

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 62 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

145. Juego, mente y cultura

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

148. Efecto de técnicas de gimnasia cerebral sobre la atención sostenida y la concentración en el proceso de alfabetización inicial

MARCELO ROBERTO GARCÍA, MARCELINO SGRO, ROBERTO STHARINGER, PASCUAL ÁNGEL GARGIULO

153. Consistencia interna y dimensionalidad del Inventario de Evaluación de la Personalidad en estudiantes universitarios de Buenos Aires

JULIANA BEATRIZ STOVER, AGUSTÍN FREIBERG HOFFMANN, MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE, ALEJANDRO CASTRO SOLANO

164. Rasgos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y consumo patológico de alcohol en adolescentes

FERRAN PADRÓS BLÁZQUEZ, MARTHA ZAMORA CERVANTES, PAULINO SALINAS GARCÍA, MARÍA PATRICIA MARTÍNEZ MEDINA

171. El *sentido de vida* en jóvenes de 18 a 25 años concurrentes a centros educativos de nivel secundario (2015, Mendoza, Argentina)

ANDRÉS ENZO GOTTFRIED, MARIELA JOHANNA FOZZATTI

Revisión/Revisiones

180. Psiconeuroendocrinología del estrés y la depresión: interacciones entre factores biológicos, psicológicos, genéticos y ambientales

GUSTAVO TAFET

195. Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos clínicos de autismo

MELISA CORREDERA, JULIETA DE BATTISTA

acta

**PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA**

Volumen 62 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Historia

207. Influencias de De Sanctis en Argentina a través de la labor de Ciampi en la primera cátedra de Neuropsiquiatría Infantil

LUCÍA ROSSI, GIOVANNI PIETRO LOMBARDO, ANA ROCÍO JUÁREZ, HERNÁN GUSTAVO ELCOVICH, GIORGIA MORGESE

Informaciones

216. Jornada Interinstitucional Fundación ACTA, AMEPSA y UMSA

Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Diana Vidal: Secretaria

Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay
UMSA, USAL, Argentina
Verónica Brascesco
UMSA, USAL, Argentina
Andrés Febbraio
UBA, UMSA
Diego Feder
U. Maimónides, Argentina
Héctor Fernández-Álvarez
U. de Belgrano, Argentina
María de los A. López Geist
APSA, Argentina
Alicia Losoviz
FELAIIBE, Argentina
Humberto Mesones
Ac. Nac. de Medicina, Argentina
Lucía Rossi
UBA, Argentina
María Lucrecia Rovalletti
UBA, CONICET, Argentina
Fernando Silberstein
UBA, UNR, Argentina
Roberto Sivak
U. Maimónides, Argentina
Humberto Tittarelli
CISM, Argentina
Patricia Weismann
UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra
Santiago – Chile
Renato D. Alarcón
Lima – Perú; Rochester – EUA
Rubén Ardila
Bogotá – Colombia
Demetrio Barcia
Murcia – España
Helio Carpintero
Madrid – España
Jorge A. Costa e Silva
Rio de Janeiro – Brasil
Otto Dörr Zegers
Santiago – Chile
Alejandro Gómez
Santiago – Chile
René González Uzcátegui
San José – Costa Rica
Itzhak Levav
Jerusalem – Israel
Facundo Manes
Buenos Aires – Argentina
Juan Mezzich
Pittsburgh – EUA
Driss Moussaoui
Casablanca, Marruecos
A. Rafael Parada
Santiago – Chile
Duncan Pedersen †
Montreal, Quebec – Canadá
Héctor Pérez-Rincón
México D.F. – México
Juan Matías Santos
Madrid – España
Norman Sartorius
Ginebra – Suiza
Hernán Silva Ibarra
Santiago – Chile
Carlos Sluzki
Santa Bárbara – EUA
Tomás Ortíz
Madrid – España
Benjamín Vicente
Concepción – Chile
Sergio Villaseñor Bayardo
Guadalajara – México
Ana María Zlachevski Ojeda
Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernández
UCM – España.
Fernando Lolás Stepke
Universidad de Chile – Chile.
Luis Meyer
Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso Universidad de Buenos Aires, CONICET
director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
aranovich@hotmail.com

Pascual Gargiulo Universidad Nacional de Cuyo, CONICET
gargiulo@lab.cricyt.edu.ar

Ana Lía Kornblit Universidad de Buenos Aires, CONICET
alkornblit@gmail.com

Gustavo A. Mäusel Universidad del Museo Social Argentino
gustavo.mausel@umsa.edu.ar

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Gustavo Tafet Universidad Maimónides, Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva Universidad de Buenos Aires, Argentina.
editor@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Alvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en septiembre de 2016

Original

Consistencia interna y dimensionalidad del Inventario de Evaluación de la Personalidad en estudiantes universitarios de Buenos Aires

JULIANA BEATRIZ STOVER, AGUSTÍN FREIBERG HOFFMANN, MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE, ALEJANDRO CASTRO SOLANO

JULIANA BEATRIZ STOVER
Doctora en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

AGUSTÍN FREIBERG HOFFMANN
Doctor en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET)
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE
Doctora en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

ALEJANDRO CASTRO SOLANO
Doctor en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Palermo.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

CORRESPONDENCIA
Dra. Juliana Beatriz Stover.
Gral. Juan Lavalle 2353, C1052AAA.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
julianastover@psi.uba.ar

Se presentan análisis psicométricos del Inventario de Evaluación de la Personalidad en estudiantes universitarios. Se trabajó con 374 alumnos (50.4% mujeres, 49.6% varones; $M_{edad}=23.71$, $DE=3.28$) que asistían a instituciones públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores. Se examinó la consistencia interna mediante el cálculo de alfas de Cronbach, hallándose guarismos en su mayoría excelentes para las escalas clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal, y más bajos para las escalas de validez y sub-escalas. Se efectuaron análisis de componentes principales con rotación Varimax. Al incluirse las 22 escalas se aisló una estructura de cinco dimensiones, mientras que al considerar las 11 clínicas se detectaron tres factores. Se efectuaron análisis complementarios para examinar la congruencia de la factorización con la de adaptaciones previas, encontrándose un ajuste moderado en la mayoría de los cálculos. Futuras investigaciones continuarán examinando las propiedades psicométricas del instrumento.

Palabras clave: PAI – Confiabilidad – Estructura factorial – Educación universitaria.

Internal Consistency and Dimensionality of the Personality Assessment Inventory in University Students in Buenos Aires

This paper presents psychometric analyses of the Personality Assessment Inventory in college students ($N= 374$; 50.4% females, 49.6% males; $M_{age}=23.71$, $DE=3.28$) attending public and private institutions from Buenos Aires and its suburbs. Internal consistency was examined using Cronbach's Alphas, showing mostly values for the clinical scales related to the treatment and interpersonal relationship, and lower for validity scales and sub-scales. Analyses of principal components were made with Varimax rotation. When including the 22 scales a five dimension structure was isolated. Whereas when considering the 11 clinical scales three factors were detected. Complementary analyses were developed in order to examine the congruence of factorization with that of previous versions, verifying a moderate fit in most calculations. Further investigations will go on analyzing psychometric features of PAI.

Keywords: PAI – Reliability – Factor Structure – University Education.

Introducción

Evaluar la sintomatología psicopatológica de los estudiantes universitarios ha sido foco de numerosas investigaciones [1, 2], especialmente considerando que su presencia dificulta el correcto desempeño académico [8] y que tras su detección temprana puede intervenir en pos de mejorar ese rendimiento, así como la calidad de vida en un sentido amplio [9, 26]. Entre los instrumentos locales disponibles para evaluarla existen técnicas clásicas de diagnóstico y rastillaje psicopatológico, como por ejemplo el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su segunda versión —*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)— [6] y el Listado de Chequeo de Síntomas Revisados —*Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R)— [7, 11]. Ambos permiten analizar diversas facetas sintomatológicas, aunque presentan problemas en cuanto a aspectos lingüísticos, a procedimientos utilizados para su adaptación y al envejecimiento de sus baremos los cuales, a su vez, no han sido construidos para estudiantes universitarios. Por otra parte se dispone de escalas desarrolladas en los últimos años, pero que solamente examinan aspectos específicos, como por ejemplo la ansiedad [13] o el desgaste emocional [12].

De este modo, la adaptación de instrumentos de diagnóstico y rastillaje apropiados para el trabajo con alumnos universitarios se detecta como un área de vacancia, en la cual el Inventario de Evaluación de la Personalidad —*Personality Assessment Inventory* (PAI)— [21, 22] parece una opción factible.

El PAI ha sido diseñado como un instrumento de diagnóstico cuyo objetivo es aportar información relevante sobre síntomas psicopatológicos y variables vinculadas al diseño del tratamiento en adultos a partir de 18 años. Cuenta con dos versiones: completa —344 ítems— y abreviada —conformada por los 165 reactivos iniciales seleccionados por su mejor calidad psicométrica—. La respuesta a los ítems asume un formato likert de cuatro posiciones, que posibilita captar mayor variabilidad en los niveles de intensidad o gravedad de las manifestaciones. Sus reactivos y escalas se diseñaron con un criterio mixto, racional y empírico. El primero implicó la elección de ciertos síndromes clínicos en función de su relevancia en distintas nosologías a

lo largo de la historia. El criterio empírico involucró entrevistas a profesionales con el objetivo de indagar la importancia de esos síndromes en la práctica clínica actual. Estos procedimientos posibilitaron el desarrollo de escalas útiles para efectuar diagnósticos según los lineamientos de los ejes I y II del DSM-IV-T [3], así como para numerosos trastornos de la reciente versión del DSM-5 [4, 17].

Integra distintos tipos de escalas: de validez, clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal. Las cuatro de validez evalúan Inconsistencia (INC), Infrecuencia (INF), Impresión Negativa (IMN) e Impresión Positiva (IMP). Las 11 escalas clínicas que, en su mayoría, presentan sub-escalas son:

- Quejas Somáticas (SOM), cuyas dimensiones son Conversión (SOM-C), Somatización (SOM-S), Hipocondría (SOM-H).
- Ansiedad (ANS), compuesta por las sub-escalas Cognitiva (ANS-C), Emocional (ANS-E), Fisiológica (ANS-F).
- Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA), que incluye Obsesivo-Compulsivo (TRA-O), Fobias (TRA-F), Estrés Post-Traumático (TRA-E).
- Depresión (DEP), conformada por las facetas Cognitiva (DEP -C), Emocional (DEP-E), Fisiológica (DEP-F).
- Manía (MAN), compuesta por Nivel de Actividad (MAN-A), Grandiosidad (MAN-G), Irritabilidad (MAN-I).
- Paranoia (PAR), agrupando las sub-escalas de Hipervigilancia (PAR-H), Persecución (PAR-P), Resentimiento (PAR-R).
- Esquizofrenia (ESQ), integrada por Experiencias Psicóticas (ESQ-P), Indiferencia Social (ESQ-S), Alteración del pensamiento (ESQ-A).
- Rasgos Límites (LIM), dimensiones de Inestabilidad Emocional (LIM-E), Alteración de la Identidad (LIM-I), Relaciones Interpersonales Problemáticas (LIM-P), Autoagresiones (LIM-A).
- Rasgos Antisociales (ANT), compuesta por Conductas Antisociales (ANT-A), Egocentrismo (ANT-E), Búsqueda de Sensaciones (ANT-B).
- Problemas con el Alcohol (ALC).
- Problemas con las Drogas (DRG).

En cuanto a las cinco escalas relacionadas con el tratamiento, la primera, Agresión (AGR), se compone de las sub-escalas Actitud Agresiva (AGR-A), Agresión Verbal (AGR-V), Agresión

Física (AGR-F). Las cuatro restantes son Ideación Suicida (SUI), Estrés (EST), Falta de Apoyo Social (FAS) y Rechazo al Tratamiento (RTR). Finalmente, las dos escalas de relación interpersonal se denominan Dominancia (DOM) y Afabilidad (AFA).

Actualmente el PAI se emplea internacionalmente en una amplia gama de investigaciones dirigidas, por ejemplo, a evaluar trastornos alimenticios [19], trastorno por estrés post-traumático e ideación suicida [10] y a identificar reincidencias criminales [25].

Al examinar los estudios psicométricos de versiones disponibles para su uso con población general se destacan cuatro trabajos: la versión original de Estados Unidos [21, 22] y las adaptaciones efectuadas en Alemania, España y Grecia [14, 18, 24]. En todas ellas se analizó la consistencia interna mediante el cálculo de alfas de Cronbach, y en las adaptaciones estadounidenses, alemana y española se realizaron análisis de componentes principales con rotación Varimax, admitiendo cargas factoriales significativas dobles, donde se incluyeron las puntuaciones totales de las 11 clínicas. En las adaptaciones alemana y española también se analizaron las 22 escalas (validez, clínicas, relacionadas con el tratamiento, relación interpersonal) reproduciendo siempre el mismo tipo de análisis. Los resultados factoriales hallados en los distintos países han mostrado adecuados coeficientes de congruencia al comparar sus estructuras factoriales [15].

La versión original [21, 22] reportó alfas con valores bajos (.51) y altos (.90), predominando los guarismos más elevados en las escalas (.52 to .86), y los inferiores en las sub-escalas (.45 to .81). La consistencia interna superior se halló en las escalas de Ansiedad (.90), Quejas Somáticas (.89), Depresión (.87) y Rasgos Límites (.87), la más baja en Manía-Nivel de Actividad (.51), Trastornos Relacionados con la Ansiedad-Obsesivo Compulsivo (.56), Esquizofrenia (.56) y Trastornos Relacionados con la Ansiedad-Fobias (.58). En el análisis de componentes principales realizado sobre las 11 escalas clínicas se encontraron dos factores que explicaron el 77.20% de la varianza.

En la adaptación alemana [14], al estimar la consistencia interna, se hallaron valores de

consistencia bajas para las escalas de validez (.26 a .73) y mayormente altos para las escalas clínicas (.63 a .91). Los mayores se obtuvieron en Quejas Somáticas (.91), Ansiedad (.89) y Depresión (.88) mientras que los más bajos, en Infrecuencia (.26) y Problemas con las Drogas (.63). Las escalas relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal también exhibieron alfas aceptables (por encima de .70). En cuanto a la estructura factorial, siguiendo la línea de trabajo de Morey [21], se efectuaron dos análisis de componentes principales con rotación Varimax. El primero incluyó las 22 puntuaciones de todas las escalas, explicando el 62.37% de la varianza mediante cuatro factores. En segundo término se realizó un análisis que abarcó solamente las escalas clínicas, resultando dos factores que explicaron el 61.7% de la varianza.

De modo similar, el estudio griego [18] calculó la consistencia interna, obteniéndose valores altos en todos los casos. El alfa más bajo se reportó para la sub-escala de Trastornos Relacionados con la Ansiedad-Obsesivo Compulsivo (.65) y el más elevado, para la sub-escala de Agresión-Física (.97). Ese trabajo no realizó estudios de dimensionalidad.

En la adaptación española [24] se hallaron alfas ubicados entre .46 y .89, resultando los mayores los de las escalas de Ansiedad (.89), Quejas Somáticas (.89) y Depresión (.86) y los más bajos, los de las sub-escalas Rasgos Antisociales-Egocentrismo (.46), Rasgos Límites-P (.54), Manía-A (.56) y Agresión-Verbal (.59). En relación a los análisis de componentes principales, al incluirse todas las escalas se aisló una solución factorial que explicó el 62% de la varianza. Examinando las 11 escalas clínicas se halló una estructura bidimensional explicando el 68% de la varianza.

En función de lo expuesto, y teniendo en cuenta la importancia que una apropiada evaluación de sintomatología en el estudiantado universitario implica por su vínculo con el rendimiento académico, así como porque la simple detección de psicopatología resulta vital de cara a la posterior orientación y derivación de potenciales casos, el presente trabajo de adaptación del PAI en población local se propone dos objetivos: analizar la consistencia

interna de sus escalas y sub-escalas, y describir la estructura factorial, comparando estos resultados con los reportados en investigaciones previas.

Materiales y método

Participantes

Se trabajó con 374 estudiantes universitarios (50.4% mujeres, 49.6% varones) que asistían a instituciones situadas en la Ciudad de Buenos Aires y alrededores, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años ($M=23.71$, $DE=3.28$). En relación al nivel socioeconómico percibido, la mayoría se ubicó en el nivel medio (72.2%), siguiéndole en porcentajes los niveles medio-alto (20.3%), medio-bajo (6.8%), alto (.5%) y bajo (.3%).

El 82.9% concurría a universidades públicas y los restantes, a privadas. Considerando la clasificación del Ministerio de Educación [20], las carreras que cursaban correspondían a las áreas de Ciencias Sociales (33.4%), Ciencias Humanas (26.7%), Ciencias Aplicadas (26.5%), Ciencias de la Salud (11%) y Ciencias Básicas (2.4%).

Instrumentos

- Encuesta de datos sociodemográficos. Recolecta información sobre características tales como sexo, edad, nivel socioeconómico percibido, universidad, facultad y carrera.
- Inventario de Evaluación de la Personalidad —*Personality Assessment Inventory, PAI*— [22, 27]. Se utilizó la adaptación local, que conserva las mismas escalas y sub-escalas que la versión original. Cuenta con estudios de validez —contenido, aparente, criterio— y de consistencia interna. Se compone de 344 reactivos con opciones de respuesta likert (*falso* = 0; *levemente verdadero* = 1; *bastante verdadero* = 2; *completamente verdadero* = 3).

Procedimiento

En un primer momento, se efectuó una administración piloto con 15 estudiantes universitarios de una institución pública para asegurar la comprensión de los reactivos utilizados en la versión diseñada para población general [27]. Debido a que no se sugirieron modificaciones, se procedió a la recolección de datos mediante administraciones individuales y colectivas, coordinada por doctores en psicología, contando con el apoyo de psicólogos y estudiantes

avanzados de esa carrera de grado. Mediante un consentimiento informado se garantizó la confidencialidad y anonimato de las respuestas, así como la posibilidad de dejar de responder en cualquier momento. Se recolectaron 385 protocolos durante el segundo semestre de 2014, de los cuales 11 fueron eliminados por contener información sociodemográfica incompleta, así como por respuestas a todos los reactivos del test en una única dirección.

Análisis de datos

Para analizar la consistencia interna de las puntuaciones se calcularon coeficientes α de Cronbach. Con el objetivo de describir la estructura factorial, se efectuó un análisis de componentes principales con rotación Varimax, con criterio Kaiser de autovalores mayores que 1 [15]. Siguiendo trabajos anteriores [14, 21, 22, 24] se realizaron dos análisis: el primero incluyó las puntuaciones totales de las 22 escalas y el segundo, las 11 clínicas.

Se analizó la congruencia de los componentes reportada en este estudio y en otras versiones utilizando el análisis Procustes sin ajuste (también llamado no-Procustes análisis) mediante el software Orthosim [5, 16]. Al momento de realizar los análisis el programa presenta la limitación de que la cantidad de variables en la matriz-objetivo no puede ser inferior a la de la matriz de comparación. Por lo tanto, solo se compararon las estructuras factoriales obtenidas con las 22 escalas para las muestras española y argentina, debido a que presentaban la misma cantidad de factores. Para comparar con las soluciones factoriales estadounidense y alemana se realizó un análisis con las 22 escalas forzando a cuatro dimensiones y otro, con las 11 clínicas forzando a dos factores.

Resultados

Previo al análisis de datos correspondiente a los objetivos, se calcularon estadísticos descriptivos (media, desvío y asimetría) para cada puntuación total de escalas y sub-escalas. Como se detalla en la tabla 1, las puntuaciones medias en todos los casos fueron bajas, ubicándose lejos del máximo posible de cada dimensión. La asimetría solo superó el valor de 2 en Impresión Positiva, Quejas Somáticas- Conversión e Ideación Suicida, indicando la pertinencia de un análisis de componentes principales [15].

Tabla 1. Estadísticos descriptivos interna para escalas y sub-escalas del Inventario de Evaluación de la Personalidad

Escalas	Máximo posible	M	DE	Asimetría	Sub-Escalas	Máximo posible	M	DE	Asimetría
De validez									
INC	60	11.97	4.21	.70	-	-	-	-	-
INF	24	3.15	2.31	0.85	-	-	-	-	-
IMN	27	1.44	1.98	2.26	-	-	-	-	-
IMP	27	13.91	4.21	-.06	-	-	-	-	-
Clínicas									
SOM	72	8.97	7.71	2	SOM-C	24	2.16	2.78	2.12
					SOM-S	24	5.06	3.74	1.18
					SOM-H	24	4.65	3.13	1.36
ANS	72	22.03	9.64	.93	ANS-C	24	8.41	4.03	.69
					ANS-E	24	8.18	3.87	.55
					ANS-F	24	5.44	3.25	1.23
TRA	72	21.00	9.34	.89	TRA-O	24	7.85	3.84	.44
					TRA-F	24	7.99	3.67	.31
					TRA-E	24	5.16	4.60	1.38
DEP	72	16.06	8.35	1.64	DEP-C	24	6.08	3.13	1.35
					DEP-E	24	4.36	3.37	1.79
					DEP-F	24	5.62	3.62	.73
MAN	72	24.54	9.34	.37	MAN-A	24	6.56	3.43	.52
					MAN-G	24	9.76	4.71	.45
					MAN-I	24	8.22	4.11	.30
PAR	72	22.21	7.39	.74	PAR-H	24	10.33	3.66	.34
					PAR-P	24	2.57	2.25	1.86
					PAR-R	24	9.31	3.48	.48
ESQ	72	14.37	8.17	.69	ESQ-A	24	5.82	3.36	.53
					ESQ-P	24	2.72	2.56	1.30
					ESQ-S	24	5.65	3.84	.78
LIM	72	21.71	9.02	.64	LIM-A	18	4.42	2.68	.73
					LIM-E	18	6.35	3.32	.62
					LIM-I	18	6.36	3.33	.52
					LIM-P	18	4.58	2.79	.62
ANT	72	15.15	7.33	.72	ANT-A	24	4.71	3.82	.62
					ANT-E	24	3.63	2.58	1.45
					ANT-B	24	6.82	3.45	.75
ALC	36	7.01	3.85	1.50	-	-	-	-	-
DRG	36	4.35	4.36	1.16	-	-	-	-	-
Relacionadas con el tratamiento									
AGR	54	15.96	7.31	.41	AGR -A	18	6.93	3.28	.29
					AGR -V	18	7.00	3.35	.32
					AGR -F	18	2.03	2.27	1.42
SUI	33	2.43	4.10	2.77	-	-	-	-	-
EST	24	6.44	3.35	.74	-	-	-	-	-
FAS	24	5.21	3.53	.78	-	-	-	-	-
RTR	24	14.27	4.24	-.34	-	-	-	-	-
De relación interpersonal									
DOM	36	21.36	4.90	.13	-	-	-	-	-
AFA	36	20.46	5.21	-.10	-	-	-	-	-

Ref. Escalas de validez: INC: Inconsistencia; INF: Infrecuencia; IMN: Impresión Negativa; IMP: Impresión Positiva.
Escalas clínicas: ALC: Problemas con el Alcohol. DRG: Problemas con las drogas. ANS: Ansiedad (ANS-E: Cognitiva; ANS-E: Emocional; ANS-F: Fisiológica). ANT: Rasgos Antisociales (ANT-A: Conductas Antisociales; ANT-E: Egocentrismo; ANT-B: Búsqueda de Sensaciones). DEP: Depresión (DEP-C: Cognitiva; DEP-E: Emocional; DEP-F: Fisiológica). ESQ: Esquizofrenia (ESQ-P: Experiencias Psicóticas; ESQ-S: Indiferencia Social; ESQ-A: Alteración del pensamiento). LIM: Rasgos Límites (LIM-E: Inestabilidad Emocional; LIM-I: Alteración de la Identidad; LIM-P: Relaciones Interpersonales Problemáticas; LIM-A: Autoagresiones). MAN: Manía (MAN-A: Nivel de Actividad; MAN-G: Grandiosidad; MAN-I: Irritabilidad). PAR: Paranoia (PAR-H: Hipervigilancia; PAR-P: Persecución; PAR-R: Resentimiento). SOM: Quejas Somáticas (SOM-C: Conversión; SOM-S: Somatización; SOM-H: Hipocondría). TRA: Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA-O: Obsesivo-Compulsivo; TRA-F: Fobias; TRA-E: Estrés Post-Traumático). **Relacionadas con el tratamiento.** AGR: Agresión (AGR-A: Actitud Agresiva, AGR-V: Agresión Verbal, AGR-F: Agresión Física). SUI: Ideación Suicida. EST: Estrés. FAS: Falta de Apoyo Social. RTR: Rechazo al Tratamiento. **Escalas de relación interpersonal.** DOM: Dominancia. AFA: Afabilidad.

Consistencia interna

Las escalas de validez presentaron valores relativamente bajos, especialmente en Impresión Negativa (.47). En las escalas clínicas se observaron guarismos excelentes, que se ubicaron entre .85 y .71, a excepción de Problemas con las Drogas (.64). Los valores de las escalas relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal mostraron valores aceptables, situándose entre .68 y .83, salvo en el caso de Estrés que exhibió un valor inferior (.55). En el caso de las sub-escalas, los alfas de Cronbach fueron más bajos, entre .41 y .83 (tabla 2).

Estructura factorial

El análisis de componentes principales para las 22 escalas del PAI aisló una estructura de cinco dimensiones que explicó el 63.2% de la varianza ($KMO=.894$; $Bartlett: \chi^2= 3877.14$, $231gl$, $p=.000$). El primer factor agrupó a Impresión Negativa, Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Problemas con las Drogas, Ideación Suicida y Estrés (todas ellas con cargas factoriales positivas) y a Impresión Positiva y Rechazo al Tratamiento (con cargas negativas). En el segundo factor se ubicaron Manía, Rasgos Antisociales, Agresión y Dominancia; en el tercero, Impresión Positiva, Depresión, Paranoia y Falta de Apoyo Social; en el cuarto, Inconsistencia, Infrecuencia, Rasgos Antisociales y Problemas con el Alcohol; y, por último, en el quinto, solamente Afabilidad (tabla 3).

Mediante el *software* Orthosim se compararon, para las 22 escalas, estos resultados con los españoles (tabla 4). El valor de congruencia global mostró una adecuación moderada en las estructuras (.85), dado que se ubicó en el rango de .82 y .92 [5, 16]. Lo mismo sucedió en el primer, segundo y tercer factor. En el quinto la congruencia fue baja, y buena en el cuarto.

Con el objetivo de comparar los datos de esta investigación con los hallados en la muestra alemana se llevaron a cabo análisis de componentes principales forzando el número de factores a extraer. De este modo, para las 22 escalas se buscaron cuatro factores que explicaron el 58.35% de la varianza ($KMO=.894$; $Bartlett: \chi^2= 3877.14$, $231gl$, $p=.000$). El primer

factor agrupó a Ansiedad, Depresión Esquizofrenia, Rasgos Límites, Ideación Suicida y Estrés (todas con cargas positivas) y a Impresión Positiva y Rechazo al Tratamiento (con cargas negativas). Esta combinación de escalas fue similar a la hallada sin forzar factores, con la diferencia de que no incluyó Problemas con las Drogas. El segundo factor resultó idéntico al extraído sin forzar factores, agrupando a Manía, Rasgos Antisociales, Agresión y Dominancia. La tercera dimensión incluyó a Inconsistencia, Infrecuencia y Problemas con el Alcohol, y la cuarta reunió a Depresión y Falta de Apoyo Social (tabla 3). Al examinar los coeficientes de congruencia comparando la mencionada solución factorial, con la alemana, se hallaron valores bajos (tabla 4).

El análisis de componentes principales para las 11 escalas clínicas arrojó una solución de tres dimensiones, explicando el 66.30% de la varianza ($KMO=.84$; $Bartlett: \chi^2= 1750.27$, $55gl$, $p=.000$). El primer factor agrupó las escalas de Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Paranoia, Esquizofrenia y Rasgos Límites; el segundo aglutinó a Manía, Paranoia, Esquizofrenia y Rasgos Antisociales; y el tercero, a Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol y Problemas con las Drogas (tabla 3).

Al considerar solamente las 11 escalas clínicas, se forzó la extracción a dos dimensiones, que explicaron el 56.55% de la varianza ($KMO=.84$; $Bartlett: \chi^2= 1750.27$, $55gl$, $p=.000$). Los agrupamientos de escalas resultaron similares a los encontrados en los cálculos realizados sin forzar: el primer factor fue idéntico y el segundo fusionó al segundo y tercero. Por lo tanto, la primera dimensión agrupó a las escalas de Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Paranoia, Esquizofrenia y Rasgos Límites; y la segunda, a Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol y Problemas con las Drogas (tabla 3).

Al comparar la estructura hallada con las de otras investigaciones se encontró una congruencia global buena en relación a la versión estadounidense (.93), y moderada al considerar los resultados españoles (.92) y alemanes (.89). La adecuación en todos los factores fue

Tabla 2. Consistencia interna para escalas y sub-escalas del Inventario de Evaluación de la Personalidad

Escalas	Alfa de Cronbach	Promedio de correlaciones inter-ítem	Sub-escalas	Alfa de Cronbach	Promedio de correlaciones inter-ítem
De validez					
IMN	.47	.09	-	-	-
IMP	.66	.18	-	-	-
Clínicas					
SOM	.80	.16	SOM-C	.61	.18
			SOM-H	.67	.21
			SOM-S	.56	.18
ANS	.85	.21	ANS-C	.75	.27
			ANS-E	.69	.23
			ANS-F	.59	.17
TRA	.80	.16	TRA-O	.59	.15
			TRA-F	.53	.13
			TRA-T	.83	.39
DEP	.82	.19	DEP-C	.61	.21
			DEP-E	.73	.30
			DEP-F	.62	.15
MAN	.78	.14	MAN-A	.50	.11
			MAN-G	.69	.23
			MAN-I	.73	.25
PAR	.76	.12	PAR-H	.63	.17
			PAR-P	.58	.16
			PAR-R	.55	.14
ESQ	.73	.11	ESQ-A	.62	.18
			ESQ-P	.50	.12
			ESQ-S	.73	.26
LIM	.79	.14	LIM-A	.50	.14
			LIM-E	.63	.24
			LIM-I	.64	.23
			LIM-P	.41	.11
ANT	.71	.10	ANT-A	.60	.15
			ANT-E	.42	.09
			ANT-B	.58	.16
ALC	.73	.21	-	-	-
DRG	.64	.16	-	-	-
Relacionadas con el tratamiento					
AGR	.79	.18	AGR -A	.65	.25
			AGR -V	.57	.18
			AGR -F	.54	.19
SUI	.83	.35	-	-	-
EST	.55	.15	-	-	-
FAS	.68	.21	-	-	-
RTR	.76	.24	-	-	-
De relación interpersonal					
DOM	.69	.15	-	-	-
AFA	.71	.17	-	-	-

Ref. Escalas de validez: INC: Inconsistencia; INF: Infrecuencia; IMN: Impresión Negativa; IMP: Impresión Positiva.
Escalas clínicas: ALC: Problemas con el Alcohol. DRG: Problemas con las drogas. ANS: Ansiedad (ANS-E: Cognitiva; ANS-E: Emocional; ANS-F: Fisiológica). ANT: Rasgos Antisociales (ANT-A: Conductas Antisociales; ANT-E: Egocentrismo; ANT-B: Búsqueda de Sensaciones). DEP: Depresión (DEP-C: Cognitiva; DEP-E: Emocional; DEP-F: Fisiológica). ESQ: Esquizofrenia (ESQ-P: Experiencias Psicóticas; ESQ-S: Indiferencia Social; ESQ-A: Alteración del pensamiento). LIM: Rasgos Límites (LIM-E: Inestabilidad Emocional; LIM-I: Alteración de la Identidad; LIM-P: Relaciones Interpersonales Problemáticas; LIM-A: Autoagresiones). MAN: Manía (MAN-A: Nivel de Actividad; MAN-G: Grandiosidad; MAN-I: Irritabilidad). PAR: Paranoia (PAR-H: Hipervigilancia; PAR-P: Persecución; PAR-R: Resentimiento). SOM: Quejas Somáticas (SOM-C: Conversión; SOM-S: Somatización; SOM-H: Hipocondría). TRA: Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA-O: Obsesivo-Compulsivo; TRA-F: Fobias; TRA-E: Estrés Post-Traumático). **Relacionadas con el tratamiento.** AGR: Agresión (AGR-A: Actitud Agresiva, AGR-V: Agresión Verbal, AGR-F: Agresión Física). SUI: Ideación Suicida. EST: Estrés. FAS: Falta de Apoyo Social. RTR: Rechazo al Tratamiento. **Escalas de relación interpersonal.** DOM: Dominancia. AFA: Afabilidad.

Tabla 3. Cargas de los ítems y factores extraídos para el Inventario de Evaluación de la Personalidad

Escala	22 Escalas								11 Escalas					
	Sin forzar				Forzando				Sin forzar			Forzando		
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F1	F2
IMN	.53	.08	.45	.19	.34	.63	.20	.21	.07					
IMP	-.72	-.35	-.08	.08	.22	-.67	-.31	.12	-.25					
INC	.14	-.03	.08	.68	.14	.10	-.06	.67	.35					
INF	-.13	-.19	.24	.55	-.04	-.09	-.13	.58	.16					
SOM	.66	.07	-.09	.13	.02	.63	.06	.09	-.06	.67	-.03	.22	.62	.12
ANS	.84	.04	.11	.08	-.18	.80	.02	.06	.22	.87	.09	.07	.86	.07
TRA	.81	.04	.13	-.02	-.04	.80	.04	-.04	.13	.83	.17	-.03	.85	.05
DEP	.68	-.07	.46	.17	-.15	.70	-.03	.19	.44	.78	.14	.12	.78	.15
MAN	.31	.70	.20	-.02	.36	.37	.76	-.04	-.09	.15	.87	.06	.32	.59
PAR	.30	.23	.67	-.05	-.21	.34	.28	-.02	.63	.50	.46	-.23	.60	.10
ESQ	.64	.16	.26	.17	.28	.70	.23	.16	-.01	.58	.47	.20	.63	.43
LIM	.81	.28	.19	.15	-.09	.80	.27	.12	.21	.77	.38	.16	.81	.32
ANT	.18	.64	.29	.40	.20	.24	.71	.38	.05	.07	.75	.48	.17	.84
ALC	.18	.14	-.01	.61	.12	.20	.18	.60	-.12	.11	.13	.76	.05	.67
DRG	.66	.07	-.09	.13	.02	.14	.20	.71	-.10	.12	.06	.76	.05	.62
AGR	.27	.71	.10	.19	-.33	.21	.66	.14	.32					
SUI	.55	.01	.32	.30	.02	.58	.06	.31	.21					
EST	.60	.11	.32	-.04	.14	.65	.16	-.04	.14					
FAS	.15	.00	.76	.13	-.14	.23	.08	.19	.62					
RTR	-.79	.13	-.13	-.10	.04	-.79	.12	-.09	-.13					
DOM	-.36	.66	-.25	-.12	.11	-.39	.63	-.16	-.23					
AFA	-.13	.11	-.32	.02	.71	-.06	.18	.01	-.74					

Varianza explicada

%	27.02	10.29	9.93	9.78	6.39	28.12	11.05	9.68	9.67	33.96	17.94	14.38	36.33	20.22
---	-------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------

Ref. IMN: Impresión Negativa; IMP: Impresión Positiva; INC: Inconsistencia; INF: Infrecuencia. ALC: Problemas con el Alcohol; DRG: Problemas con las drogas; ANS: Ansiedad; ANT: Rasgos Antisociales; DEP: Depresión; ESQ: Esquizofrenia LIM: Rasgos Límites; MAN: Manía; PAR: Paranoia; SOM: Quejas Somáticas; TRA: Trastornos relacionados con la ansiedad. AGR: Agresión; SUI: Ideación Suicida; EST: Estrés; FAS: Falta de Apoyo Social; RTR: Rechazo al Tratamiento. DOM: Dominancia; AFA: Afabilidad.

Tabla 4. Comparación de estructura factorial. Coeficientes de congruencia

Escala	22			11	
	5		4	2	
	España	Alemania	EEUU	España	Alemania
Global	.85	.58	.93	.92	.89
1	.84	.59	.87	.91	.86
2	.87	.75	.88	.88	.85
3	.90	.58			
4	.84	.52			
5	.70				

moderada (tabla 4).

Discusión

El trabajo aquí planteado examinó las propiedades psicométricas del PAI en estudiantes universitarios de Buenos Aires. En la misma dirección que lo reportado en las adaptaciones estadounidense, alemana, griega y española [14, 18, 21, 22, 24], la mayoría de los valores de consistencia interna para las escalas clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relación interpersonal resultó adecuada, mientras que en los obtenidos en las escalas de validez y en las sub-escalas fueron más bajos. Una interpretación plausible surge de considerar la cantidad de ítems incluidos en cada dimensión: las escalas presentan mayor cantidad de reactivos y ello obra en beneficio de la consistencia interna [23]. A pesar de detectarse algunos coeficientes alfas de Cronbach bajos, se considera que, en términos generales, los resultados indican una adecuada consistencia interna del instrumento para su uso con estudiantes universitarios, teniendo en cuenta que los valores inferiores resultan de escalas y subescalas integradas por pocos reactivos.

En relación con la dimensionalidad, se aislaron cinco factores para las 22 escalas. El primero incluyó sintomatología vinculada a la ansiedad (Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Estrés), así como a desórdenes afectivos y del pensamiento más severos (Depresión, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Problemas con las Drogas, Ideación Suicida) [24]. También se ubicaron allí las escalas de validez de Impresión Negativa (con cargas factoriales positivas) e Impresión Positiva y Rechazo al Tratamiento (con cargas negativas), lo que resulta lógico dado que se trata de un factor que reúne un amplio espectro de síntomas, en el que no se advierte una intención de minimizar la sintomatología en pos de mostrar una apariencia más ajustada que la real reportando, por ende, más síntomas sin desestimar posibilidades terapéuticas.

El segundo factor englobó características de personalidad con dificultades para empatizar con otros, aceptar las normas y tendientes a comportamientos impulsivos (Manía, Rasgos Antisociales, Agresión y Dominancia). En el tercer factor nuevamente se aglutinaron problemáticas relativas a un pobre control impulsivo

(Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol) y, por tanto, incapacidad para responder de un modo completamente consistente y coherente (Inconsistencia, Infrecuencia). En la cuarta dimensión se reunieron escalas relacionadas con el aislamiento, escaso apoyo social y falta de confianza (Depresión, Paranoia y Falta de Apoyo Social) y, al igual que en el primer factor, Impresión Negativa (con carga positiva). Por último en la quinta, solamente Afabilidad.

El número de factores hallado difirió del reportado en la versión alemana [14] pero era idéntico al encontrado en la adaptación española [24]. Sin embargo, al comparar sus estructuras, la congruencia global y la calculada para cada factor fue moderada no hallándose, por tanto, gran similitud en los resultados reportados. Lo mismo sucedió en al comparar la estructura de cuatro dimensiones en la muestra local con la informada por el estudio alemán, encontrándose una baja congruencia. Tal como señalan Hoelze y Meyer [16], los resultados factoriales frecuentemente son disímiles considerando las características muestrales. En el caso de las adaptaciones española y alemana, las edades superaban los 60 años, mientras que en la argentina el límite llegaba a 35. A la vez, las muestras de otras adaptaciones comprendían diversos niveles educativos (desde sin estudios formales hasta universitario completo), en tanto que este trabajo incluyó estudiantes universitarios. Por ende, la comparación de los resultados con muestras más homogéneas en cuanto a características sociodemográficas queda pendiente.

Al considerar el análisis realizado con las 11 escalas clínicas se aisló una solución tridimensional diferente, por tanto, de las dos bifactoriales halladas en las versiones anteriores [14, 21, 22, 24]. El primer factor agrupó las mismas escalas clínicas que el análisis con los 22 puntajes (Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Límites), con la excepción de que Problemas con las Drogas no quedó incluido. En el segundo se reunieron patrones de síntomas con una tendencia externalizante (Manía, Paranoia, Esquizofrenia y Rasgos Antisociales), y el tercero aunó problemas para el cumplimiento de normas y abuso de sustancias (Rasgos Antisociales, Problemas

con el Alcohol y Problemas con las Drogas). Tras realizar el análisis forzando a una solución de dos factores se compararon los hallazgos con los de las adaptaciones estadounidense, española y alemana. Los índices de congruencia fueron adecuados en todos los casos, mejores que los obtenidos al comparar los resultados de los análisis con las 22 escalas. Por lo tanto, dos interpretaciones surgen: en primer lugar, nuevamente se trata de muestras de población general con una mayor amplitud etaria en relación a los participantes adultos jóvenes de este trabajo; en segundo término, cabe mencionar la mayor congruencia entre las estructuras que involucran 11 escalas que la exhibida para las 22 escalas, resultado probablemente asociado con la homogeneidad de aspectos evaluados en el primer caso —sólo se evaluaban síntomas— respecto de la diversidad de facetas del análisis que abarcó todas las escalas —ya que se compuso de indicadores de validez, clínicos, vinculados al tratamiento y de relación interpersonal—.

Pasando a las limitaciones del presente trabajo, debe destacarse que se recolectaron datos de estudiantes de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores, por lo que la generalización de los resultados se circunscribe a educandos con similares características sociodemográficas. Por tratarse de participantes de población universitaria sin diagnóstico clínico, las medias de las puntuaciones fueron bajas, por lo que estos resultados no pueden extrapolarse a población clínica. Otra debilidad reside en que, si bien se detectaron puntajes bajos en las escalas de

validez y se eliminaron aquellos protocolos con respuesta en una única dirección, dado que no se cuenta con baremos para estudiantes universitarios locales, la eliminación no se hizo en función de las escalas de validez. Finalmente, en los análisis de componentes principales se utilizaron los puntajes totales de las escalas con el mero objetivo de replicar y comparar estos resultados con los de investigaciones previas. Desarrollar estos análisis empleando los ítems como *input* y sin permitir cargas dobles significativas permanece como punto urgente a ser investigado, en vista de su relevancia, pertinencia y mayor ajuste metodológico.

A pesar de estas limitaciones, se ha buscado proveer información sobre algunos indicadores de la calidad psicométrica del PAI en población universitaria de Buenos Aires y alrededores, como primer paso en esta línea de trabajo. Esto permitirá a profesionales de la salud y la educación la detección de un amplio espectro de psicopatología en alumnos, de cara a su correcta y pronta derivación a orientación y tratamiento. También proporciona información sobre la sintomatología dada por la comorbilidad, lo que permitirá diseñar perfiles para una evaluación más profunda de los perfiles del PAI. Futuras investigaciones deberán ampliar el análisis de evidencias de validez por medio de estudios factoriales exploratorios y confirmatorios a partir de los ítems —y ya no de las escalas—, así como de evidencias de validez empírica y teórica convergente y discriminante, junto con el examen de la estabilidad temporal de las puntuaciones.

Referencias

1. Abbott GR, Byrne LK. Schizotypy and subjective well-being in university students. *Psychiatry Res.* 2012; 196(1):154-56.
2. Agudelo Vélez DM, Casadiegos Garzón CP, Sánchez Ortíz DL. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Int J Psychol Res.* 2008; 1(1):34-39.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Barrett PT. Orthosim 2 (version 2.0): Target-comparasion matrix fitting [Computer software and manual]; 2005. Disponible en: <http://www.pbarrett.net/orthosim/orthosim.html>
6. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for the administration, scoring and interpretation.* Minneapolis: University of Minnesota Press; 1989.
7. Casullo MM. *El Listado de Síntomas SCL-90-R de Derogatis.* Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología.

- UBA; 1998.
8. Chow HPH. Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag*. [Internet]. 2010; [cited 2016 aug 1]; 8(2):473-496. Available from: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/21/english/Art_21_413.pdf
 9. Conley CS, Travers LV, Bryant FB. Promoting psychosocial adjustment and stress management in first-year college students: The benefits of engagement in a psychosocial wellness seminar. *J Am Coll Health*. 2013; 61(2): 75-86.
 10. Davis MT, Witte TK, Weathers FW. Post-traumatic stress disorder and suicidal ideation: The role of specific symptoms within the framework of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Psychol Trauma*. 2014; 6(6):610-18.
 11. Derogatis LR. *Symptom Checklist-90-Revised*. San Antonio: Pearson; 1983.
 12. Fontana SA. Estudio de las propiedades psicométricas de la escala de desgaste emocional para estudiantes universitarios. *Rev Argent Cienc Comport*. 2011; 3(2):44-48.
 13. Furlan L, Perez E, Moyano M, Jerrell C. Propiedades psicométricas y estandarización de la Escala de Ansiedad Cognitiva frente a los exámenes a la población universitaria argentina. *Evaluar*. 2011; 10:22-31.
 14. Groves JA, Engel RR. The German adaptation and standardization of the Personality Assessment Inventory (PAI). *J J Pers Assess*. 2011; 88(1):49-56.
 15. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall; 1999.
 16. Hoelzle JB, Meyer GJ. The invariant component structure of Personality Assessment Inventory (PAI) full scales. *J Pers Assess*. 2009; 91(2): 175-86.
 17. Hopwood CJ, Wright AGC, Krueger RF, Schade N, Markon KE, Morey LC. DSM-5 pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. *Assessment*. 2013; 20(3): 269-285.
 18. Lyrakos DG. The development of the Greek Personality Assessment Inventory. *Psychology*. 2011; 2(8): 797-803.
 19. MacGregor MW, Lamborn P. Personality Assessment Inventory profiles of university students with eating disorders. *J Eat Disord*. 2014; 2(1):2-20.
 20. Ministerio de Educación. *Anuario 2012*. Buenos Aires: Estadísticas Universitarias. Departamento de Información Universitaria; 2012.
 21. Morey L. *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
 22. Morey L. *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional Manual*. 2º Edition. Florida: Psychological Assessment Resources; 2007.
 23. Osburn HG. Coefficient alpha and related internal consistency: Reliability coefficients. *Psychol Methods*. 2000; 5(3): 343-355.
 24. Ortiz-Tallo M, Santamaría P, Cardenal V, Sánchez MP. *Inventario de evaluación de la personalidad*. Madrid: TEA; 2011.
 25. Ruiz MA, Cox J, Magyar MS, Edens JF. Predictive validity of the Personality Assessment Inventory (PAI) for identifying criminal reoffending following completion of an in-jail addiction treatment program. *Psychol Assess*. 2014; 26(2): 673-678.
 26. Short E, Kinman G, Baker S. Evaluating the impact of a peer coaching intervention on well-being amongst psychology undergraduate students. *ICPR*. 2010; 5(1): 27-35.
 27. Stover JB, Castro Solano A, Fernández Liporace M. *Personality Assessment Inventory: Psychometric analysis of the argentinean version*. *Psychol Rep*. 2015; 117(3):1-25.