hall. Recuperado el 2018
- Andrés, A. (2016). *La personalidad*. Barcelona: Editorial UOC.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. (J. Vargas Flores, Ed.) *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.
- Aragón, L. (2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. El caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Perfiles educativos*, 33(133), 68-87. Recuperado el 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000300005
- Aragón, L. (2015). *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (Segunda ed.). México: El Manual Moderno.
- Ardila, R. (2003). Psicología latinoamericana. ¿Cuáles son los principales logros y aportes de medio siglo de actividad científica y profesional? *Perspectivas Psicológicas*, 7-16.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado el Septiembre de 2017
- Avila-Espada, A., & Herrero Sánchez, J. (2003). La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Madrid, España. Recuperado el 19 de Abril de 2019

- Ávila-Espada, A., Rodríguez, C., & Herrero, J. R. (1997). Evaluación de la personalidad patológica. En A. Cordero, *La Evaluación Psicológica en el Año 2000*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Banco Mundial. (2018). Honduras: panorama general. Tegucigalpa, Honduras.
- Barreno, N. L., & Viteri, D. (2016). *Estilos de personalidad y desgaste por empatía de psicólogos graduados de la Universidad Nacional de Chimborazo, periodo septiembre-2015 a febrero-2016*. Tesis doctoral, Riobamba.
- Beraún, E., Campos, L., & Beraún, L. (2006). Detección de trastornos de personalidad en los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la UNHEVAL. *Investigación Valdizana*, 9(1), 67-69. Obtenido de <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/15>
- Bermúdez, C., Pérez-García, A., Ruíz, J., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Bermudez-Madrid, J., Sáenz, M., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 53(2), 209-219.
- Betancourt, M. (2010). Persona y máscara. *Redalyc*(30), 127-143. Recuperado el Octubre de 2017, de <http://www.redalyc.org/html/2090/209019322007/>
- Burgueño, M. J., García, J. L., & González, J. M. (1995). Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Medicina Clínica*, 104(17), 661-670. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/f267/335f672ed57435a6f46bd8727e603d825a65.pdf>
- Buros Center for Testing. (2017). *Test Reviews. Millon Clinical Multiaxial Inventory—III [Manual Third Edition]*. Reseñas de test, Universidad de Nebraska Lincoln. Recuperado el 2018
- Bustamante, C. (2011). Aproximación al muestreo estadístico en investigaciones científicas. *Revista de actualización clínica*, 10, 476-480. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v10/v10_a06.pdf

- Caballo, V. E., Guillén, J. L., & Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 3(40), 319-327. Recuperado el 2019, de <https://psycnet.apa.org/record/2011-25930-006>
- Cáceres, D. F. (2011). *Incidencia de la condición social, económica y cultural de las familias en el logro del rendimiento académico en el área de las ciencias sociales de alumnos de noveno grado del Instituto Tecnico 21 de Febrero durante el año 2010*. Tesis para optar al título de máster, Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, Maestría en Investigación Educativa, Tegucigalpa. Recuperado el Septiembre de 2017
- Camarillo, L. (2015). *Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas*. Tesis doctoral, Madrid.
- Camoriano, G., & Rivera, E. L. (1981). *Normalización del Test de Habilidades Mentales Primarias de Thurstone en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, Carrera de Psicología, Tegucigalpa.
- Caparrós, B., & Villar, E. (2013). Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) and Communication Styles in a Sample of University Students. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-12. doi:10.1017/sjp.2013.85
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Carmenate, L., Herrera, A., & Ramos, D. (2016). Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. *Archivos de Medicina*, XII(4), 1-10. doi:10.3823/1333
- Carrasco, Á. (2003). *Tripod*. Recuperado el 30 de Abril de 2020, de <http://aathosc.tripod.com/PuntajeZ22.htm>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1997). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.). Naualcapan de Juárez, México: Prentice Hall. Recuperado el 2018
- Castaño, G., & Sierra, G. (2016). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 108-117.

- Castejón, M., & Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 36(1), 64-73.
- Central Test. (2013). *El libro blanco de la evaluación psicométrica. Todo lo que debe saber sobre la evaluación RR.HH.* Central Test.
- Cerda, J., & Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico-prácticos. *Revista chilena de infectología*, 29(2), 138-141. Recuperado el 2019, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200003
- Chacón, E. (2013). *Validez diagnóstica de las escalas de los trastornos depresivos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon.* Tesis doctoral, Madrid.
- Chirinos, A., Munguía, A., Lagos, A., Salgado, J., Reyes, A., Padgett, D., & Donaire, I. (2002). Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista Médica Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 7(1), 42-48. Recuperado el 2017
- Colegio de Psicólogos de Honduras COPSIH. (2011). *Ley Orgánica y Reglamentos del Colegio de Psicólogos de Honduras.* Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras: Escuela Superior del Profesorado.
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH. (2014). *Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en Honduras.* Tegucigalpa.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (Tercera ed.). México D.F., México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado el Octubre de 2017
- Cortada, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 229-240.
- Del Valle, A. (2017). *Curvas ROC (Receiver-Operating-Characteristic) y sus aplicaciones.* Trabajo Final de Grado , Universidad de Sevilla, Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Sevilla.

- Díaz, A. G. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior*. Tesis doctoral, Universidad de San Martín de Porres, Escuela Profesional de Psicología, sección de postgrado, Lima. Recuperado el Octubre de 2017
- Dolcet i, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores (el TCI-R y el ZKPQ-50-CC)*. Tesis doctoral, Universidad de Lleida, Departamento de Pedagogía y Psicología. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
- Donaire, V. M. (2001). *Historia de la Psicología en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras: Graficentro Editores.
- Dresch, V., Sánchez, M. D., & Aparicio, M. E. (2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Brasil. *RIDEP*, 9-29.
- Elosua, P. (2012). Tests publicados en España: usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 12-21.
- Elosua, P., & Geisinger, K. (2016). Cuarta evaluación de tests editados en España: Forma y fondo. *Papeles del Psicólogo*, 81-88.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 35(3), 255-264. Recuperado el 2018, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Espinoza, E., & Sosa, C. (2012). Psiquiatría, ética e investigación en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 80(1), 30-32.
- Esteban, C., Calatayud, C., Ozcoidi, M., Sanchis, M. V., & Asencio, F. (2012). *ABEPSICO: Actualización de los baremos de la evaluación de variables psicomotoras reguladas en el Anexo IV del Reglamento General de Conductores (II.2.A)*. Proyecto, D.G.T. Recuperado el 2017, de <http://www.dgt.es/es/la-dgt/centro-de-documentacion/estudios-e-informes/2012/informe-abepsico.shtml>

- Estrada, J. M. (2016). *El índice de Youden y su aplicación a la determinación del punto de corte en un test cuantitativo*. Universidad de Granada, Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Granada. Recuperado el 2019
- Etcherves, M. (2003). Editorial Paidós. *Baremos del Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Fajardo, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México*, 64(1), 109-120. doi:10.29262
- Feijó, M., Kohn, R., Mari, J. d., Andrade, L. H., Almeida-Filho, N., Blay, S. L., . . . Feijó Mello, A. (2009). La epidemiología de los trastornos mentales en Brasil. (J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, Edits.) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*(632), 101-117. Recuperado el 2017
- Fernández, S. (2015). *Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Barcelona.
- Ferrer, A., Londoño, N., Alvarez, G., Arango, L., Calle, H., Cataño, C., . . . Peláez, I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquía*, 7(1), 73-96. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280334>
- Flores, M. (Marzo de 2017). Los migrantes hondureños en los nuevos tiempos. Tegucigalpa, Honduras: |. Recuperado el 15 de abril de 2019, de ResearchGate.
- Fondo de las Naciones Unidas para infancia UNICEF. (2015). *Análisis de situación de la niñez y adolescencia en Honduras*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2018). La infancia en peligro. *Desarraigados en Centro América y México*.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Quinta evaluación de tests editados en España: mirando hacia atrás construyendo el futuro. *Papeles de Psicólogo*, 38(3).
- Forns, M., & Canalda, G. (2012). *Personalidad y afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario y*

- consumidores de drogas*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Barcelona. Recuperado el 2018
- Frager, R., & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad* (Sexta ed.). México D.F., México: Alfaomega Grupo Editor S.A.
- Galimberti, M. (2012). Los trastornos de personalidad y su tratamiento psicológico desde el modelo integrativo de Millon. Recuperado el 21 de Abril de 2019
- García, A. (2013). *Personalidad según el modelo psicobiológico de Cloninger, perfil psicopatológico en pacientes con fibromialgia, y su relación con el malestar psicológico*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Barcelona.
- García, E., Rodríguez, C., Martín, R., Jiménez, J., Hernández, S., & Díaz, A. (2012). Test de Fluidez Verbal: datos normativos y desarrollo evolutivo en el alumnado de primaria. *European Journal of Education and Psychology* , 5(1), 53-64.
- Giner, M. (2011). *Personalidad y psicopatología en el trastorno por atracón*. Tesis doctoral, Universidad Internacional de Catalunya, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Barcelona.
- Gobierno de la República de Honduras. (2016). *Presupuesto ciudadano: Ejercicio fiscal 2017*. Secretaría de Finanzas de Honduras. Recuperado el 2017, de http://www.sefin.gob.hn/?page_id=23545
- Gómez-Benito, J., & Hidalgo-Montesinos, M. (2003). Desarrollos recientes de la psicometría. *Avances en Medición*, 1(1), 17-36.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado el 2018
- González, K., Gaspar, P., Luengo, S., & Amigo, Y. (2014). Salud mental en estudiantes de la carrera de psicología. Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Integración Académica en Psicología*, 2(6), 35-43.
- González, L. (2011). *Trastornos de personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Tesis doctoral, Universidad

Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Madrid.

- González, P. (2009). *Régimen jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental*. Madrid, España: Editorial Reus, S.A.
- González, P. (2015). *Evaluación clínica de la personalidad del drogodependiente a través del MMPI-2*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Salamanca.
- Gorostegui, M. (2010). *Adaptación de un instrumento de evaluación de autoestima para adolescentes: el desafío para la psicometría*. Tesis doctoral, Universidad Academia del Humanismo Cristiano, Programa Doctorado en Educación.
- Gramunt, N. (2008). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento*. Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- Gross, R. D. (2012). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta* (Quinta ed.). (M. Gómez, Ed.) México, D.F., México: El Manual Moderno.
- Hernández, M., Sousa, L., & López, J. (2016). *Hondura: Desatando el potencial económico para mayores oportunidades. Diagnóstico sistemático de país-resumen Banco Mundial*. Washington, DC.
- Hernández, R. (2003). *Estudio sobre la educación para la población rural en Honduras*. Tegucigalpa.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill Education. Recuperado el Septiembre de 2017
- Herrero, J. (2007). Psicosinergia en Millon: del modelo biopsicosocial al modelo ecológico. *SUMMA Psicológica UST*, 4(2), 99-105.
- Holliman, N., & Guthrie, P. (Mayo de 1989). A comparison of the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the California Psychological Inventory in assessment of a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 373-382. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097->

4679%28198905%2945%3A3%3C373%3A%3AAID-
JCLP2270450305%3E3.0.CO%3B2-R

IESM-OMS. (2008). *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras* .

Instituto Nacional de Estadística, INE. (2015). *INE Honduras*. Recuperado el 2017, de http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=100

Jiménez, C. (2015). Operacionalización de variables. México.

Jones, L., & Thissen, D. (2007). A history and overview of psychometrics. En C. Rao, & S. Sinharay, *Handbook os statistics 26. Psychometrics* (págs. 1-28). Elsevier B.V.

Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales* (Vol. 1). Barcelona, España: Ediciones Paidós. Recuperado el 2017

Ledezma, L. (2011). Puntuaciones relacionadas con las normas. *Psicología - segunda época*, 3(1), 107-143. Recuperado el 2019

Lenhard, A., Lenhard, W., Suggate, S., & Segerer, R. (2018). A continuous solution to the norming problem. *Assessment*, 25(1), 112-125.

León, R. (2009). La contribución de Reynaldo Alarcón al desarrollo y fortalecimiento de la psicometría en Perú. *Revista de Investigación en Psicología*, 239-250.

Lindsay, G. (2009). Ética profesional y psicología. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Redalyc*, 30(3), 184-194. Recuperado el 2017

López, A. (2002). *El flagelo de la pobreza en Honduras y su impacto en la infancia, adolescencia y familia*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto de Investigaciones Económicas, Tegucigalpa.

López, L. (2015). *Valoración psicométrica de la versión española de la Escala de Agresión Impulsiva y Premeditada (IPAS)*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica), Madrid.

- Lotito, F. (2015). Tests psicológicos y entrevistas: usos y aplicaciones claves en el proceso de selección e integración de personas a las empresas. *RAN. Revista Académica & Negocios*, 1(2), 79-90.
- Magallón, E. (2012). *Personalidad y afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario y consumidores de drogas*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona , Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Barcelona. Recuperado el 2018
- Martínez, A. (2008). Manual para la elaboración de Investigaciones educativas. La Paz, Bolivia.
- Matamoras, D. (2014). Fundamentos de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa. (E. M. Fuentes Mendoza, Entrevistador) Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras.
- Matamoras, D., Moncada, G., & Rivera, I. (2014). Uso de pruebas psicológicas en Honduras por psicólogos. *Ciencia y Tecnología*, 71-93.
- Mellides, A. (2015). *Personalidad y destrezas lingüísticas*. Tesis doctoral, Universidad Rey Juan Carlos, Departamento de Ciencias de la Educación, el Lenguaje, la Cultura y las Artes, Ciencias Histórico-Jurídicas y Humanísticas y Lenguas Modernas, Madrid.
- MEN, UNFPA, PNUD, & UNICEF. (2016). Ambientes escolares libres de discriminación. Orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas en la escuela. Aspectos para la reflexión. Bogotá, Colombia. Recuperado el 2018
- Mendoza, L. (2016). Baremos del test de aptitudes mentales primarias para universitarios hondureños. *Revista Ciencia y Tecnología*, 19, 198-227.
- Mias, C. (2018). *Metodología de investigación estadística aplicada e instrumentos en neuropsicología. Guía practica para investigación*. Córdoba : Encuentro Grupo Editor.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (Segunda ed.). Barcelona, España: Masson S.A. Recuperado el 2018
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más Allá del DSM IV* (Segunda ed.). Barcelona, España: Masson.

- Millon, T., Everly, G., & Davis, R. (1995). *¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a través de los trastornos de la personalidad*. Madrid, España.
- Millon, T., Millon, C., & Davis, R. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, MCMI-III*. Madrid, España: TEA Ediciones. Recuperado el Septiembre de 2017
- Millon, T., Millon, C., Meagher, S., Grossman, S., & Rammath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Molina, M. (2015). *AnestesiaR*. Recuperado el 10 de enero de 2020, de <https://anestesar.org/2015/no-todo-es-normal-manejo-de-datos-no-normales/>
- Molina-Ruiz, R., Alberdi-Páramo, Í., de Castro, M., Gutiérrez, N., Carrasco, J., & Díaz-Marsá, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120.
- Molinero, L. (2003). *Sociedad Española de Hipertensión*. Recuperado el 22 de marzo de 2020, de <https://www.seh-lelha.org/bondad-de-ajuste-a-una-norma>
- Monge, C., Montalvo, D., & Gómez, P. (2015). Los conocimientos sobre rasgos de personalidad del profesorado como facilitadores de la innovación educativa. Estado del arte. *Revista Fuentes*(16), 173-198.
- Monroy, Z., & Álvarez, G. (2013). Historia de la psicología. *Textos de apoyo didáctico*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. Recuperado el 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
- Montero, R. (2016). *Modelos de regresión lineal múltiple. Documentos de trabajo en economía aplicada*. Granada, España.
- Montes, S. (2008). *Contribuciones de la perspectiva evolucionista a la investigación de la personalidad*. Documento, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires.

- Morales, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *INTERDISCIPLINARIA. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 20(1), 61-74.
- Morales, M. (2009). *Psicometría aplicada* (Segunda ed.). México: Trillas.
- Mosquera, L. (2013). *Validación del test psicométrico de personalidad Big Five, caso de estudio aplicado en una empresa de servicio del sector público*. Tesis de grado, Universidad Andina Simón Bolívar, Área de Gestión.
- Mota, I. (2015). *Perfil de personalidad en una muestra de sujetos en tratamiento psicológico por trastorno por uso de sustancias. Un estudio longitudinal*. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Sevilla. Recuperado el 2018
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16.
- Muñiz, J., Hernández, A., & Fernández-Herminda, J. (2020). Utilización de los test en España. *Papeles del psicólogo*, 41(1), 1-15.
- Muñoz, P. C., & González, M. (2010). Estudio cuantitativo sobre el uso docente de herramientas teeformativas en el ámbito de la programación y bases de datos. *EDUTEC. Revista electrónica de tecnología educativa*(32), 1-23. Recuperado el Septiembre de 2017
- Nicolas, G., & Martínez, G. (2015). Evaluación de las prácticas en la psicología clínica dominicana. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 41-53.
- Ordoñez, X. G. (2011). *Propiedades de algunos estadísticos empleados para la detección de copia de respuestas en la medición educativa*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, Madrid. Recuperado el 2019
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en Honduras. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Honduras utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS (IESM-OMS)* . Tegucigalpa.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Ediciones de la OMS. Recuperado el 2018, de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (s.f.). OMS. Recuperado el 2017, de <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2009). *Perfil de los sistemas de salud Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2015). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Cerezo, M. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49-59.
- Osorio, B. R., & Guzmán, R. E. (1982). *Estandarización del Test de Matrices Progresivas, escala especial para niños de J. C. Raven en escolares*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, Departamento de Psicología, Tegucigalpa.
- Oyuela, R., & Ramírez, J. P. (2010). Prueba piloto para realizar la estandarización y normalización de la subprueba Expert System Aviation Test para la aviación civil Colombia. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Paredes, O. (2019). *Modelos aditivos y su implementación en R*. Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid, Facultad de Ciencias.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles, A., Basteiro, J., & García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas*

- Psychologica*, 14(1), 15-24. Recuperado el 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64739086029.pdf>
- Pérez, S. (2015). *Estimación de la curva de ROC acumulativa / dinámica*. Tesis magistral, Universidad de Oviedo, Facultad de ciencias, Oviedo. Recuperado el 2019
- Pérez-García, A., & Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la personalidad: Unidades de análisis. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. Ruiz, P. Sanjuán, & B. Rueda, *Psicología de la personalidad*. Madrid, España: UNED.
- Poder Judicial de Honduras. (20 de Enero de 1982). Constitución de la República de Honduras. *Constitución Política*. Honduras: La Gaceta. Recuperado el 2017, de <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/ConstitucionRepublicaHonduras.pdf>
- Prieto, G., & Delgado, A. (2010). Confiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2015). *PNUD*. Recuperado el 2017, de <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/countryinfo.html>
- Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2017). *Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD*. Obtenido de <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/countryinfo.html>
- Quiroga, E., & Fuentes, J. (2003). El significado psicológico y metapsicológico de los modelos biosocial y evolucionista de Theodore Millon. *Psicothema*, 15(2), 190-196.
- Ramos, L. (2016). Reseña del libro Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud por L. Livia & M. Ortiz. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 92-94.
- Rdz-Navarro, K., & Vinet, E. (2014). Desarrollos relevantes en evaluación psicológica y psicometría. *Revista de Psicología*, 23(1), 1-2.
- Real Academia Española, RAE. (2017). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 2018, de <http://dle.rae.es/?id=VioIAfG>

- Redhonduras. (1 de Julio de 2001). *Redhonduras*. Recuperado el 04 de 2017, de <https://redhonduras.com/historia-de-la-psicologia-en-honduras/>
- República de Honduras. (17 de Enero de 1983). Decreto 129. *La Gaceta. Diario Oficial de la República de Honduras*(23.912), pág. 1.
- Revelo, J. (2013). *Análisis psicométrico de una prueba prototipo de personalidad COOP-A (Cuestionario ocupacional pentafactorial de la personalidad) para la población ecuatoriana*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito.
- Rivera, D. (2020). *Métodos de baremación de pruebas neuropsicológicas en español y su impacto en la clínica*. Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España. Recuperado el 30 de abril de 2020, de <https://aulavirtual.neuropsychologylearning.com/playback/presentation/2.0/playback.html?meetingId=c4fa8025ee412f8f99d922805e2fa572653f7a7c-1587483147136>
- Rivera, D., Cadavid, N., Gutiérrez-Hernández, C., Calderón, J., De los Reyes, C., & Arango, J. (2019). Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins-Revisado (HVL-R). Datos normativos basados en regresiones múltiples para población colombiana. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 2(2), 69-81.
- Rivera, D., Morlett, A., & Arango, J. (2019). *Neuropsicología y analfabetismo*. México: El Manual Moderno.
- Rivera, M. (1981). *Normalización del Test de Matrices Progresivas Raven, escala general en estudiantes de educación secundaria de la zona central de Honduras*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, Carrera de Psicología, Tegucigalpa.
- Rodrigues, H., Carcahlo, K., Archieri, J., de Araujo, E., & Nascimento, J. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *J Bras Psiquiatr.*, 60(1), 34-39.
- Rodríguez, A., & Bernhard, G. (1982). *Normalización de la Escala de Inteligencia Wechsler para niños en sujetos del Distrito Central*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Carrera de Psicología, Tegucigalpa.

- Rodríguez, M. J. (2002). *Estrés y psicopatología en población normal, trastornos médico-funcionales y enfermos psiquiátricos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Madrid. Recuperado el 2019, de <https://eprints.ucm.es/3050/>
- Rodríguez-Jiménez, O., Rosero-Burbano, R., Botia, M., & Duarte, L. (2011). Producción de conocimiento en psicometría en Instituciones de educación superior de Bogotá y Chía. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 9-25.
- Rojas, M. (2016). *Análisis correlacional entre el síndrome de burnout y el tipo de personalidad en el personal de una institución pública, atendido en el Centro de Atención Ambulatorio 302, Cuenca*. Tesis de grado, Universidad del Azuay, Departamento de Posgrado, Cuenca.
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud Mental*, 235-236.
- Rosi, G., & Derksen, J. (2015). International adaptations of the Millon Clinical Multiaxial Inventory: construct validity and clinical applications. *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 572-590.
- Ruiz, J. (2012). Introducción a los trastornos de la personalidad desde la psicología de la personalidad. En J. Bermúdez Moreno, A. Pérez-García, J. Ruiz Caballero, P. Sanjuán Suárez, & B. Rueda Laffond, *Psicología de la personalidad*. Madrid, España: UNED.
- Ruiz, J., Pedrero, E., Olivar, Á., LLanero, M., Rojo, G., & Puerta, C. (2010). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones*, 22(3), 233-243. Recuperado el 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2891/289122897007/>
- Said, A., Sartori, M., Gillet, S., & López, M. (2014). Relevancia del inventario clínico multiaxial de Millon en el diagnóstico y evaluación de los trastornos de la personalidad. *Trastornos de la Personalidad, Diagnóstico, MCMI*, (págs. 1-12). Buenos Aires.

- Salamanca, Y., Vega, A. M., & Niño, S. L. (2014). Relación entre patrones de personalidad patológica y ansiedad en estudiantes de psicología. *Psicología desde El Caribe*, 435-454.
- Salinas, A., Pérez, R., & Ávila, L. (2006). Modelos de regresión para variables expresadas como una proporción continua. *Salud Pública de México*, 8(45). Recuperado el 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500006
- Sánchez, C. (2016). *Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II (Psicología Diferencial y del Trabajo), Madrid.
- Sanchez, M. D., Thorne, C., Martínez, P., Niño, I., & Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 27-53.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2013). Listado de adjetivos para evaluar personalidad: propiedades y normas para una población argentina. *Clínica Psicológica*, 22(2), 147-160. Recuperado el 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2819/281931436007/>
- Sanjuan, P. (2011). Investigación en personalidad: métodos y estrategias de análisis. En J. Bermúdez Moreno, A. M. Pérez García, J. A. Ruiz Caballero, P. Sanjuan Suárez, & B. Rueda Laffond, *Psicología de la Personalidad*. Madrid, España: UNED.
- Sarráis, F. (2016). *Psicopatología*. Pamplona, España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. EUNSA.
- Schulmeyer, M., López, G., & Ortuño, A. (2013). Formación e investigación psicométrica en Bolivia. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 123-129.
- Secretaria de Salud. (2004). Política Nacional de Salud Mental 2004-2021. Tegucigalpa, Honduras.

- Secretaría de Salud. (2005). Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría de Salud de Honduras. (2012). Modelo Nacional de Salud de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Recuperado el 2017
- Secretaría de Salud Pública. (Enero de 2014). Política Nacional de Salud Mental 2004-2021. Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría Ejecutiva de Desarrollo Institucional UNAH. (2019). *Portal de Estadística UNAH*. Obtenido de <https://estadistica.unah.edu.hn/sistema-estadistico/matricula/2019>
- Souci, M., & Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del Millon Clinical Multiaxial Inventory - III en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad*, 168-184.
- Swets, J. (1988). Measuring the Accuracy of Diagnostic Systems. *Science*, 240(4857), 285-1293.
- Thorndike, R., & Hagen, E. (2006). *Medición y evaluación en psicología y educación* (Segunda ed.). México: Trillas.
- Toro, R., Nieto, T., Mayorga, N., & Montaña, L. (2013). Ansiedad clínica, instrumentos de auto-reporte más usados en población adulta. *Vanguardia Psicológica*, 3(2), 173-183.
- Torres, A. (2010). *Curvas ROC para Datos de Supervivencia. Aplicación a datos biométricos*. Tesis magistral, Universidad de Santiago de Compostela, Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Galicia. Recuperado el 2019
- Torres, J. (2014). *Normalización del Test de Personalidad 16 PF de Cattell en estudiantes del nivel superior de una institución pública del Estado de México*. Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca.
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.
- Tribunal de Honor, Colegio de Psicólogos de Honduras. (2016). Código de ética profesional del Psicólogo en la República de Honduras. Francisco Morazán, Honduras.

Unidad de Investigación Facultad de Ciencias Médicas UNAH. (s.f.). Discapacidad. Taller 2. *Operacionalización de variables*. Tegucigalpa, Honduras.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH. (2015). *Plan de estudios de la Carrera de Psicometría y Evaluación Educativa en el grado académico de Maestría*. Plan de estudios, UNAH, Escuela de Ciencias Psicológicas, Tegucigalpa.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH. (2017). *Portal UNAH*. Obtenido de <https://cienciassociales.unah.edu.hn/carreras/carrera-de-psicologia/perfil-profesional/>

Uriarte, V. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatología*. México D F: Editorial Alfil, S. A.

Velásquez, C. e. (2016). Personalidad y satisfacción por áreas vitales en estudiantes de psicología de una universidad pública de Lima. *Revista IIPSI*, 19(1), 81-97.

Vera-Villaruel, P., López-López, W., Silva, L., & Lillo, S. (2010). La producción científica en psicología latinoamericana: Un análisis de la investigación por países. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 95-104.

Vila, R., Torrado, M., & Reguant, M. (2019). Análisis de regresión lineal múltiple con SPSS: un ejemplo práctico. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1–10.

Vinet, E. (2010). Relativismo cultural del modelo de personalidad de Millon en América Latina: un estudio con adolescentes. *Interdisciplinaria*, 27(1), 23-40. Recuperado el 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272010000100003&script=sci_abstract

Vinet, E. V., & Forns, M. (2006). El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *PSYKHE*, 15(2), 69-80. doi:10.4067/S0718-222820060002000313

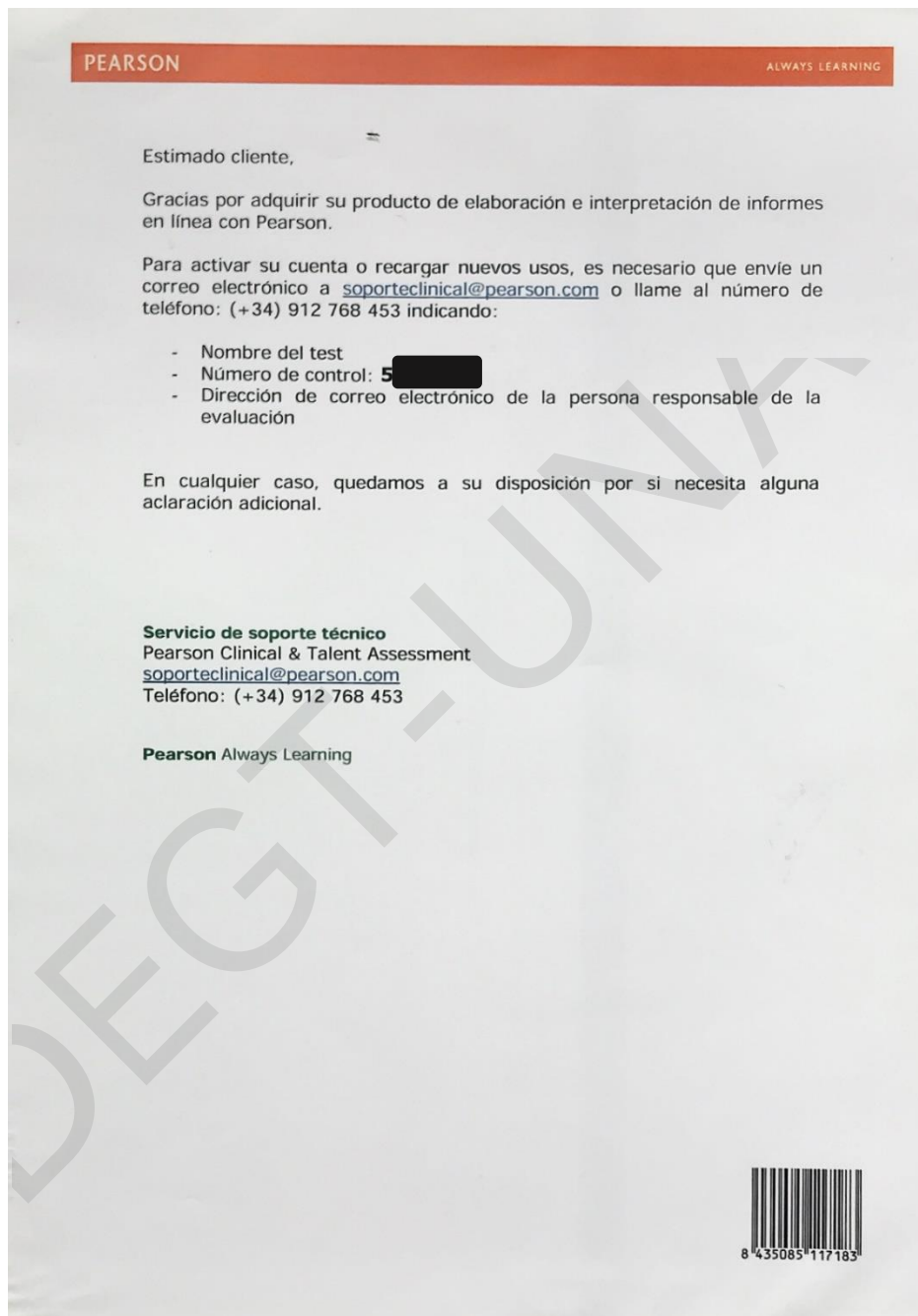
Vinet, E., & González, N. (2013). Desarrollos actuales y desafíos futuros en la evaluación psicológica en Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Psicológicas*, 134-138.

Viruela, A. (2013). *Desarrollo de la personalidad: estabilidad y cambio desde el inicio de la adolescencia al inicio de la etapa adulta*. Tesis doctoral, Universidad Jaume I, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Castellón de la Plana. Recuperado el 2019

- Wise, E., & Streiner, D. (2010). A comparison of the Millon behavioral medical diagnostic and Millon behavioral health inventory with medical populations. *Journal of Clinical Psychology*, 1281-1291.
- Yanai, H., & Ichikawa, M. (2007). Factor Analysis. En C. Rao, & S. Sinharay, *Handbook of Statistics* (Vol. 26, págs. 257-296). North Holland, Holanda: Elsevier B.V.
doi:10.1016/S0169-7161(06)26009-7
- Zúniga, Y. L., & Escher, A. (1983). *Normalización del Test Evolutivo de Integración Visomotora*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, Carrera de Psicología, Tegucigalpa.
- Zweig, M. H., & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39(4), 561-577.
Recuperado el 2019, de <http://clinchem.aaccjnls.org/content/39/4/561.long>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento



****Se borra el número control pues es la clave de acceso personal a la plataforma asignada por Pearson al momento de la compra.**



MCMI-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

- ① Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- ② Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- ③ Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- ④ No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- ⑤ A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UNA "X" EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UNA "X" EL ESPACIO** de la letra "F" (Falso). Así:

1 Soy un ser humano 1. ☒ V ☐ F

Como esta frase es verdadera para Vd., se ha tachado el espacio de la letra "V" (Verdadero).

2 Mido más de tres metros 2. ☐ V ☒ F

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra "F" (Falso).

- ⑥ Procure responder a todas las frases aunque **no esté totalmente seguro**. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra "F" (Falso).
- ⑦ Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- ⑧ 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.

Autor: Theodore Millon. - Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez. - Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, Copyright © 1997 DICANDRIEN, INC.
Copyright de la edición española © 2007, 2009 DICANDRIEN, INC. Todos derechos reservados. Reimpreso 2011 (por Pearson Educación, S.A).

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonclinical.es

PsychCorp

130



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = Verdadero; F = Falso)
que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

PEARSON

PsychCorp



Anexo 2. Solicitudes de apoyo a diferentes entes

 **UNA**
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

 **MAESTRÍA EN
PSICOMETRÍA Y
EVALUACIÓN EDUCATIVA**

cienciasociales.unah.edu.hn
mpse@unah.edu.hn
Tel: (504) 2216-6100 Ext. 100470

Oficio No. MPSE-05-2019
6 de febrero de 2019

Doctor
Alex Virgilio Santos Moreno
Director Instituto Hondureño para la prevención del alcoholismo,
drogadicción y farmacodependencia (IHADFA)
Ciudad

Distinguido señor Director:

De la manera más atenta nos dirigimos a Usted con todo respeto a fin de solicitar su valioso apoyo en el sentido de autorizar a la estudiante de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa de la UNAH, Licenciada Eliana María Fuentes Mendoza para que pueda administrar en las instalaciones del CAI-IHADFA (en las fechas que usted estime pertinentes) el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, MCMI-III para la evaluación de la personalidad de los pacientes atendidos en el Centro de Atención Integral.

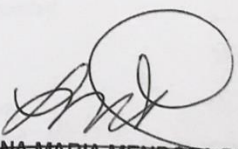
El objetivo de dicha solicitud es la recolección de datos para la normalización del inventario para la población hondureña como parte del trabajo de tesis de la estudiante Fuentes garantizando la total confidencialidad del caso.

Nos comprometemos en hacer la devolución de los resultados de cada paciente y compartir el estudio con los funcionarios de ese prestigioso instituto.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Sin otro particular, le saludamos

Atentamente,


MSc. LINA MARIA MENDOZA RECARTE
Coordinadora Académica
Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa


COORDINACIÓN



 Archivo

Universidad Nacional Autónoma de Honduras | CIUDAD UNIVERSITARIA | Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A. | www.unah.edu.hn



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

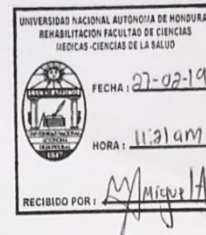


**MAESTRÍA EN
PSICOMETRÍA Y
EVALUACIÓN EDUCATIVA**

cienciasociales.unah.edu.hn
mpse@unah.edu.hn
Tel: (504) 2216-6100 Ext. 100470

Oficio No. MPSE-22-2019
20 de febrero de 2019

Máster
Ethel Maldonado
Coordinadora Académica Carrera de Terapia Funcional
Ciudad



Estimada Master Maldonado:

De la manera más atenta nos dirigimos a Usted con todo respeto a fin de solicitar su valioso apoyo en el sentido de autorizar a la estudiante de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa de la UNAH, Licenciada Eliana María Fuentes Mendoza para que pueda administrar (en las fechas y horas que usted estime pertinentes) el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, MCMI-III para la evaluación de la personalidad de los estudiantes de la Carrera de Terapia Funcional.

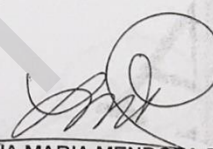
El objetivo de dicha solicitud es la recolección de datos para la normalización del inventario para la población hondureña como parte del trabajo de tesis de la estudiante Fuentes garantizando la total confidencialidad del caso.

Nos comprometemos en hacer la devolución de los resultados de cada estudiante y compartir el estudio con funcionarios de esa prestigiosa carrera.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Sin otro particular, le saludamos

Atentamente,


MSc. LINA MARIA MENDOZA RECARTE
Coordinadora Académica
Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa



 Archivo



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



**MAESTRÍA EN
PSICOMETRÍA Y
EVALUACIÓN EDUCATIVA**

cienciasociales.unah.edu.hn
mpse@unah.edu.hn
Tel: (504) 2216-6100 Ext. 100470

Oficio MPSE No. 044-2019
27 de marzo de 2019

Doctor
Marvin Macedo
Director General
Hospital Psiquiátrico Santa Rosita
Su Oficina

Distinguido Señor Director:

De la manera más atenta nos dirigimos a Usted con todo respeto a fin de solicitar su valioso apoyo en el sentido de autorizar a la estudiante de la Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa de la UNAH, Licenciada Eliana María Fuentes Mendoza y su equipo de colaboradores para que pueda administrar en las instalaciones de ese hospital (en las fechas que usted estime pertinentes) el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, MCMI-III para la evaluación de la personalidad de los pacientes ahí atendidos.

El objetivo de dicha solicitud es la recolección de datos para la normalización del inventario para la población hondureña como parte del trabajo de tesis de la estudiante Fuentes garantizando la total confidencialidad del caso.

Nos comprometemos en hacer la devolución de los resultados de cada paciente y compartir el estudio con los funcionarios de ese prestigioso centro hospitalario.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Sin otro particular, le saludamos

Atentamente,


MSc. LINA MARIA MENDOZA RECARTE
Coordinadora Académica
Maestría en Psicometría y Evaluación Educativa



: Archivo

Anexo 3. Consentimiento informado



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



**MAESTRÍA EN
PSICOMETRÍA Y
EVALUACIÓN EDUCATIVA**

cienciasociales.unah.edu.hn
mpse@unah.edu.hn
Tel: (504) 2216-6100 Ext. 100470

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Normalización del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

El propósito de este documento llamado **consentimiento informado** es explicar claramente a los participantes de esta investigación acerca de cuál será su papel en este proceso, advertir en qué consiste el estudio y obtener el consentimiento para incluirlo como participante.

La presente investigación está dirigida por la Licenciada en Psicología Eliana Maria Fuentes Mendoza, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH.

El propósito del estudio es obtener los datos normativos correspondientes específicamente a la población hondureña para el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III con el fin de que los psicólogos cuenten con una herramienta que garantice un diagnóstico más acertado dentro de la práctica clínica.

Te hemos seleccionado para participar en este estudio. Si estás de acuerdo en ser parte de esta investigación serás tratado por especialistas en psicología y en educación y se te pedirá participar en las siguientes actividades: responder al inventario antes mencionado lo cual tardará aproximadamente 30 minutos.

Tu participación es **totalmente voluntaria** y la información recolectada será confidencial, no se usará para ningún otro fin que no sea esta investigación, tus respuestas serán agrupadas usando una codificación, de modo que lo que contestes será anónimo. Al finalizar el estudio puedes preguntar sobre los resultados que obtuviste.

Si no deseas participar en este estudio, no tienes que hacerlo, recuerda, ser parte de este estudio es voluntario y nadie se va a molestar porque no participes o si cambias de opinión después y deseas retirarte.

Esta investigación no representa ningún riesgo ético, moral, emocional o físico, pero debes considerar que te puedes sentir un poco ansioso, así que es posible que sientas algo de fatiga al finalizar. Sin embargo, el investigador está capacitado para reducir mediante técnicas de relajación la ansiedad que se te pueda causar.

Los participantes no recibirán ningún pago económico o material, ni ningún beneficio adicional.

Si tienes alguna duda puede hacer las consultas pertinentes en cualquier momento durante tu participación en él. De igual modo si lo consideras perjudicial en algún momento puedes retirarte del estudio. Si alguna de las preguntas te resulta incómoda, puedes manifestarlo o no responder la pregunta.

Gracias por participar.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras | CIUDAD UNIVERSITARIA | Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A. | www.unah.edu.hn

1



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



**MAESTRÍA EN
PSICOMETRÍA Y
EVALUACIÓN EDUCATIVA**

cienciasociales.unah.edu.hn
mpse@unah.edu.hn
Tel: (504) 2216-6100 Ext. 100470

Manifiesto estar de acuerdo en participar en la investigación llamada: Normalización del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III dirigida por la Licenciada en Psicología Eliana María Fuentes Mendoza y cuyo propósito es obtener los datos normativos correspondientes específicamente a la población hondureña para el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III con el fin de que los psicólogos cuenten con una herramienta que garantice un diagnóstico más acertado dentro de la práctica clínica.

Indico que se me ha informado que mi participación en este proceso consiste en responder a un inventario clínico de personalidad y ello tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Todo cuanto haga en esta participación no conlleva ningún riesgo ético, moral, emocional o físico para mi persona.

Entiendo que la información que aporte para este estudio es confidencial, que no se utilizará para ningún otro propósito. Se me ha informado de mi derecho de hacer las consultas pertinentes, así como de retirarme o de no responder si considero que lo que se me plantea puede perjudicarme en alguna forma.

He sido informado de que no recibiré retribución económica o material, ni ningún beneficio adicional por esta participación.

Se me ha informado que una copia de este documento que yo firme me será entregada y que al finalizar el estudio puedo preguntar sobre los resultados del mismo. Ante cualquier consulta, comprendo que puedo contactar a la Licenciada Eliana María Fuentes Mendoza por el siguiente medio eliunah@gmail.com

A.C

Iniciales del Participante
(En letras imprenta)

Firma del Participante

Lugar y Fecha

1-04-2019 *Harold Espinal de Rosales*

Anexo 4. Hoja de respuestas

(40466)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Psicológicas
MAESTRÍA EN PSICOMETRÍA Y EVALUACIÓN EDUCATIVA

Dra. Portillo

Fecha de hoy: 13-5-19 Lugar de aplicación: Hospital de día M.M.
Expediente: 137 143 Fecha de nacimiento: 31 Agosto 1975
Edad: 43 Sexo: F Ciudad donde nació: Tegucigalpa, M.D.C.
Dirección actual: Col. 14 de Marzo, calle principal, casa. 1802

ESTADO CIVIL

☐ Soltero ☐ Divorciado
☐ Casado en 1er matrimonio ☒ Unión libre
☐ Casado en 2do matrimonio o más ☐ Viudo
☐ Separado

Escolaridad: Perito Mercantil

Indique con los números 1 y 2 sus dos principales problemas

☐ Matrimonial o familiar	☐ Alcohol
☐ Confianza en sí mismo	☐ Drogas
☐ Trabajo, estudios o empleo	☒ 1 Problemas mentales
☒ 2 Cansancio o enfermedad	☐ Conducta antisocial
☐ Soledad	Otros

Diagnóstico T. Bipolar. F41.2
Aproximadamente cuando recibió el diagnóstico 6 años

Hora de inicio: 7:55 am
Hora final: 8:19 am



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = Verdadero; F = Falso)
que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1 ☒ V ☐ F	26 ☒ V ☐ F	51 ☒ V ☐ F	76 ☐ V ☒ F	101 ☐ V ☒ F	126 ☒ V ☐ F	151 ☒ V ☐ F
2 ☒ V ☐ F	27 ☒ V ☐ F	52 ☐ V ☒ F	77 ☐ V ☒ F	102 ☒ V ☐ F	127 ☒ V ☐ F	152 ☐ V ☒ F
3 ☒ V ☐ F	28 ☐ V ☒ F	53 ☒ V ☐ F	78 ☒ V ☐ F	103 ☒ V ☐ F	128 ☒ V ☐ F	153 ☒ V ☐ F
4 ☒ V ☐ F	29 ☒ V ☐ F	54 ☒ V ☐ F	79 ☐ V ☒ F	104 ☒ V ☐ F	129 ☒ V ☐ F	154 ☒ V ☐ F
5 ☐ V ☒ F	30 ☐ V ☒ F	55 ☒ V ☐ F	80 ☒ V ☐ F	105 ☒ V ☐ F	130 ☒ V ☐ F	155 ☐ V ☒ F
6 ☒ V ☐ F	31 ☒ V ☐ F	56 ☒ V ☐ F	81 ☒ V ☐ F	106 ☒ V ☐ F	131 ☒ V ☐ F	156 ☒ V ☐ F
7 ☒ V ☐ F	32 ☒ V ☐ F	57 ☒ V ☐ F	82 ☒ V ☐ F	107 ☒ V ☐ F	132 ☒ V ☐ F	157 ☐ V ☒ F
8 ☒ V ☐ F	33 ☒ V ☐ F	58 ☒ V ☐ F	83 ☒ V ☐ F	108 ☒ V ☐ F	133 ☒ V ☐ F	158 ☒ V ☐ F
9 ☐ V ☒ F	34 ☒ V ☐ F	59 ☒ V ☐ F	84 ☒ V ☐ F	109 ☒ V ☐ F	134 ☒ V ☐ F	159 ☒ V ☐ F
10 ☒ V ☐ F	35 ☒ V ☐ F	60 ☒ V ☐ F	85 ☒ V ☐ F	110 ☐ V ☒ F	135 ☒ V ☐ F	160 ☒ V ☐ F
11 ☒ V ☐ F	36 ☒ V ☐ F	61 ☒ V ☐ F	86 ☒ V ☐ F	111 ☐ V ☒ F	136 ☐ V ☒ F	161 ☒ V ☐ F
12 ☒ V ☐ F	37 ☐ V ☒ F	62 ☒ V ☐ F	87 ☒ V ☐ F	112 ☒ V ☐ F	137 ☒ V ☐ F	162 ☒ V ☐ F
13 ☐ V ☒ F	38 ☐ V ☒ F	63 ☒ V ☐ F	88 ☐ V ☒ F	113 ☐ V ☒ F	138 ☒ V ☐ F	163 ☒ V ☐ F
14 ☒ V ☐ F	39 ☐ V ☒ F	64 ☐ V ☒ F	89 ☐ V ☒ F	114 ☒ V ☐ F	139 ☒ V ☐ F	164 ☒ V ☐ F
15 ☒ V ☐ F	40 ☒ V ☐ F	65 ☐ V ☒ F	90 ☒ V ☐ F	115 ☒ V ☐ F	140 ☒ V ☐ F	165 ☒ V ☐ F
16 ☒ V ☐ F	41 ☒ V ☐ F	66 ☐ V ☒ F	91 ☐ V ☒ F	116 ☒ V ☐ F	141 ☒ V ☐ F	166 ☒ V ☐ F
17 ☒ V ☐ F	42 ☒ V ☐ F	67 ☐ V ☒ F	92 ☒ V ☐ F	117 ☐ V ☒ F	142 ☒ V ☐ F	167 ☒ V ☐ F
18 ☒ V ☐ F	43 ☒ V ☐ F	68 ☒ V ☐ F	93 ☒ V ☐ F	118 ☐ V ☒ F	143 ☐ V ☒ F	168 ☒ V ☐ F
19 ☒ V ☐ F	44 ☒ V ☐ F	69 ☒ V ☐ F	94 ☒ V ☐ F	119 ☒ V ☐ F	144 ☒ V ☐ F	169 ☒ V ☐ F
20 ☒ V ☐ F	45 ☒ V ☐ F	70 ☐ V ☒ F	95 ☐ V ☒ F	120 ☒ V ☐ F	145 ☒ V ☐ F	170 ☒ V ☐ F
21 ☐ V ☒ F	46 ☒ V ☐ F	71 ☒ V ☐ F	96 ☒ V ☐ F	121 ☒ V ☐ F	146 ☒ V ☐ F	171 ☒ V ☐ F
22 ☒ V ☐ F	47 ☒ V ☐ F	72 ☒ V ☐ F	97 ☒ V ☐ F	122 ☒ V ☐ F	147 ☒ V ☐ F	172 ☒ V ☐ F
23 ☒ V ☐ F	48 ☒ V ☐ F	73 ☐ V ☒ F	98 ☐ V ☒ F	123 ☒ V ☐ F	148 ☒ V ☐ F	173 ☒ V ☐ F
24 ☒ V ☐ F	49 ☒ V ☐ F	74 ☐ V ☒ F	99 ☒ V ☐ F	124 ☐ V ☒ F	149 ☒ V ☐ F	174 ☒ V ☐ F
25 ☒ V ☐ F	50 ☒ V ☐ F	75 ☒ V ☐ F	100 ☐ V ☒ F	125 ☐ V ☒ F	150 ☒ V ☐ F	175 ☒ V ☐ F

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
 Facultad de Ciencias Sociales
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 MAESTRÍA EN PSICOMETRÍA Y EVALUACIÓN EDUCATIVA

10349

Fecha de hoy: 6/02/2019 Lugar de aplicación: Tegucigalpa UNAH

Nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento: 21/11/1996 Edad: 22

Sexo: F Ciudad donde nació: Tegucigalpa

Dirección actual: Colonia San Miguel, calle Teco

ESTADO CIVIL

Soltero ☒

Divorciado

Casado en 1er matrimonio

Unión libre

Casado en 2do matrimonio o más

Viudo

Separado

Carrera: Terapia Funcional N° de cuenta: 2014612068

N° de clases cursadas 17

Indique con los números 1 y 2 sus dos principales problemas

____ Matrimonial o familiar

____ Alcohol

____ Confianza en sí mismo

____ Drogas

1 Trabajo, estudios o empleo

____ Problemas mentales

____ Cansancio o enfermedad

2 Conducta antisocial

____ Soledad

Otros _____

¿Alguna vez ha recurrido a una evaluación psicológica? Sí _____ No X

Si su respuesta es sí, ¿cuál fue su diagnóstico? _____

Aproximadamente cuando recibió el diagnóstico _____

Inicio = 10:36 a.m.

Final = 10:55 a.m.



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = Verdadero; F = Falso)
que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	☒ V ☐ F	2	☐ V ☒ F	3	☐ V ☒ F	4	☐ V ☒ F	5	☐ V ☒ F	6	☒ V ☐ F	7	☒ V ☐ F	8	☐ V ☒ F	9	☒ V ☐ F	10	☒ V ☐ F	11	☐ V ☒ F	12	☐ V ☒ F	13	☐ V ☒ F	14	☒ V ☐ F	15	☒ V ☐ F	16	☐ V ☒ F	17	☐ V ☒ F	18	☒ V ☐ F	19	☐ V ☒ F	20	☐ V ☒ F	21	☐ V ☒ F	22	☐ V ☒ F	23	☐ V ☒ F	24	☐ V ☒ F	25	☐ V ☒ F	26	☐ V ☒ F	27	☐ V ☒ F	28	☐ V ☒ F	29	☒ V ☐ F	30	☐ V ☒ F	31	☒ V ☐ F	32	☐ V ☒ F	33	☒ V ☐ F	34	☒ V ☐ F	35	☒ V ☐ F	36	☐ V ☒ F	37	☐ V ☒ F	38	☐ V ☒ F	39	☐ V ☒ F	40	☒ V ☐ F	41	☒ V ☐ F	42	☐ V ☒ F	43	☐ V ☒ F	44	☐ V ☒ F	45	☐ V ☒ F	46	☒ V ☐ F	47	☒ V ☐ F	48	☒ V ☐ F	49	☐ V ☒ F	50	☒ V ☐ F	51	☐ V ☒ F	52	☐ V ☒ F	53	☐ V ☒ F	54	☒ V ☐ F	55	☐ V ☒ F	56	☐ V ☒ F	57	☐ V ☒ F	58	☐ V ☒ F	59	☐ V ☒ F	60	☒ V ☐ F	61	☐ V ☒ F	62	☐ V ☒ F	63	☐ V ☒ F	64	☐ V ☒ F	65	☐ V ☒ F	66	☐ V ☒ F	67	☐ V ☒ F	68	☐ V ☒ F	69	☒ V ☐ F	70	☐ V ☒ F	71	☐ V ☒ F	72	☐ V ☒ F	73	☐ V ☒ F	74	☐ V ☒ F	75	☐ V ☒ F	76	☐ V ☒ F	77	☐ V ☒ F	78	☐ V ☒ F	79	☐ V ☒ F	80	☐ V ☒ F	81	☐ V ☒ F	82	☒ V ☐ F	83	☐ V ☒ F	84	☒ V ☐ F	85	☐ V ☒ F	86	☐ V ☒ F	87	☐ V ☒ F	88	☒ V ☐ F	89	☐ V ☒ F	90	☐ V ☒ F	91	☐ V ☒ F	92	☐ V ☒ F	93	☒ V ☐ F	94	☒ V ☐ F	95	☐ V ☒ F	96	☐ V ☒ F	97	☐ V ☒ F	98	☐ V ☒ F	99	☒ V ☐ F	100	☐ V ☒ F	101	☒ V ☐ F	102	☐ V ☒ F	103	☐ V ☒ F	104	☐ V ☒ F	105	☐ V ☒ F	106	☐ V ☒ F	107	☐ V ☒ F	108	☐ V ☒ F	109	☐ V ☒ F	110	☐ V ☒ F	111	☐ V ☒ F	112	☐ V ☒ F	113	☐ V ☒ F	114	☒ V ☐ F	115	☐ V ☒ F	116	☒ V ☐ F	117	☒ V ☐ F	118	☐ V ☒ F	119	☐ V ☒ F	120	☐ V ☒ F	121	☒ V ☐ F	122	☐ V ☒ F	123	☐ V ☒ F	124	☐ V ☒ F	125	☐ V ☒ F	126	☒ V ☐ F	127	☒ V ☐ F	128	☐ V ☒ F	129	☐ V ☒ F	130	☐ V ☒ F	131	☐ V ☒ F	132	☐ V ☒ F	133	☒ V ☐ F	134	☐ V ☒ F	135	☒ V ☐ F	136	☐ V ☒ F	137	☐ V ☒ F	138	☐ V ☒ F	139	☐ V ☒ F	140	☐ V ☒ F	141	☐ V ☒ F	142	☐ V ☒ F	143	☐ V ☒ F	144	☐ V ☒ F	145	☐ V ☒ F	146	☐ V ☒ F	147	☐ V ☒ F	148	☐ V ☒ F	149	☐ V ☒ F	150	☐ V ☒ F	151	☐ V ☒ F	152	☐ V ☒ F	153	☐ V ☒ F	154	☐ V ☒ F	155	☐ V ☒ F	156	☐ V ☒ F	157	☐ V ☒ F	158	☐ V ☒ F	159	☐ V ☒ F	160	☐ V ☒ F	161	☒ V ☐ F	162	☒ V ☐ F	163	☐ V ☒ F	164	☐ V ☒ F	165	☒ V ☐ F	166	☐ V ☒ F	167	☐ V ☒ F	168	☐ V ☒ F	169	☐ V ☒ F	170	☐ V ☒ F	171	☐ V ☒ F	172	☒ V ☐ F	173	☐ V ☒ F	174	☒ V ☐ F	175	☒ V ☐ F
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción



Anexo 5. Momentos de aplicación

