

## ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO CLÍNICO DE KRUG

**Roger Elizalde Bravo<sup>1</sup>**

Se considera relevante utilizar para la evaluación psicológica no sólo pruebas hechas especialmente para pacientes psico-patológicamente afectados, sino sobre todo para sujetos normales. En este sentido, el Cuestionario Clínico de Krug es una buena opción. Dado que es prácticamente desconocido en nuestro medio, intentamos a través del presente artículo proporcionar aproximaciones generales a dicho test, baremarlo y adaptarlo para uso futuro.

**Palabras Clave:** Evaluación clínica, psicometría, baremación.

*It is considered relevant to use for psychological evaluation not only tests madden especially for psychopathologic affected patients, but also for normal subjects. In this way, the Krug Clinic Questionnaire is a good option. Since it is practically unknown in our country, we try in this papa to give general approximations to this test, normalizing and adapting it for future use.*

**Key words:** Clinic evaluation, psychometric, normalization.

---

<sup>1</sup> Colaboradores: Miguel Escurra Mayaute, Nebel Dávila Noriega

En el trabajo clínico existe la necesidad de que el psicólogo disponga de instrumentos que le brinden una mayor seguridad, que sean confiables y susceptibles de poder alcanzar criterios más certeros en el diagnóstico. Sabemos que las pruebas psicológicas no son determinantes, pero realmente contribuyen a un estudio y análisis más certero del caso.

Al respecto queremos señalar que este material en nuestro medio es novedoso, no hemos encontrado estudios concernientes y suponemos que este es el primero, no obstante ser un material de mucha utilidad en la labor psicológica. Nos estamos refiriendo al *Cuestionario de Análisis Clínico de Krug* (CAQ II), instrumento utilizado en EEUU, España y algunos países latinoamericanos en la evaluación y diagnóstico tanto clínico como educacional, laboral, delincencial, etc. Creemos que la introducción de tal instrumento permitirá enriquecer los recursos técnicos del psicólogo específicamente en esta tarea, es por ello que nuestro principal objetivo es pretender realizar su adaptación.

Tal vez lo más significativo del *Cuestionario de Análisis Clínico de Krug* es la peculiaridad que tiene de ser utilizado en sujetos normales y no precisamente en pacientes psiquiátricos. La muestra recogida a través del procedimiento del método probabilístico al azar corresponde a 316 sujetos, de los cuales 188 son varones y 188 mujeres, procedentes de un estrato socioeconómico medio y que se encuentran cursando estudios en tres universidades particulares y una nacional. Sus edades fluctúan entre 18 a 42 años.

Se trata de una investigación de tipo metodológico, y está basada en la propuesta que hace el autor Kerlinger, por cuanto tiene como finalidad establecer si los procedimientos utilizados para realizar las mediciones psicológicas (test) realmente son efectivas. Para ello se toman en cuenta las características del rasgo medido, así como las propiedades métricas y estadísticas pertinentes al objeto de estudio,

Otra opinión valiosa en éste tipo de estudios, es la vertida por el profesor Sánchez Carlessi, en el sentido de que este tipo de investigaciones son

consideradas tecnológicas, en la medida que interesa evaluar los procedimientos aplicados para llevar a cabo evaluaciones de la personalidad de los sujetos.

El procedimiento del diseño es de tipo correlacional, por cuanto el medio concurrente principal para evaluar la estructura de la prueba del CAQ II, es el análisis factorial. Siendo que el análisis inferencial de los ítems se hará con el coeficiente item test corregido y la confiabilidad de las escalas a través del *Coficiente Alfa de Cronbach*.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPÓTESIS.**

El psicólogo cotidianamente emplea determinadas técnicas e instrumentos que le permiten disponer de elementos indicadores en el trabajo de evaluación o diagnóstico de los casos que trata. En la actualidad existen reactivos psicológicos que son utilizados con cierta frecuencia, entre ellos el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI), el *Inventario de Cattell* (16PF), el *Inventario de Eysenck* (EPI), etc. La utilización y administración de estos reactivos son frecuentes en áreas como la clínica, educacional, laboral, delincriminal, social, etc.; donde el psicólogo debe evaluar la personalidad del individuo de manera individual o grupo. Sin embargo, estos inventarios presentan claras evidencias en el sentido de que su nosología, construcción y aspectos psicométricos se muestran algo alejados de la práctica profesional con sujetos normales. En nuestro caso, CAQ II es una prueba factorialmente construida con características de fiabilidad, validez y tipificación, apropiada para medir rasgos clínicos de personalidad en sujetos normales.

Otra consideración importante es que se observa con frecuencia que gran parte de psicólogos laboran en consulta privada o instituciones en las cuales deben evaluar a sujetos supuestamente normales, ya sea en el ámbito de trabajo, estudio, selección de personal, etc. Estos sujetos no suelen ser precisamente "pacientes" de centros hospitalarios o clínicas de salud mental. Por tales razones consideramos que es relevante tener un

instrumento psicológico válido y confiable que nos permita evaluar la gama de variables de tipo clínico, y arribar a la mejor comprensión de la dinámica de personalidad del individuo evaluado.

De la revisión bibliográfica u otros estudios de investigación en instituciones académicas, encontramos que se desconoce en nuestro medio el uso del *Cuestionario de Análisis clínico de Krug*. De allí que nuestra preocupación nos impulsa a realizar la adaptación de dicha prueba.

Las hipótesis de trabajo planteadas son las siguientes:

- H<sup>1</sup> El CAQ TI es un instrumento de análisis clínico que presenta indicadores de validez de construcción.
- H<sup>2</sup> Los factores del CAQ TI alcanzan coeficientes de consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach) mayores a un valor de 0.60.
- H<sup>3</sup> Existen diferencias en las puntuaciones alcanzadas en todos los factores del CAQ TI de acuerdo al sexo de los sujetos.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Realizar la adaptación psicométrica del *Cuestionario de Análisis Clínico de Krug* (CAQ TI).

### **Objetivos Específicos**

1. Revisar la adaptación lingüística de cada uno de los items del CAQ TI, teniendo en cuenta nuestro contexto socio-cultural.
2. Estudiar la validez de constructo del CAQ TI.
3. Analizar la confiabilidad por consistencia interna de todos los factores que componen el CAQ TI.
4. Elaborar los respectivos baremos del instrumento, por sexo, de cada uno de los factores.

## IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Pensamos que este estudio es importante por las razones que exponemos a continuación:

1. Los resultados del estudio permitirán obtener información relevante sobre la estructura de los rasgos de personalidad que subyacen en la muestra de sujetos a ser evaluada, lo cual hará posible enriquecer el conocimiento de algunas de las características del hombre peruano.
2. El CAQ II, es una nueva herramienta de trabajo que va a ser puesta a disposición de los psicólogos en ejercicio profesional, facilitando las posibilidades de una evaluación diagnóstica eficaz de los rasgos de personalidad en sujetos supuestamente normales, teniendo en cuenta que los instrumentos psicopatológicos usuales en el medio presentan mayor dificultad para su interpretación.
3. La obtención de los baremos como resultado del presente estudio, permitirá contar con criterios objetivos válidos y confiables para un mejor trabajo de evaluación en sujetos normales, de manera que facilite al psicólogo optar por la estrategia más adecuada según sea el caso.

## MÉTODO

### *Muestra*

La muestra fue recogida por el procedimiento probabilístico al azar, siendo que los sujetos cursaban estudios profesionales de psicología entre el 2do. y 6to. Ciclo, en una universidad nacional y tres particulares.

El número de sujetos estuvo conformada por 188 varones y 188 mujeres (tabla 1) con edades que fluctúan entre los 18 y 42 años, observándose que la mayor proporción se ubica entre los 21 y 25 años, tal como se puede apreciar en la tabla 2.

Los sujetos evaluados, como se ha señalado, provenían de cuatro

distintas universidades, siendo en mayor proporción la correspondiente a la UNMSM (48.7%), seguida por ras universidades particulares Garcilazo de la Vega (22.6%), Ricardo Palma (14.6%) y Católica (14.1 %) tal como se presenta en la tabla 3. En lo que concierne a la distribución por sexo según la universidad de procedencia, la tabla 4 indica que en todos los casos existen proporciones equivalentes.

### *Instrumento*

El *Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ II)*, cuyo nombre original fue *Clinical Analysis Questionnaire*, fue construido y validado por Samuel E. Krug, en la ciudad de Illinois, Estados Unidos, en el año de 1980. Fue adaptado a la población española en la ciudad de Madrid (España) en 1986.

Su aplicación esta indicada para sujetos adolescentes y adultos, hombres y mujeres, siendo su administración individual o colectiva. El tiempo que demora su aplicación es variable y puede ser respondida entre 30 y 45 minutos aproximadamente. Al respecto debemos señalar que también hemos efectuado su adaptación en base a un grupo piloto, en los siguientes items:

#### *ITEM 39*

*Original: Cada pocos días tengo el vientre molesto o hinchado*

*Adaptado: A menudo tengo el vientre molesto o hinchado.*

#### *ITEM 44*

*Original: Si algo me trastorna, mis músculos se tensan y están a punto de estallar.*

*Adaptado: Si algo me trastorna, me pongo tenso y estoy a punto de estallar.*

#### *ITEM 107*

*Original: Se puede confiar en que la mayoría de fontaneros no te cobrarán demasiado por sus servicios*

*Adaptado: Se puede confiar en que la mayoría de los gasfiteros no te cobrarán demasiado por sus servicios.*

Originariamente, este instrumento tiene dos partes: el CAQ-I que consta de 128 items y que evalúa hasta 16 rasgos de personalidad; luego el CAQ

II que consta de 144 ítems y que evalúa 12 rasgos de personalidad; es la misma que será adaptada en nuestro medio en el presente estudio. El material obtenido ha sido posible a través de las publicaciones TEA Ediciones S.A., 1989, Madrid-España.

Este cuestionario contiene 12 variables clínicas que evalúa rasgos de personalidad y que corresponden a las siguientes:

### *Hipocondriasis (D1)*

Esta escala evalúa la preocupación por las alteraciones del cuerpo. Esta vinculada a depresión como factor secundario y parece ser que existe algún indicio de que su importancia es ligeramente mayor entre las mujeres. Las mujeres neuróticas y esquizofrénicas tienden a puntuar más alto que los varones en ésta dimensión secundaria.

### *Depresión Suicida (D2)*

El contenido de los elementos de esta se centra en los pensamientos de autodestrucción. Esta escala junto con la escala de Hipochondriasis (DI) y Depresión Baja Energía (D5) forman la triada de mayor peso en el factor secundario de Depresión. Se encuentra también que las puntuaciones D2 son muy altas en personas depresivas o esquizofrénicas, pero no en las neurosis de ansiedad. Igualmente son altas en relación con otras depresiones primarias, en los tipos de personalidad agresivo-pasiva y antisocial.

### *Agitación (D3)*

Esta escala esta relacionada con la hipomanía del MMPI, los sujetos indican que les "gustaría hacer algo arriesgado", buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte, 10 que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo. Se encuentran en esta escala puntuaciones extremas bajas en sujetos neuróticos, alcohólicos y esquizofrénicos y significativamente altas en cierto tipo de abusos de narcóticos y en personalidades antisocial

### *Depresión Ansiosa (D4)*

Difiere de la dimensión de ansiedad propiamente. El sujeto que puntúa alto se define como una persona "torpe al manejar objetos", "sueña mucho sobre cosas que le dan miedo", etc. Las personas en esa categoría están desorientadas y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas y sometidas a pesadillas. También el puntaje alto es frecuente en neuróticos, alcohólicos y esquizofrénicos no paranoicos.

### *Depresión Baja-Energía (D5)*

Esta escala en su puntuación alta revela a sujetos que se sienten tristes y de mal humor, que despiertan sin energías para comenzar el día, casi nunca duermen profundamente, a menudo la vida les parece vacía y solitaria, les entusiasma muy poco la vida y perciben sentirse agotados y bajos. Se le vincula a las escalas DI y D2.

### *Culpabilidad-Resentimiento (D6)*

Puntuaciones altas en esta escala revelan que al sujeto le perturban los sentimientos de culpabilidad, no pudiendo dormir pensando en cosas que debería haber hecho o lo que le van pasar por los errores que ha cometido, o tiene pesadillas en las que está solo y abandonado. Puntuaciones más altas son frecuentes en alcohólicos, abusos de narcóticos, o problemas de conducta. Existe relación con otros factores patológicos de sujetos diagnosticados como agresivos pasivos y en alcohólicos.

Esta escala revela depresión asociada a sentimientos de culpa o de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia.

### *Apatía-Retirada (D7)*

Esta escala revela dos rasgos importantes: la sensación de que la vida

resulta ser bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y de otro lado, la tendencia a evitar el trato con los demás. Puntuaciones altas indican que el sujeto se encuentra a gusto cuando está solo, sin los demás, y se siente demasiado decaído o inútil como para hablar con la gente. Puntuaciones más altas son frecuentes en esquizofrénicos y puntuaciones altas en narcoadictos. Esta escala aporta un peso negativo al factor secundario de extraversión.

### *Paranoia (Pa)*

Esta escala generalmente se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico. Revela en el sujeto declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y temor a ser envenenado. En neuróticos y alcohólicos la puntuación es esencialmente de tipo medio; puntuación un poco mayor entre los que usan narcóticos. Es alta en esquizofrénicos (tipo paranoico), y muy alta en alteraciones de conducta.

### *Desviación Psicopática (Pp)*

Puntuaciones altas en esta escala corresponden a sujetos menos inhibidos que el promedio de las personas respecto al peligro o dolor físico, como a las críticas sociales. Existe un cierto grado de búsqueda de sensaciones o excitación que es compartido con la escala D3 (Agitación). Sin embargo, esta escala parece tener más implicaciones patológicas.

Estas personas revelan fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir; no les importa ser el centro de atención y les encantan las discusiones y situaciones de emergencia. Las puntuaciones bajas se dan en neuróticos, esquizofrénicos y alcohólicos; las altas, entre las personalidades antisociales o casos de abusos de narcóticos.

### *Esquizofrenia (Sc)*

Las puntuaciones altas en esta escala revelan a sujetos que tienen dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que la

gente no les comprende y la evitan por motivos que desconocen, igualmente tienen pérdida de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones. Puntuaciones muy altas se encuentran en esquizofrénicos; moderadamente altas en neuróticos narcoadictos.

Es importante señalar que en D7 el sujeto se aleja de la gente o de la relación interpersonal, mientras que en Sc implica un alejamiento más extremo de la realidad.

### *Psicastenia (As)*

Esta variable tiene sus antecedentes en P. Janet; se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. El sujeto presenta conductas como la de contar cosas, tener ideas o palabras sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando, una y otra vez, durante días; o preocuparse constantemente por asuntos sin importancia. También presentan comportamientos fóbicos.

Las puntuaciones muy elevadas se dan en neuróticos de tipo obsesivo-compulsivo y en narcoadictos. A nivel de dimensión secundaria contribuye de manera importante en el factor de ansiedad, pero también al de psicosis general y su participación en el neuroticismo sólo es significativa en mujeres.

### *Desajuste Psicológico (Ps)*

Esta escala junto con Pa, Sc y As corroboran la presencia de psicosis en el sujeto. Las puntuaciones altas muestran que el sujeto piensa de sí mismo que no vale nada. Tiene que ver con la autovaloración de la realidad y está vinculada a la "desesperanza adquirida" (ATBECK) en la depresión.

La administración de esta prueba psicológica se hizo a través de una hoja de respuesta o protocolo, presentándole además, al sujeto de la muestra, un cuadernillo CAQ en donde están formulados los ítems respectivos.

### ANÁLISIS Y RESULTADOS

El análisis de la confiabilidad estudiado en base al método de la consistencia interna, a través del *Coefficiente Alfa de Cronbach*, indica que los valores más elevados corresponden a las escalas de Culpabilidad Resentimiento (0.72), seguido por Desajuste Psicológico (0.71) y Depresión Suicida (0.69) (ver tabla 1). Otras escalas que alcanzan valores aceptables son Depresión Baja-Energía (0.65), Esquizofrenia (0.62) e Hipocondriasis (0.61).

Las escalas que alcanzan valores bajos pero aceptables corresponden a Paranoia (0.55), Depresión Ansiosa (0.49) y Apatía retirada (0.46), mientras que las escalas que obtienen valores muy bajos y por lo tanto no presentan confiabilidad corresponden a:

Desviación Psicopática (0.36), Psicastenia (0.34) y Agitación (0.25) La revisión del análisis psicométrico de cada una de las escalas con el fin de establecer si presentan una adecuada validez de construcción permite apreciar que:

En las escalas de Hipocondriasis (D1) y Depresión suicida (D2), todos los ítems obtienen correlaciones ítem-test corregidas que son significativas a una  $p < .01$ , lo que corrobora que son indicadores válidos de los rasgos medidos. Mientras que la escala de Agitación (D3), al observarse que solamente tres ítems son aceptables, permite indicar que no presenta una adecuada validez de construcción.

En lo que concierne a las escalas de Depresión Baja Energía (D5) y de Culpabilidad Resentimiento (D6), se indica que todos los ítems alcanzan correlaciones ítem-test corregidas significativas, por lo que se puede concluir que todos los Ítems son adecuados indicadores de los rasgos medidos. En el caso de la escala de Depresión Ansiosa (D4), se encuentra que la existencia de tres ítems no significativos, no permite garantizar su validez de construcción.

La revisión de los resultados de las escalas de Paranoia (PA) y Apatía retirada (D7), permite apreciar que en ellas existen ítems que alcanzan correlaciones ítems-test corregidas que no llegan a cumplir con el criterio motivo por el cual sería conveniente en estudios posteriores revisar las

causas de este tipo de resultado. En tanto que en el caso de la escala Desviación Psicopática (PP), se observa que la mayor cantidad de ítems no significativos indica que el instrumento tiene dificultades a nivel de la validez de construcción.

**Tabla 1 Escalas CAQ II y calculo de la confiabilidad según El Alfa de Crombach**

ESCALAS CAQ II	ALFA DE CROMBACH
HIPOCONDRIASIS (D1)	,61
DEPRESION SUICIDA (D2)	,69
AGITACION (D3)	,25
DEPRESION ANSIOSA (D4)	,49
DEPRESION BAJA-ENERGIA (D5)	,65
CULPABILIDAD RESENTIMIENTO (D6)	,72*
APATIA RETIRADA (D7)	,46
PARANOIA (Pa)	,55
DESVIACION PSICOPATICA (Pp)	,36
ESQUIZOFRENIA (Sc)	,62
PSICASTENIA (As)	,34
DESAJUSTE PSICOLOGICO (Ps)	,71*

*n*=376

Las escalas D6 (.72) y Ps (.71) son las que obtienen valores de Confiabilidad más elevados

Finalmente, en lo que concierne a los resultados exhibidos en las escalas de Esquizofrenia (SC) y Desajuste Psicológico (PS), se halla que todos los ítems son aceptados, en tanto que en la escala de Psicastenia (AS), se encuentran en la mayoría de ítems correlaciones muy bajas, lo que nos permite establecer que no presentan validez de construcción.

La revisión de los resultados del CAQ II tanto a nivel de validez de construcción como a nivel de la confiabilidad, nos permite indicar que es necesario realizar estudios adicionales que permitan certificar la consistencia de estos resultados, debido a que se ha aplicado con sujetos normales y es probable que no existan trastornos psicológicos severos, por lo que no se ha podido demostrar la efectividad del instrumento para detectar esos casos.

Los resultados comparativos por sexo, calculados a través de la prueba *t* de Student nos revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Hipocondriasis (D 1), Depresión Baja-Energía (D5), Culpabilidad Resentimiento (D6), Psicastenia (AS) y Desajuste Psicológico (PS).

Las diferencias existentes a favor de los sujetos de sexo masculino se presentan en las escalas de Depresión Suicida (D2), Agitación (D3), Apatía retirada (D7), Paranoia (PA), Desviación Psicopática (PP) , Esquizofrenia (SC); mientras que las mujeres alcanzan valores significativamente mayores en la escala de Depresión Ansiosa (D4).

Los resultados han permitido desarrollar los baremos provisionales tanto para varones como para mujeres, tal como se ven en las tablas:

**Tabla 2. Baremos de las escalas del CAQ (N=376)**

PERCENTIL	DI	D2	D3	D4	D5	D6	D7	PA	PP	SC	AS	PS
5	0	0	7	3	2	2	2	3	9	1	6	1
10	1	0	8	4	3	2	3	4	9	2	7	2
15	2	1	10	5	4	3	4	5	10	2	8	2
20	2	1	10	6	5	4	4	6	11	2	8	3
25	3	2	11	6	5	5	4	6	11	3	8	4
30	3	2	11	7	6	5	5	6	12	4	9	4
35	3	3	11	7	7	6	5	7	12	4	9	4
40	4	3	12	7	7	7	6	7	13	4	10	5
45	4	4	12	8	8	7	6	8	13	5	10	5
50	5	4	12	8	8	8	6	8	14	5	11	6
55	5	5	12	9	9	8	7	9	14	6	11	6
60	6	5	13	9	10	9	7	9	15	6	11	7
65	6	6	13	9	10	10	8	10	15	6	12	8
70	7	6	14	10	10	10	8	10	16	7	12	8
75	7	7	14	10	10	12	9	11	16	8	13	9
80	8	8	15	11	11	12	10	11	17	9	13	10
85	8	9	15	12	12	13	10	12	17	9	14	11
90	10	10	16	13	13	14	11	13	18	10	14	11
95	11	11	17	14	16	16	12	14	19	12	16	13
99	14	15	20	17	19	18	14	15	21	15	20	19
X	5,07	4,75	12,34	8,40	8,25	8,17	6,77	8,40	13,75	5,69	10,80	6,35
DS	3,24	3,66	2,86	3,32	3,92	4,34	3,24	3,35	3,15	3,50	3,01	3,74

Tabla 3: Baremos de varones ( $N=188$ )

PERCENTIL	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	PA	PP	SC	AS	PS
5	0	0	8	3	2	1	2	4	9	1	7	0
10	0	1	9	3	2	2	3	5	10	2	7	2
15	2	1	11	5	4	3	4	6	11	2	8	3
20	2	2	11	5	4	4	5	6	11	3	8	3
25	2	2	11	6	5	4	5	7	11	4	9	4
30	3	3	12	6	6	5	6	7	12	4	9	4
35	3	3	12	7	7	6	6	8	13	4	10	4
40	3	4	12	7	7	7	6	8	13	5	10	5
45	4	5	12	7	7	8	6	8	14	5	10	5
50	5	5	12	8	9	8	7	9	14	6	11	6
55	6	6	13	8	9	9	7	9	15	6	11	6
60	6	6	13	8	10	9	8	10	15	6	12	7
65	6	6	13	9	10	10	8	10	16	7	12	8
70	7	7	14	9	10	11	9	10	16	8	13	8
75	7	7	14	10	10	12	10	11	17	9	13	9
80	8	8	15	11	10	12	10	12	17	9	14	10
85	8	10	15	11	11	13	11	12	18	10	14	11
90	10	10	16	13	12	13	12	13	18	11	15	11
95	10	12	17	13	16	15	13	14	19	13	16	12
99	13	15	20	14	19	18	14	15	21	17	20	20
X	4.96	5.35	12.64	7.79	8.08	8.04	7.40	8.92	14.15	6.20	10.97	6.40
DS	3.18	3.71	2.57	3.07	3.94	4.46	3.21	3.09	3.21		2.99	3.79

Tabla 4: Baremos de mujeres ( $N=188$ )

PERCENTIL	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	PA	PP	SC	AS	PS
5	0	0	7	4	2	2	1	3	8	0	6	1
10	1	0	8	4	3	3	3	3	9	1	7	2
15	2	0	9	6	4	4	3	4	10	2	7	2
20	2	1	10	6	5	5	4	5	11	2	8	3
25	3	2	10	7	6	5	4	5	11	2	8	3
30	3	2	10	7	6	6	4	6	12	3	9	4
35	4	2	11	8	7	6	5	6	12	3	9	4
40	4	3	11	8	8	7	5	7	12	4	10	5
45	4	3	12	9	8	7	5	7	13	4	10	5
50	5	3	12	9	8	8	6	8	13	5	10	6
55	5	4	12	9	9	8	6	8	13	5	11	6
60	5	4	13	10	9	9	6	9	14	6	11	7
65	6	5	13	10	10	9	7	9	14	6	12	7
70	7	6	14	10	10	10	7	10	15	7	12	8
75	7	6	14	11	11	11	8	10	16	8	13	8
80	8	7	14	12	11	12	9	11	16	8	13	10
85	8	8	15	12	12	13	9	11	17	9	14	10
90	10	9	16	13	13	14	10	12	17	10	14	11
95	11	11	17	15	16	17	12	14	18	12	16	13
99	16	15	20	20	19	20	15	15	20	14	20	16
X	5,18	4,15	12,04	9,02	8,42	8,29	6,13	7,88	13,34	5,18	10,63	6,3
DS	3,30	3,52	3,10	3,44	3,90	4,22	3,15	3,52	3,05	3,37	3,03	3,70

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que arribamos en el presente trabajo son las siguientes:

1. Las escalas de Hipocondriasis (D1), Depresión Suicida (D2), Depresión Baja-Energía (D5), Culpabilidad Resentimiento (D6), Paranoia (PA), Esquizofrenia (SC), Desajuste Psicológico (PS), obtienen resultados que confirman que presentan validez de construcción.
2. Las escalas de Agitación (D3), Depresión Ansiosa (D4), Apatía retirada (D7), Desviación Psicopática (PP), Psicastenia (AS) obtienen resultados que indican que no presentan validez de construcción.
3. Las escalas de Culpabilidad Resentimiento (D6), Desajuste Psicológico (PS), Depresión Suicida (D2), Depresión Baja Energía (D5), Esquizofrenia (SC) y Hipocondriasis (D1) presentan elevados niveles de confiabilidad.
4. Las escalas de Paranoia (PA), Depresión Ansiosa (D4) y Apatía retirada (D7), presentan niveles aceptable mínimos de confiabilidad.
5. Las escalas de Desviación Psicopática (PP) , Psicastenia (AS) y Agitación (D3), no presentan con fiabilidad.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar otro estudio de validez trabajando con pacientes de patologías definidas.
2. Replicar el estudio con sujetos que tengan otro tipo de características socio-demográficas.

3. Estudiar la relación del instrumento con otro tipo de prueba como el MMPI, Catell, o Guilford-Zimmermann.
4. Que los baremos obtenidos en el presente estudio deberán ser utilizados experimentalmente sólo para fines de investigación, hasta que se realicen los estudios indicados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alarcon N, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Particular Cayetano Heredia.
- Arnau G, J. (1971). *Introducción a la técnica de la investigación científica*. México: Trillas.
- Cerda, E. *Psicometría general*. Editorial Herder, Barcelona, 1972.
- Crombach, L. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Christensen, H. (1989). *Estadística*. México: Trillas
- Kerlinger, F. (1981). *Investigación del comportamiento, técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Krug, S. E. and Laughlin, J.L. (1977). *Second-order factors among normal and pathological primary personality traits*. *Journal of Consulting Psychology*.
- Nunnally, J (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Sanchez C, Hugo Y Reyes M, C. (1984). *Metodología y diseños de la investigación científica*. Lima: INIDE.
- Seisdedos Cubero, N. (1989). Selección, cuestionarios y distorsión motivacional (actitud inteligente de adaptación). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.