

PAI-A

Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes



L. C. Morey

Adaptación a lengua española:
V. Cardenal, M. Ortiz-Tallo,
M.^a M. Campos y P. Santamaría



Índice

Acerca de los adaptadores	5
Prólogo a la adaptación a lengua española	7
Agradecimientos de la adaptación a lengua española	9
Ficha técnica	13
1. Introducción	15
1.1. Descripción del PAI-A	16
1.2. Materiales	21
2. Normas de aplicación y corrección	23
2.1. Normas generales de aplicación	23
<i>Ámbito de aplicación</i>	23
<i>Requisitos profesionales</i>	23
<i>Establecer un buen clima de comunicación</i>	24
<i>Consentimiento informado</i>	24
<i>Presentación del PAI-A</i>	25
<i>Evaluación de la capacidad de la persona evaluada para responder a la prueba</i>	25
<i>Advertencias respecto a la interpretación</i>	26
<i>Devolución de resultados del PAI-A a la persona evaluada en contextos clínicos o educativos</i>	27
2.2. Normas específicas de aplicación	27
2.3. Normas de corrección	28
<i>Aplicaciones masivas</i>	30
3. Normas de interpretación	31
3.1. El significado de las puntuaciones T	31
<i>Comparación con muestras clínicas</i>	33
<i>Comparación con muestras de menores infractores y con muestras evaluadas en contexto forense</i>	34
3.2. Etapas de la interpretación del PAI-A	35
3.3. Evaluación de la validez del perfil	35
<i>Ítems omitidos</i>	35
<i>Interpretación de los indicadores de distorsión del perfil</i>	36
<i>Inconsistencia (INC)</i>	37
<i>Infrecuencia (INF)</i>	38
<i>Impresión negativa (IMN)</i>	41
<i>Impresión positiva (IMP)</i>	43
3.4. Escalas clínicas	44

<i>Quejas somáticas (SOM)</i>	44
<i>Ansiedad (ANS)</i>	46
<i>Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)</i>	48
<i>Depresión (DEP)</i>	51
<i>Manía (MAN)</i>	53
<i>Paranoia (PAR)</i>	55
<i>Esquizofrenia (ESQ)</i>	56
<i>Rasgos límites (LIM)</i>	58
<i>Rasgos antisociales (ANT)</i>	61
<i>Problemas con el alcohol (ALC)</i>	62
<i>Problemas con las drogas (DRG)</i>	63
3.5. Escalas relacionadas con el tratamiento.....	65
<i>Agresión (AGR)</i>	65
<i>Ideaciones suicidas (SUI)</i>	66
<i>Estrés (EST)</i>	68
<i>Falta de apoyo social (FAS)</i>	69
<i>Rechazo al tratamiento (RTR)</i>	69
3.6. Escalas de relaciones interpersonales.....	71
<i>Dominancia (DOM)</i>	72
<i>Afabilidad (AFA)</i>	73
3.7. Ítems críticos.....	74
4. Proceso de creación del PAI-A y adaptación a lengua española	77
4.1. Proceso de creación del PAI.....	78
4.2. Desarrollo del PAI-A.....	81
4.3. Adaptación a lengua española.....	92
4.4. Procedimiento de construcción de los baremos en su adaptación a lengua española.....	95
5. Fundamentación psicométrica	105
5.1. Descripción de las muestras.....	106
<i>Muestra de población general</i>	107
<i>Muestra clínica</i>	108
<i>Muestra de centros de menores infractores</i>	110
<i>Muestra forense</i>	111
<i>Comparación entre muestras</i>	112
5.2. Fiabilidad.....	125
<i>Consistencia interna</i>	125
<i>Estabilidad temporal: correlación test-retest</i>	130
5.3. Evidencias de validez.....	136
<i>Evidencias sobre la relación con otras variables y sus resultados en grupos clínicos y en otras poblaciones especiales</i>	137
<i>Análisis de la estructura interna</i>	220
6. Versión abreviada del PAI-A	233
7. Estandarización argentina	237
7.1. Introducción.....	239
7.2. Descripción de la muestra de estandarización.....	239
7.3. Propiedades psicométricas.....	241
Referencias bibliográficas	247
Apéndice	253





Acerca de los adaptadores

Violeta Cardenal Hernández

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y profesora titular en la Facultad de Psicología de esta misma universidad. Una de sus líneas de investigación principales se centra en la evaluación de los estilos y los trastornos de personalidad generando diferentes publicaciones nacionales e internacionales, entre las que se encuentra la adaptación al español del MCMI-III (*Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III*) y del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*) y sus respectivos informes interpretativos automáticos y guías de casos clínicos. Ha dirigido, entre otras, tesis doctorales sobre la evaluación de rasgos de personalidad en adultos y en adolescentes y ha impartido seminarios sobre análisis y diagnóstico de perfiles de personalidad y síndromes clínicos.

Margarita Ortiz-Tallo Alarcón

Doctora en Psicología por la Universidad de Málaga y profesora titular de Psicopatología clínica en la misma universidad. Es psicóloga especialista en Psicología clínica y ha compaginado la docencia, la investigación y la práctica clínica y forense durante toda su trayectoria profesional. Ha dirigido el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga desde el año 2009, llevando a cabo tareas de organización, de investigación y de supervisión clínica con el equipo de profesionales y con los estudiantes de máster que se forman en el servicio. Colaboró como asesora clínica en el grupo de adaptación del MCMI-III (*Inventario Clínico Multiaxial de Millon - III*) y es co-autora de la adaptación del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*). Ha impartido cursos nacionales e internacionales de formación a profesionales relacionados con la evaluación clínica y la interpretación de los cuestionarios. También ha dirigido varios proyectos de investigación relacionados con la adaptación de inventarios de personalidad y es autora de diversos artículos internacionales y nacionales y libros sobre evaluación y psicopatología.

María del Mar Campos Ríos

Doctora en Psicología por la Universidad de Málaga, máster en Tratamientos psicológicos y de la salud, máster en Investigación en Psicología de la salud y posgrado en Psico-oncología y aspectos psicológicos de los cuidados paliativos. Actualmente desempeña su actividad profesional como psico-oncóloga en la Asociación Española Contra el Cáncer (A.E.C.C.). Ha trabajado en el diseño, la coordinación y el seguimiento de programas de asistencia, así como en la formación de profesionales asistenciales, en la atención psicológica direc-

ta a personas diagnosticadas de cáncer y a sus familiares y en la formación y coordinación del voluntariado. Participó en la adaptación del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*) como titulada Superior de apoyo a la investigación en la Universidad de Málaga, llevando a cabo actividades de traducción, captación, información y coordinación de colaboradores. También ha colaborado en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga, desempeñando labores de asistencia y apoyo psicológico a los miembros de la comunidad universitaria, compaginando su labor con la investigación y la publicación de artículos en revistas científicas y divulgativas.

Pablo Santamaría

Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, máster en Metodología de las ciencias del comportamiento y premio extraordinario de fin de carrera y de doctorado por esta misma Universidad. Cuenta con múltiples publicaciones en el área de la evaluación psicológica y es autor, coautor o adaptador de múltiples pruebas relacionadas con la evaluación de los aspectos emocionales, conductuales, cognitivos o intelectuales, entre las que se pueden citar el PAI, el MMPI-2-RF, el SIMS, las escalas BASC, las escalas SENA, las escalas BRIEF-2, el Q-PAD, el cuestionario EMMA, las escalas Wechsler (WISC-IV, WPPSI-III, WMS-III), las escalas McCarthy, las escalas Merrill-Palmer, las escalas RIAS, el Matrices, el EXPLORA, el BAT-7, el EFAI, el TABA o el DST-J, entre otras obras. En la actualidad es el director del departamento de I+D+i de TEA Ediciones y actúa también como presidente del jurado del Premio TEA Ediciones de pruebas de evaluación psicológica y editor asociado de la revista científica *Clínica y Salud*.



Prólogo a la adaptación a lengua española

El *Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes* (PAI-A) es el resultado de muchos años de intensas investigaciones en los campos académico, clínico y forense para la evaluación de la personalidad. Está diseñado para proporcionar información sobre las variables clínicas y forenses más relevantes en adolescentes de entre 12 y 18 años, con el fin de explorar las dificultades que presentan los jóvenes cuando solicitan ayuda o cuando son evaluados con el objetivo de elaborar un informe pericial, así como para profundizar en características sobre su conducta y modo de comportarse.

Lesley Morey, el autor, es un reconocido especialista en el ámbito de la evaluación de la personalidad, la psicopatología y los trastornos de la personalidad, siendo uno de los integrantes del grupo de trabajo del DSM-5 en la nueva definición del área de personalidad y trastornos de personalidad. El PAI-A se creó como complemento del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*; Morey, 2007b, 2011) y en respuesta al interés manifestado por los profesionales cuando aplicaron el PAI en población adolescente. Por ello, con el objetivo de demostrar su utilidad en esta población, el esfuerzo se centró en crear una nueva herramienta dirigida exclusivamente a los adolescentes, respetando en la medida de lo posible los fundamentos, la estructura y los ítems de la versión para adultos.

El cuestionario contiene 264 ítems que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Diez de estas escalas incluyen subescalas específicas que fueron derivadas conceptualmente para facilitar la interpretación y asegurar que se cubría todo el amplio rango de constructos clínicos. Por tanto, además de ofrecer información exhaustiva sobre la persona evaluada, también proporciona orientaciones sobre las vías de intervención y sobre el pronóstico, algo muy novedoso en pruebas de evaluación en español.

Como aportación relevante destacamos que la prueba ha sido diseñada para emplearse en todos los contextos: psicoterapia, psicología forense, ámbito psicoeducativo, centros de menores infractores, etc., por lo que se puede aplicar tanto a jóvenes con problemas clínicos, como a aquellos que no los presentan.

El equipo de adaptadores hemos ido constatando las bondades del cuestionario a lo largo del proceso. Hemos podido comprobar también la excelente acogida que ha tenido entre los profesionales que han participado en los diferentes estudios y, por lo tanto, tenemos la confianza de que los profesionales actuales y futuros, conforme vayan recurriendo a la prueba, irán también descubriendo su utilidad y enorme potencial. Así, los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales podrán considerar el PAI-A como un instrumento valioso y de referencia para la evaluación y para la investigación.



Ficha técnica

Nombre: PAI-A. *Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes.*

Nombre original: PAI-A. *Personality Assessment Inventory - Adolescent.*

Autor: Leslie C. Morey

Procedencia: PAR, *Psychological Assessment Resources*, 2007.

Adaptación a lengua española: Violeta Cardenal Hernández, Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, María del Mar Campos Ríos y Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2018.

Aplicación: Individual y colectiva.

Edad de aplicación: Adolescentes (de 12 a 18 años).

Duración: Variable, 45 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluación comprehensiva de la personalidad y de la psicopatología en adolescentes mediante 22 escalas (4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales) y 31 subescalas.

Baremación: Baremos en puntuaciones T de adolescentes de muestras de población general, clínica, forense y de centros de menores infractores.

Material: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.



1

Introducción

El PAI-A (*Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes*) es un cuestionario de evaluación de la personalidad diseñado para proporcionar información clave sobre las variables clínicas críticas de los adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. El PAI-A fue creado a partir del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*; Morey, 2011), en respuesta al interés manifestado por los profesionales de aplicar esta prueba, originalmente destinada a adultos, en población adolescente. Para ello, se diseñó el PAI-A como una herramienta dirigida para adolescentes respetando, en la medida de lo posible, la filosofía, la estructura y los ítems del PAI.

El PAI ha sido descrito en la literatura científica como «una mejora sustancial desde la perspectiva psicométrica sobre el estándar existente en el área» (Helmes, 1993, p. 417), como «uno de los nuevos tests de personalidad más interesantes» (Schlosser, 1992, p.12), como «uno de los más importantes avances en la evaluación clínica en los últimos veinte años» (McGrath, 2010) o como «el estándar en la evaluación de la personalidad y la psicopatología mediante autoinforme» (Hilsenroth, 2010). Es una de las pruebas más utilizadas en distintos contextos clínicos y forenses (Belter y Piotrowski, 2001; Lally, 2003; Matlasz *et al.*, 2017; Meyer, Hong y Morey, 2015; Mihura, Roy y Graceffo, 2017; Musso, Hill, Barker, Pella y Gouvier, 2016; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Santamaría, 2015, 2017; Sinclair *et al.*, 2015; Sinclair *et al.*, 2016; Vanwoerden *et al.*, 2017).

El presente manual proporciona una completa información para la correcta aplicación, corrección e interpretación del PAI-A. En este **capítulo inicial** se incluye una breve descripción de la prueba, de sus escalas y de los materiales que la componen; en el **capítulo 2** podrá encontrar detalladas normas para su aplicación y corrección y en el **capítulo 3**, información para su interpretación tanto para cada una de sus escalas como para el perfil en su conjunto.

Asimismo, en el **capítulo 4** (Proceso de creación del PAI-A y adaptación a lengua española) podrá encontrar información comprensiva sobre la lógica subyacente a la prueba, sus fundamentos teóricos y los métodos específicos implementados para acometer su construcción y su adaptación a lengua española. Finalmente, en el **capítulo 5** (Fundamentación psicométrica) se incluye detallada documentación sobre sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.

En el **capítulo 6** encontrará información sobre la versión abreviada del PAI-A, compuesta por sus 165 primeros ítems, y que puede ser útil para el profesional en aquellos casos en los que el tiempo de aplicación y la longitud del cuestionario sean un factor clave a tener en cuenta. Esta versión solo permite obtener el perfil de las escalas principales, no de las subescalas. Cabe reseñar que siempre resultará recomendable la aplicación

de la versión completa o íntegra del PAI-A frente a la abreviada por la amplitud de información adicional que permite obtener.

En el **capítulo 7** de este manual se incluye información sobre la estandarización del PAI-A realizada en Argentina. Complementariamente, en el menú del PAI-A en www.TEAcorrige.com se puede encontrar un documento donde se describen escuetamente las distintas muestras de estandarización o tipificación que se han utilizado para la generación de cada uno de los baremos que se ofrece en el PAI-A en su adaptación a lengua española (España, Argentina, Colombia, México y un baremo general para Latinoamérica).

1.1. Descripción del PAI-A

El PAI-A contiene 264 ítems que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Diez de estas escalas incluyen subescalas específicas que fueron derivadas conceptualmente para facilitar la interpretación y asegurar que se cubría todo el amplio rango de constructos clínicos. En las tablas 1.1 y 1.2 puede encontrarse una breve descripción de cada una de estas escalas y subescalas, respectivamente.

Los constructos clínicos evaluados por el PAI-A fueron seleccionados de acuerdo con dos criterios: su importancia histórica en la nosología de los trastornos psicológicos y su relevancia en la práctica diagnóstica actual. Estos criterios fueron evaluados mediante una revisión de la literatura científica y también mediante encuestas a profesionales. A la hora de crear los ítems de cada uno de los síndromes se examinó la literatura dedicada a dicho síndrome clínico específico para identificar aquellos componentes centrales en la definición del trastorno y se escribieron ítems que proporcionaran una evaluación de cada componente del síndrome en cuestión. Durante el proceso de construcción y depuración de las escalas se enfatizaron tanto los aspectos teóricos y conceptuales como los empíricos, tal y como se describe en el capítulo 4, relativo al proceso de creación del PAI-A, y en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica de este manual. Las redacciones de ciertos ítems fueron especialmente ajustadas para adaptarse a las experiencias particulares de los adolescentes, si bien en general se priorizó que cada uno de los ítems de la prueba proporcionara una evaluación directa de los componentes clave de los síndromes clínicos considerados.

Las puntuaciones del PAI-A aparecen expresadas en puntuaciones típicas T, que tienen una media de 50 y una desviación típica de 10, y cuya interpretación aparece detallada en el capítulo 3 de normas de interpretación de este manual. Estas puntuaciones son calculadas a partir de la comparación con una amplia muestra de adolescentes representativa de la población general, estando también disponibles una muestra clínica, una forense y otra de centros de menores infractores como referencias para comparaciones posteriores (véase el capítulo 3 de normas de interpretación para una explicación del proceso de comparación que puede seguirse y de las puntuaciones T resultantes, así como el capítulo 5 de fundamentación psicométrica para una completa descripción de cada una de estas muestras en su adaptación a lengua española y el documento colgado en el menú del PAI-A en www.TEAcorrige.com que incluye la información actualizada sobre las distintas muestras de estandarización o tipificación que se han utilizado para la generación de cada uno de los baremos que se ofrecen en el PAI-A).

Tabla 1.1. Descripción de las escalas del PAI-A

Escala	Descripción
Escalas de validez	
Inconsistencia (INC)	Indica si la persona evaluada ha respondido de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
Infrecuencia (INF)	Indica si la persona evaluada ha respondido de forma poco cuidadosa, al azar o de una forma muy peculiar e idiosincrásica. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas de la población general como en pacientes clínicos.
Impresión negativa (IMN)	Indica si la persona evaluada está presentando una imagen de sí misma extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.
Impresión positiva (IMP)	Indica si la persona evaluada está presentando una imagen de sí misma muy favorable o que evita admitir pequeños defectos y minimiza su sintomatología o los problemas que pudiera tener.
Escalas clínicas	
Quejas somáticas (SOM)	Evalúa la presencia de preocupaciones relacionadas con la salud física y de quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.
Ansiedad (ANS)	Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad, con especial énfasis en la evaluación de sus distintos componentes (cognitivo, emocional y fisiológico).
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Evalúa aquellos síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente: fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.
Depresión (DEP)	Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
Manía (MAN)	Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y de la hipomanía.
Paranoia (PAR)	Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.
Esquizofrenia (ESQ)	Evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.
Rasgos límites (LIM)	Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad y la labilidad emocional y la ira incontrolada.
Rasgos antisociales (ANT)	Evalúa el historial de actos ilegales y de problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y de lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.
Problemas con el alcohol (ALC)	Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.
Problemas con las drogas (DRG)	Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

Tabla 1.1. Descripción de las escalas del PAI-A (*continuación*)

Escala	Descripción
Escalas relacionadas con el tratamiento	
Agresión (AGR)	Evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la hostilidad y la agresión.
Ideaciones suicidas (SUI)	Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.
Estrés (EST)	Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en las principales áreas de la vida de la persona evaluada (p. ej., en su centro educativo, en su casa o lugar de residencia...).
Falta de apoyo social (FAS)	Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta tanto la cantidad como la calidad del apoyo disponible.
Rechazo al tratamiento (RTR)	Evalúa aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y de motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.
Escalas de relaciones interpersonales	
Dominancia (DOM)	Evalúa en qué grado una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.
Afabilidad (AFA)	Evalúa en qué grado una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas, a un estilo frío e indiferente.

Tabla 1.2. Descripción de las subescalas del PAI-A

Subescala	Descripción
Quejas somáticas (SOM)	
Conversión (SOM-C)	Evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión y, especialmente, las alteraciones motoras o sensoriales.
Somatización (SOM-S)	Evalúa la aparición frecuente de diversos problemas físicos comunes y de quejas inespecíficas de cansancio y de mala salud.
Hipocondría (SOM-H)	Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.
Ansiedad (ANS)	
Cognitiva (ANS-C)	Evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración.
Emocional (ANS-E)	Evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido.
Fisiológica (ANS-F)	Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p. ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	
Obsesivo-compulsivo (TRA-O)	Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.
Fobias (TRA-F)	Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como el temor a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.
Estrés postraumático (TRA-E)	Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que la persona evaluada percibe como hechos que la han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de ella misma.
Depresión (DEP)	
Cognitiva (DEP-C)	Evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.
Emocional (DEP-E)	Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, de falta de interés en las actividades cotidianas y de anhedonia.
Fisiológica (DEP-F)	Evalúa los niveles de actividad y energía física, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.
Manía (MAN)	
Nivel de actividad (MAN-A)	Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.
Grandiosidad (MAN-G)	Evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada, así como de cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.
Irritabilidad (MAN-I)	Evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración de la persona evaluada por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.

Tabla 1.2. Descripción de las subescalas del PAI-A (continuación)

Subescala	Descripción
Paranoia (PAR)	
Hipervigilancia (PAR-H)	Evalúa la suspicacia y la tendencia de la persona evaluada a estar atenta y alerta ante posibles ofensas reales o imaginarias producidas por otros.
Persecución (PAR-P)	Evalúa la creencia de la persona evaluada de haber sido tratada injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para dañar sus intereses.
Resentimiento (PAR-R)	Evalúa la presencia de resentimiento, amargura y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier cosa desafortunada que pase.
Esquizofrenia (ESQ)	
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes, de pensamiento mágico y de otras ideas inusuales que pueden resultar creencias delirantes.
Indiferencia social (ESQ-S)	Evalúa el aislamiento social, así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.
Rasgos límites (LIM)	
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Evalúa la sensibilidad emocional, la presencia de cambios bruscos del estado de ánimo y el escaso control emocional.
Alteración de la identidad (LIM-I)	Evalúa la presencia destacada de dudas sobre los principales aspectos de la vida, de sensación de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Evalúa la presencia de un historial de relaciones intensas y ambivalentes en las cuales la persona evaluada se ha sentido traicionada y explotada.
Autoagresiones (LIM-A)	Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.
Rasgos antisociales (ANT)	
Conductas antisociales (ANT-A)	Evalúa el historial de actos antisociales e implicación en actividades ilegales.
Egocentrismo (ANT-E)	Evalúa la falta de empatía o remordimiento y una tendencia general a considerar sus relaciones con los demás en virtud de lo que pueda aprovecharse de ellas o utilizarlas.
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a asumir riesgos y a ser una persona temeraria.
Agresión (AGR)	
Actitud agresiva (AGR-A)	Evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.
Agresiones verbales (AGR-V)	Evalúa las expresiones verbales de ira, incluyendo desde las asertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.
Agresiones físicas (AGR-F)	Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

1.2. Materiales

El PAI-A está compuesto por los siguientes materiales:

- ❖ **Manual.** Proporciona información sobre las normas de aplicación y corrección, las pautas para la interpretación y casos ilustrativos para ayudar al profesional a la hora de interpretar los resultados obtenidos mediante el PAI-A. El manual también describe el proceso de desarrollo del instrumento original, así como de la adaptación a lengua española, junto con los estudios de fiabilidad y validez del PAI-A en adolescentes.
- ❖ **Cuadernillo.** Contiene las instrucciones de aplicación para la persona evaluada y los 264 ítems de la prueba. Es un material no fungible, esto es, se puede reutilizar en varias aplicaciones. Por tanto, no se debe realizar ninguna anotación en el cuadernillo; todas las contestaciones deberán marcarse en la hoja de respuestas.
- ❖ **Hoja de respuestas.** En la hoja de respuestas se deberán anotar todas las contestaciones a la prueba, así como los datos identificativos requeridos. Una vez finalizada la evaluación, el profesional deberá revisar que se hayan rellenado correctamente todos los campos identificativos, que se haya respondido a todas las preguntas de la prueba y que se hayan anotado adecuadamente las contestaciones a los ítems. En aquellos casos en que haya respuestas omitidas, será recomendable que el profesional inste a la persona evaluada a dar una respuesta a dichos elementos omitidos.
- ❖ **Clave de corrección por internet (PIN).** Esta hoja contiene el código que permite realizar la corrección del PAI-A en la plataforma TEAcorrige (www.TEAcorrige.com). Contiene también unas breves instrucciones sobre el acceso y el uso de este sistema de corrección. A partir de la introducción de las respuestas, el sistema proporciona de forma automática e inmediata un perfil gráfico con las puntuaciones obtenidas por la persona evaluada en cada una de las escalas del PAI-A.
- ❖ En la fecha de publicación de esta edición del manual, **están disponibles baremos del PAI-A para España, Argentina, Colombia, México y un baremo general para Latinoamérica.** En el menú del PAI-A en www.TEAcorrige.com puede encontrarse un documento donde se describen escuetamente las distintas muestras de estandarización o tipificación que se han utilizado para la generación de cada uno de los baremos que se ofrecen en el PAI-A.

En caso de introducción de nuevos baremos en fechas posteriores a esta edición, podrá encontrarse toda la información actualizada y detallada sobre posibles mejoras y nuevos baremos en el menú de la prueba de la plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com).



2

Normas de aplicación y corrección

2.1. Normas generales de aplicación

El PAI-A puede ser aplicado individual o colectivamente. No tiene límite de tiempo, pero el tiempo de aplicación requerido suele ser de 45 minutos, aproximadamente. No requiere de instrucciones especiales para su aplicación ya que las incluidas en el cuadernillo suelen ser suficientes para permitir a las personas evaluadas responder a la prueba correctamente. No obstante, como posteriormente se especificará, crear un buen clima de comunicación y relación entre el profesional y la persona evaluada resulta clave para la evaluación.

Ámbito de aplicación

El PAI-A fue creado y tipificado para su uso en la evaluación de adolescentes de entre 12 y 18 años. A la edad de los 18 años puede aplicarse tanto el PAI-A como el PAI, siendo ambos apropiados (Morey, 2011). En general, será más adecuado el uso del PAI-A, concebido específicamente para adolescentes. No obstante, en aquellos casos particulares en que el adolescente ya no esté estudiando y viva fuera del domicilio familiar, puede ser más oportuna e informativa la aplicación de la versión para adultos, el PAI.

Requisitos profesionales

La aplicación y la corrección del PAI-A resultan claras y sencillas y pueden llevarlas a cabo auxiliares u otros profesionales que 1) hayan sido formados en la aplicación de pruebas de autoinforme a individuos o grupos y 2) estén suficientemente familiarizados con las normas de aplicación contenidas en este manual, de forma que puedan responder a las preguntas que puedan surgir. En todo caso, aquellos que apliquen la prueba deben trabajar siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado, tal y como se establece en las directrices internacionales para el uso de los tests (Colegio Oficial de Psicólogos y Comisión Internacional para el uso de los tests, 2000).

La interpretación de las puntuaciones y de los perfiles obtenidos en el PAI-A solo puede ser realizada por profesionales acreditados y requiere formación específica en evaluación con pruebas psicométricas, así como en psicopatología y en personalidad. El PAI-A puede ser considerado como una ayuda útil en la evaluación

y en los procesos de toma de decisiones en una amplia variedad de contextos profesionales. No obstante, en todos los casos la formación del profesional, su experiencia y su juicio son necesarios para hacer un uso apropiado de la información proporcionada por el PAI-A. Su interpretación requiere comprender no solo la información contenida en este manual sino también esquemas diagnósticos y teorías de la personalidad y la psicopatología, además de conocer cuáles son los usos apropiados y las limitaciones de las pruebas de autoinforme. Indudablemente, la utilidad y validez del PAI-A como medida está directamente relacionada con el conocimiento y experiencia del profesional que interpreta el perfil de resultados.

Establecer un buen clima de comunicación

Dado que el PAI-A es un instrumento de autoinforme y que la calidad de sus resultados depende de su habilidad para reflejar adecuadamente las experiencias de la persona evaluada, resulta fundamental que se establezca un buen clima de comunicación entre el profesional y la persona evaluada que permita conseguir los objetivos de la evaluación. La probabilidad de que se obtenga una representación precisa y franca de las preocupaciones y de los comportamientos del adolescente se verá notablemente aumentada si esta alianza terapéutica se establece previamente a la aplicación del PAI-A.

Un enfoque particularmente útil para facilitar el establecimiento de esta alianza es el de la «evaluación terapéutica», la cual considera la evaluación propiamente como un método de intervención más que como un medio de recogida de información (Finn y Tonsager, 1997; Fischer, 1994). Este enfoque intenta implicar a la persona evaluada como un integrante activo en el proceso de evaluación más que como un participante pasivo. Un componente central de este enfoque supone animar a la persona evaluada a plantear sus propios objetivos en la evaluación. De este modo se implica a la persona evaluada activamente en el proceso terapéutico haciéndole plantearse preguntas sobre sí misma y sobre qué preocupaciones querría que la evaluación abordara y definiera, pasando la evaluación de ser realizada «a ellos» a ser realizada «con ellos».

Consentimiento informado

Establecer un buen clima de comunicación que permita la respuesta franca no depende solo de la persona evaluada, sino también de que el profesional realice una clara descripción de la naturaleza y de los objetivos de la evaluación. Dicha descripción incluirá información tanto de las características generales de la evaluación como de la forma en que se empleará la información obtenida. Respecto al primer punto, el profesional podría indicar en qué consistirá la evaluación, cuál será su duración y cómo será la devolución de resultados. En relación con el segundo punto, se le debería indicar a la persona evaluada cómo será empleada la información obtenida del test, las circunstancias bajo las cuales dicha información será compartida con otras personas y quiénes serán los destinatarios de tales informaciones. Si la evaluación se está realizando en representación de terceras partes, como frecuentemente ocurre en la evaluación de adolescentes, la naturaleza de esta relación deberá ser explicada a la persona evaluada junto con los límites de la confidencialidad de los datos que se obtengan.

Presentación del PAI-A

Como parte de la presentación de la evaluación, sería deseable proporcionar al evaluado cierta información sobre el PAI-A. En estos casos, suele resultar útil indicar que el PAI-A es un test utilizado en una amplia variedad de contextos y con distintos objetivos. Esta presentación de sus múltiples usos para diferentes objetivos puede ayudar a reducir la resistencia a responder a preguntas que la persona considere que no son aplicables a su caso. Como parte de la descripción, sería recomendable mencionar que algunas de las preguntas de la prueba tratan aspectos emocionales sensibles, mientras que otras están más destinadas a comprender cuál es la forma de ser de la persona y cómo se parece o se diferencia de las de otras personas. Independientemente del contexto de aplicación, se debería enfatizar que no existen respuestas correctas a la prueba. Debería animarse a la persona a dar aquellas respuestas que simplemente describieran mejor su experiencia, de forma que los resultados que se obtuvieran pudieran ayudarle a comprenderse mejor a sí misma. Finalmente, puede ayudar hacer mención a la naturaleza normativa de la prueba con el fin de comprender que sus respuestas serán comparadas con las dadas por otras personas o por personas en similares circunstancias.

Evaluación de la capacidad de la persona evaluada para responder a la prueba

Al aplicar el PAI-A se asume que la persona evaluada es física y emocionalmente capaz de responder a una prueba de autoinforme. No obstante, se deberá prestar especial atención en la evaluación de aquellos casos en los que la naturaleza del trastorno pueda hacer que la persona evaluada se encuentre confusa, desorientada, notablemente distraída o manifieste un enlentecimiento o una agitación psicomotora extrema. Igualmente, se deberá prestar atención a la evaluación de aquellas personas cuyas capacidades cognitivas puedan encontrarse seriamente afectadas por los efectos de las drogas o del alcohol (ya sea por su intoxicación o por su abstinencia) o por la desorientación causada por alteraciones neurológicas u otras enfermedades. Los evaluadores deben estar atentos también a aquellos problemas físicos o sensoriomotores, tales como falta de agudeza visual o debilidad motora en su mano dominante, que puedan afectar a la destreza para responder adecuadamente a la prueba.

La aplicación del PAI-A requiere también que la persona evaluada sea capaz de leer y comprender las instrucciones de la prueba y los ítems que la componen. Los análisis de legibilidad de los ítems de la versión en español del PAI-A han indicado que se requiere un nivel de lectura similar al de un alumno de 4.º, 5.º o 6.º de Primaria. En este sentido, debe prestarse una especial atención a la evaluación de adolescentes cuya lengua materna no sea el español, dado que su nivel educativo o su aparente competencia oral en español puede ser superior al nivel real de comprensión lectora que puedan tener.

En los casos en los que existan dudas sobre la capacidad lectora de la persona evaluada, podría ser conveniente realizar una evaluación preliminar sobre su nivel de competencia lectora (p. ej., mediante el PROLEC-SE-R, Cuetos, Arribas y Ramos, 2016; o mediante el ECOMPLEC, León, Escudero y Olmos, 2012) para poder determinar la idoneidad de una evaluación con autoinforme. En caso de que no esté disponible ninguna prueba de comprensión lectora, puede hacerse un cribaje rudimentario pidiéndole a la persona evaluada que lea las instrucciones del PAI-A y que responda a los ejemplos y a los primeros ítems del cuadernillo en voz alta para que el aplicador pueda verificar si la persona evaluada comprende tanto las instrucciones como los ítems y el sistema de respuesta antes de permitirle que continúe por sí sola respondiendo al resto de la prueba.

En circunstancias extraordinarias puede ser imprescindible realizar una aplicación oral de la prueba cuando la persona evaluada sea incapaz de leer los ítems. En estos casos, el profesional leerá en voz alta las instrucciones que aparecen en el cuadernillo, asegurándose de que se han comprendido. A continuación, el profesional leerá los ítems de uno en uno y pedirá a la persona evaluada que los conteste de forma autónoma, inde-

pendiente y confidencial en su hoja de respuestas (sin que sea visible su respuesta para el profesional). A la hora de interpretar los resultados de la prueba, será conveniente registrar que se ha utilizado este formato de aplicación. Dado que cualquier variación sobre el formato estándar de aplicación puede tener consecuencias imprevisibles en los resultados, la interpretación de las puntuaciones obtenidas deberá hacerse con la debida precaución y prudencia.

Finalmente, en el caso de aplicarse el PAI-A a un adolescente que careciera de la capacidad lectora necesaria, es muy probable que lo detectasen las escalas de validez, en particular las escalas Inconsistencia (INC) e Infrecuencia (INF), tal y como indican las recomendaciones de interpretación de resultados que se describen en el capítulo 3. Aquellos adolescentes con problemas lectores, muy probablemente, obtendrán puntuaciones T iguales o superiores a los puntos de corte y de alerta en la escala Inconsistencia, llamando la atención sobre la falta de validez de los resultados obtenidos. Es altamente improbable que una persona sin la capacidad lectora suficiente para leer y responder significativamente a los ítems alcance una puntuación T igual o inferior a 60 en la escala Inconsistencia.

En resumen, la correcta aplicación de un instrumento de autoinforme implica una compleja combinación de aspectos motivacionales, emocionales y cognitivos. Aunque el PAI-A incluye escalas de validez que han sido diseñadas para ayudar al profesional a determinar si los resultados obtenidos reflejan adecuadamente a la persona evaluada, los profesionales no deberían limitarse exclusivamente a los resultados de estas escalas para valorar la idoneidad de una evaluación con la prueba, ya que esta debería establecerse considerando toda la información disponible.

Advertencias respecto a la interpretación

El PAI-A ha sido diseñado para proporcionar información relevante para el diagnóstico, la detección de psicopatología y la planificación del tratamiento o la intervención en contextos educativos, clínicos o forenses. No obstante, aunque el PAI-A proporciona información relevante para estos propósitos, no debe considerarse como la única fuente de información.

Las decisiones diagnósticas y de intervención nunca deberían ser tomadas atendiendo única y exclusivamente a los resultados obtenidos con el PAI-A. Tales decisiones requieren contemplar múltiples fuentes de información, entre las cuales se pueden citar la historia clínica, los resultados de las entrevistas clínicas y las valoraciones del estado mental y las puntuaciones en otras pruebas aplicadas (pruebas neuropsicológicas, de inteligencia, de aptitudes, de autoinforme...), entre otras. Las hipótesis interpretativas derivadas de los resultados del PAI-A deberían restringirse a los objetivos por los que la prueba fue aplicada. Las puntuaciones obtenidas en el PAI-A solo deberían ser proporcionadas a aquellas personas que estuvieran cualificadas para su interpretación y comprensión.

Los perfiles de resultados del PAI-A, así como los informes interpretativos automáticos que pueden generarse, están reservados exclusivamente para su valoración por profesionales y en ningún caso están destinados para su consulta por parte de los familiares, de los propios adolescentes o de otras terceras partes no cualificadas.

Como instrumento destinado a evaluar distintas formas de psicopatología, tanto el nombre de sus escalas como las hipótesis sugeridas en la interpretación de cada una de ellas están redactados en términos que tienen un significado específico y conocido para los profesionales. Sin embargo, la mayoría de los términos empleados no son bien comprendidos por personas legas en la materia y pueden ser fácilmente malinterpretados. Por lo tanto, la devolución de información a las personas evaluadas sobre sus resultados en el PAI-A debería

hacerse siempre en un lenguaje que resultara fácilmente comprensible para ellos y no susceptible de una mala interpretación.

Devolución de resultados del PAI-A a la persona evaluada en contextos clínicos o educativos

Un creciente número de estudios sugieren la utilidad de proporcionar retroalimentación o *feedback* de los resultados en la prueba como herramienta terapéutica en contextos clínicos o educativos (p. ej., Ackerman, Hilsenroth, Baity y Blagys, 2000; Finn y Tonsager, 1992; Lutz, De Jong y Rubel, 2015; Newman y Greenway, 1997). En una sesión típica de devolución de información, el profesional describirá en primer lugar la naturaleza del test y el tipo de puntuaciones que ofrece (comparación con un baremo de adolescentes de edades y características similares) para, a continuación, abordar los resultados obtenidos. Finn (1996) recomienda una secuencia de devolución de los resultados, comenzando por aquellos que sean, en líneas generales, más positivos, así como aquellos aspectos que la persona evaluada vaya a reconocer más fácilmente. Una vez la persona evaluada haya procesado esta primera parte de la devolución, se podrán abordar en un segundo lugar aquellas áreas o cuestiones en las que la persona evaluada puede tener un menor *insight* o consciencia. El objetivo de la sesión de devolución es presentar temas recurrentes que aparecen en los resultados de la evaluación y enlazarlos con las metas y objetivos de la persona en su evaluación y en su tratamiento.

Lógicamente, la secuencia de devolución puede variar con respecto a esta propuesta y siempre debe tenerse en cuenta el juicio clínico del profesional a la hora de ajustar el momento oportuno para proporcionar retroalimentación y qué informaciones podrán resultar útiles y productivas para el proceso. En la mayoría de los casos, no resultará aconsejable dar a leer partes del informe automático de resultados ni mostrar directamente el perfil de puntuaciones a la persona evaluada, a sus familiares o a otras terceras partes. Muchas de las afirmaciones pueden no aplicarse a ese caso concreto, el lenguaje técnico puede no ser bien comprendido o puede resultar extremadamente patologizante para personas legas en psicopatología y en evaluación y causar preocupaciones innecesarias. Lo que sí puede hacerse es proporcionar descripciones de las puntuaciones altas que resulten comprensibles para la persona evaluada. Palabras tales como «normal» o «anormal» deberían ser evitadas y sería preferible utilizar términos como «por encima» o «por debajo» de la media o de lo que es habitual en la mayoría de los adolescentes. Las puntuaciones de aquellas áreas que estén relacionadas con objetivos terapéuticos o con problemas específicos deben ser tratadas como «áreas en las que trabajar» más que como «lo que está mal» en la persona evaluada. El PAI-A proporciona una imagen bastante directa y clara de lo que la persona evaluada ha manifestado en sus respuestas a la prueba y, en general, se sentirá bastante reconocida en los resultados de la prueba y manifestará un bajo nivel de discrepancia en la sesión de devolución.

2.2. Normas específicas de aplicación

El PAI-A puede ser aplicado individual o colectivamente. En cualquier caso, se debe garantizar que la persona pueda responder confidencialmente a la prueba. Por este motivo, y por la seguridad de la prueba, el test debe ser completado bajo la supervisión del aplicador (esto es, no debería permitirse que se lleve la prueba para responderla en su domicilio). Es recomendable que, durante la aplicación, la persona evaluada disponga de la suficiente privacidad como para responder a la prueba. El aplicador debe resultar accesible, aunque no esté físicamente presente mientras la prueba es cumplimentada. Para garantizar la correcta aplicación, se debe evitar que la persona evaluada interactúe con personas diferentes al aplicador durante la aplicación.

El lugar de evaluación deberá disponer de una iluminación y ventilación adecuada y de superficies donde cada persona pueda apoyar su hoja de respuestas y anotar sus contestaciones. Así mismo, el aplicador deberá disponer de bolígrafos y lapiceros para suministrarlos a la persona evaluada en caso de que fuera necesario. Se evitará la existencia de ruidos o interrupciones en el lugar de la evaluación.

La mayoría de los adolescentes tardan en completar la prueba aproximadamente 45 minutos, aunque ciertos jóvenes con problemas de concentración o retraso psicomotor pueden requerir más tiempo. Las instrucciones para completar la prueba están indicadas en el cuadernillo. Se debe rellenar en primer lugar los datos de identificación requeridos en la hoja de respuestas para posteriormente leer las instrucciones que aparecen en el cuadernillo. El aplicador debería entonces asegurarse de que se han comprendido correctamente las instrucciones.

Debe enfatizarse que se han de responder todas las preguntas de la prueba y que solo se puede dar una respuesta por pregunta. El aplicador ha de asegurarse de que la persona evaluada se ha dado cuenta de que los ítems aparecen ordenados en columnas en la hoja de respuestas. Si la persona evaluada tiene dudas sobre qué respuesta marcar a un determinado ítem, indíquele que seleccione aquella opción de respuesta que más se aproxime. En algunos casos la persona evaluada puede realizar preguntas sobre el contenido de los ítems, tales como pedir definiciones o clarificaciones de ciertos conceptos. Si no comprende las palabras empleadas, se le dará una definición sencilla de las mismas o se le permitirá usar un diccionario. En la mayoría de las ocasiones lo que se suele requerir es la clarificación de conceptos como «con frecuencia» o «ligeramente» que aparecen en los ítems. En estos casos, el aplicador debe animar a la persona a emplear su propia interpretación de esos cuantificadores para responder al ítem.

El sistema de respuesta del PAI-A ha sido construido manteniendo la clásica dicotomía «falso/verdadero», típica de las pruebas de personalidad, pero permitiendo matizar el grado en que algo es verdadero (ligeramente, bastante o completamente). Si la persona evaluada percibe que algo es falso en su caso, marcará la opción **FALSO**; si percibe que no es del todo falso, sino que se aplica en cierto grado a su caso, tendrá que elegir en qué medida, marcando **LIGERAMENTE VERDADERO**, **BASTANTE VERDADERO** o **COMPLETAMENTE VERDADERO**. Esta posibilidad de matizar suele ser bien aceptada por muchos adolescentes que se ven frustrados al responder otras pruebas de personalidad que obligan a responder falso o verdadero sin opciones intermedias o matices. En caso de que la persona evaluada tenga dificultades para comprender la escala de respuesta, se le puede explicar desde el punto de vista de la dicotomía falso/verdadero y los diferentes niveles de verdadero que puede establecer.

Por último, antes de recoger la hoja de respuestas y el cuadernillo, la persona encargada de la aplicación debe asegurarse que no hay respuestas en blanco. En caso de que las haya, solicite a la persona evaluada que trate de dar una respuesta a los ítems omitidos.

2.3. Normas de corrección

Como en la mayoría de los tests de personalidad, la corrección del PAI-A es un proceso objetivo. Aunque la respuesta a cada ítem contribuye con un peso diferente a la puntuación en la escala, este peso es determinado por la respuesta dada por el evaluado y no por el autor del test ni por el profesional que lo aplica. Estas respuestas son comparadas con las dadas por una muestra de referencia de adolescentes. A partir de esa transformación se obtiene una puntuación T como resultado, como se ha indicado, de comparar las respuestas de la persona evaluada con las puntuaciones medias de la muestra de referencia de adolescentes.

El **primer paso** para la corrección **será examinar la hoja de respuestas y determinar si la persona evaluada ha respondido a todos los ítems de la prueba** y, en caso de que no haya sido así, ver el número de ítems que ha

dejado sin responder (omisiones) o de ítems en los que ha marcado dos respuestas a un mismo ítem (doble respuesta), sin marcar cuál es la definitiva. En caso de que haya respuestas omitidas o dobles respuestas, se deberá solicitar a la persona evaluada que revise sus contestaciones y que trate de dar una respuesta a esos ítems.

Puede darse casos en los que haya respuestas en blanco. La presencia de omisiones o de dobles respuestas reduce artificialmente las puntuaciones del PAI-A y afecta a la interpretación de sus escalas. Por este motivo, **se considera que un protocolo es inválido a partir de 14 o más omisiones o dobles respuestas. En estos casos, se considera que su corrección o interpretación no es posible** dado su importante efecto en los resultados obtenidos. Incluso un número menor de respuestas en blanco o dobles respuestas pueden afectar a la interpretación de escalas o subescalas específicas. Como regla general, se recomienda que solo se interpreten aquellas escalas o subescalas en las que se haya respondido al menos al 80% de sus ítems.

Como en otras pruebas de autoinforme, la corrección y puntuación del PAI-A ha de realizarse con ayuda de procedimientos informáticos, pues la corrección mediante las antiguas plantillas manuales resulta demasiado lenta y sujeta a errores. Y más en una prueba como el PAI-A, que consta de varias páginas y numerosas escalas, alguna de ellas de compleja puntuación.

La plataforma de corrección permite obtener los resultados y el perfil gráfico de las escalas del test. Para ello simplemente hay que introducir las respuestas en la pantalla presentada por el ordenador y seleccionar el baremo que se desea utilizar, tras lo cual el sistema realizará la corrección de la prueba de forma inmediata y automática. **Para la corrección del PAI-A siempre será recomendable seleccionar el baremo general para una primera interpretación del perfil del PAI-A**, dado que todos los puntos de corte y las pautas de interpretación de las puntuaciones T incluidas en este manual (capítulo 3 de normas de interpretación) se refieren al uso de dicho baremo general (a la comparación con una muestra general de adolescentes). Posteriormente, si el profesional lo considera oportuno, podrá utilizar baremos complementarios y comparar los resultados con baremos específicos de muestra clínica, forense o de menores infractores. En todo caso, siempre es conveniente comenzar la interpretación por el baremo general de la prueba¹. Este baremo general, al igual que los baremos de muestra clínica, forense y de menores infractores, ha sido creado a partir de la muestra de población española descrita en el apartado 5.1 de este manual. Si el profesional ha utilizado alguno de los baremos específicos disponibles para países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, México o baremo general para Latinoamérica) será igualmente recomendable que utilice el baremo general de su país para la interpretación del perfil del PAI-A, sin que en estos casos se disponga, por el momento², de baremos específicos de muestras clínicas, forenses o de centros de menores infractores para comparaciones *a posteriori*. En el apartado 3.1 del capítulo de normas de interpretación aparecen indicaciones más detalladas a este respecto para un buen uso de los baremos de la prueba. **También esta disponible de forma opcional un informe interpretativo automático de las puntuaciones del PAI-A que puede ser particularmente útil en los primeros usos que realice de una prueba un profesional como apoyo a su informe (contacte con TEA Ediciones o su distribuidor para adquirir los usos complementarios para este informe interpretativo).**

El proceso completo de corrección no requiere más de 3 o 4 minutos. Tras la corrección, el perfil resultante puede consultarse en pantalla o imprimirse tantas veces como sea necesario.

-
1. En el menú del PAI-A en la plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com) puede encontrarse un documento donde se describen escuetamente las distintas muestras de estandarización o tipificación que se han utilizado para la generación de cada uno de los baremos generales que se ofrecen en el PAI-A.
 2. En este manual se describen los baremos vigentes en la fecha de publicación de la primera edición del mismo. En caso de introducirse nuevos baremos en fechas posteriores a dicha edición, podrá encontrarse toda la información en el menú de esta prueba en la plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com). Por tanto, se recomienda consultar la plataforma de corrección para obtener información actualizada y detallada sobre posibles mejoras y nuevos baremos que se introduzcan en fechas posteriores.

En el perfil se representan las puntuaciones T obtenidas por la persona evaluada en cada una de las escalas y subescalas de la prueba. Estas puntuaciones son el resultado de comparar sus respuestas con las de una muestra representativa de la población normal (baremo general). En el perfil se pueden identificar distintas regiones, diferenciadas mediante un código de colores. La puntuación T de 50 indica la puntuación media obtenida en la muestra general; la puntuación T de 70 equivale a un percentil aproximado de 96 (véase la tabla 3.1 del capítulo 3), señalando que solo un 4% de los adolescentes de la muestra de población general obtienen puntuaciones iguales o superiores.

En el capítulo 3 de normas de interpretación se incluye información adicional tanto sobre cómo interpretar las puntuaciones T como sobre cada una de las escalas y subescalas que componen el PAI-A.

Aparte de las puntuaciones en cada una de las escalas y subescalas del PAI-A, en la última página del perfil se incluye información sobre los ítems críticos afirmados por la persona evaluada. Estos ítems fueron seleccionados como críticos para alertar al profesional rápidamente de posibles situaciones críticas que requerían atención inmediata, así como tendencias de respuesta que podrían requerir clarificación o preguntas adicionales para precisar su significado e integrar dicha información en la interpretación del perfil. Dado el limitado número de ítems críticos seleccionados, resulta fácil hacer esa indagación en dichas respuestas de modo bastante rápido. La inversión de tiempo que puede requerir su uso en la entrevista queda justificada por la relevancia y la naturaleza de los asuntos tratados en dichos ítems y por la oportunidad que proporcionan de refinar la interpretación de las puntuaciones del PAI-A.

Finalmente, es importante advertir que **el sistema de corrección de la versión en lengua española no es intercambiable con el sistema de corrección de la versión en lengua inglesa** ya que los ítems de la versión en lengua española publicada por TEA Ediciones fueron reordenados de acuerdo con los resultados psicométricos específicos obtenidos en la adaptación. Por lo tanto, ambos sistemas de corrección (lengua española y lengua inglesa) no son intercambiables. Si se ha utilizado la versión en lengua española del PAI-A debe utilizarse el sistema de corrección específicamente creado por TEA Ediciones. Si se ha utilizado la versión estadounidense del PAI-A deberá utilizarse el sistema de corrección creado por la editorial PAR, Inc.

Aplicaciones masivas

En aquellos casos en que se evalúen grupos muy numerosos de adolescentes, la corrección del PAI-A mediante TEAcorrige puede ser algo lenta y laboriosa, ya que requiere la grabación manual de las respuestas de cada adolescente. En estos casos puede ser más conveniente utilizar el servicio de corrección mecanizada de TEA Ediciones, que permite que la corrección de las hojas de respuestas sea realizada de manera automática por los servicios informáticos de TEA Ediciones (esto requiere que se hayan usado hojas de respuestas especiales para esta finalidad que deberán solicitarse previamente). El profesional solo debe remitir sus hojas de respuestas a TEA Ediciones, donde se procederá a su lectura informatizada y a su corrección para devolver al profesional los resultados completos de cada persona evaluada con su perfil de resultados³.

3. Consulte previamente con TEA Ediciones o con su representante el procedimiento a seguir para el envío de las hojas, su coste y los principales pasos a dar para usar correctamente este servicio.



3

Normas de interpretación

En este capítulo se describen e ilustran los procedimientos de interpretación de las puntuaciones del PAI-A. En primer lugar, se repasa el significado de las puntuaciones T, que son la base del perfil de la prueba. En segundo lugar, se explican los pasos a seguir recomendados para interpretar los resultados obtenidos. A continuación, se describe el uso de las escalas de validez del PAI-A, seguido de una explicación del significado diagnóstico e interpretativo de las puntuaciones en cada escala clínica, en cada escala relacionada con el tratamiento y en cada escala de relaciones interpersonales, así como sus correspondientes subescalas. Posteriormente, se proporciona la descripción de diferentes estrategias para el análisis del perfil en el PAI-A. Por último, se ofrece una valoración del uso de los ítems críticos durante la interpretación.

Las pautas de interpretación que aparecen a continuación suponen una base fundamental para interpretar la prueba, pero es el profesional quien ha de adaptar la interpretación al caso concreto que se esté evaluando, introduciendo los matices y particularidades que resulten necesarios. Toda interpretación debe resultar de la integración de la información disponible tanto sobre la prueba como sobre la propia persona evaluada. Sobre la prueba porque deberán tenerse en cuenta no solo las puntuaciones en cada una de las escalas aisladas, sino también las relaciones entre ellas y la forma del perfil obtenido; sobre la propia persona evaluada porque deberán atenderse tanto el contexto de la evaluación como a todos los datos procedentes de las distintas fuentes de información consultadas (historial, entrevistas, otros informantes, resultados en otras pruebas...). El PAI-A es un autoinforme cuyo valor diagnóstico, como siempre ocurre en estos casos, se incrementa cuando se emplea en el marco de una exploración más comprehensiva. Resulta un instrumento de gran ayuda y que proporciona una gran cantidad de información sobre la persona cuando es utilizado por un profesional debidamente cualificado en el contexto de un proceso amplio de evaluación y acompañado de otras técnicas y medidas.

3.1. El significado de las puntuaciones T

La interpretación de los resultados de una persona requiere de un proceso comparativo con una muestra de referencia mediante el cual todas las puntuaciones aparezcan en una misma escala de medida. Ha de recordarse que la evaluación es siempre un ejercicio de comparación. De la misma forma que decir que alguien es alto significa hacer una comparación con otras personas, la evaluación produce datos que nos indican cómo es la persona evaluada en comparación con otros de edades y características similares.

En el caso del PAI-A se emplea como referencia una amplia muestra de adolescentes procedente de la población general (descrita en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica de este manual¹). Por este motivo, **siempre será recomendable seleccionar inicialmente el baremo general en la corrección del PAI-A para su interpretación**, dado que todos los puntos de corte y las pautas de interpretación de las puntuaciones T incluidas en este manual se refieren al uso de dicho baremo general.

Como escala de medida para expresar la comparación con esta muestra de referencia se ha optado por la **puntuación T, que tiene una media de 50 y una desviación típica de 10**. Así, una puntuación T que se sitúa por encima de 50 en una escala, indica que las respuestas de la persona evaluada reflejan que posee el atributo medido por la escala en mayor medida de lo que es típico en este grupo de edad, cuanto más alejado del valor 50, más se caracterizará por ese atributo al compararla con la población general.

Por lo tanto, las puntuaciones T del PAI-A reflejan la comparación con una muestra normativa y su uso es imprescindible para determinar si un patrón de respuesta concreto es típico o esperable para un adolescente de su edad. Por ejemplo, casi todos los adolescentes experimentan períodos de inestabilidad emocional o de ansiedad, pero ¿cómo determinar si ese nivel de inestabilidad emocional o de ansiedad es habitual o, por el contrario, puede resultar significativo? La respuesta la encontramos en las puntuaciones T, que reflejan en qué medida ese nivel de respuestas se da en la muestra de referencia de adolescentes. Así una puntuación T de 60 se encuentra una desviación típica por encima de la media, lo que significa que esa persona puntúa en dicha escala por encima de lo habitual (está una desviación típica por encima de la media). Así, por ejemplo, si buscamos su percentil equivalente en la tabla 3.1, podremos advertir que una puntuación T de 60 es equivalente a un percentil 85, indicando que la persona evaluada tiene un nivel de sintomatología en esa escala superior al que presenta el 85% de los adolescentes de la muestra de referencia o, lo que es lo mismo, que se encuentra en el 15% de la muestra con mayores puntuaciones en la escala. Una puntuación T de 70 (dos desviaciones típicas por encima de la media, que es 50) representa un grado de problemas y síntomas que es muy poco frecuente en la muestra de referencia y, probablemente, es indicativo de un problema clínicamente significativo, ya que equivale a un percentil 96 y solamente un 4% de los adolescentes manifiestan ese nivel de sintomatología².

Tabla 3.1. Equivalencia aproximada entre algunas puntuaciones T y sus percentiles en la muestra de tipificación de población general del PAI-A (a partir del cálculo empírico de los percentiles en las distribuciones de puntuaciones de las escalas del PAI-A)

Puntuación T	Percentil (Pc)
60	85
70	96
80	99

1. En el menú del PAI-A en su plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com) puede encontrarse un documento donde se describen sintéticamente las distintas muestras de estandarización o tipificación que se emplearon para la generación de los baremos generales para cada país o región.
2. Este valor (percentil 96) fue calculado empíricamente hallando los percentiles que eran equivalentes a una puntuación T de 70 en las distribuciones de las puntuaciones de las escalas del PAI-A. Dado que la forma de la distribución de dichas puntuaciones difiere de la normal, este valor también difiere ligeramente del que se consideraría teóricamente a partir de una distribución normal perfecta y que sería un percentil 98 como equivalente a una T de 70.

Por lo tanto, las puntuaciones T proporcionan un método útil para determinar si ciertos problemas son clínicamente significativos ya que relativamente pocos adolescentes de la población general obtendrán puntuaciones claramente elevadas. En los siguientes apartados se proporcionan pautas concretas para interpretar cada rango de puntuaciones T en cada una de las escalas. Igualmente, en el perfil se utiliza un código de colores para llamar la atención sobre los distintos rangos de interpretación de las puntuaciones T en cada escala y subescala.

Es conveniente subrayar que las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del PAI-A son continuas, esto es, a pesar de que a lo largo de este capítulo se sugieran distintos puntos de corte para la interpretación (p. ej., la puntuación T de 70), no hay nada inherentemente diferente entre una puntuación de T de 69 y una de 71, ni existe una diferencia cualitativa, ya que la diferencia en la puntuación se contempla dentro del error típico de medida de cualquiera de las escalas del instrumento. De hecho, no es necesario que una puntuación T sea superior a 70 para merecer atención clínica. Dado el importante desarrollo y maduración emocional que se produce durante la adolescencia, incluso las puntuaciones ligeramente elevadas pueden reflejar cierto grado de desorden emocional. Por lo tanto, una puntuación T de 60 (percentil 85) repetida a lo largo de un perfil debería llamar la atención del profesional.

Complementariamente, ha de señalarse que la puntuación de corte óptima o los rangos interpretativos específicos pueden variar en los diferentes contextos de evaluación. En este sentido, aunque han sido múltiples las investigaciones realizadas sobre posibles puntos de corte en cada una de las escalas (en el capítulo de fundamentación psicométrica de este manual se describen varios de estos estudios), siempre serán bienvenidas nuevas investigaciones que ayuden a clarificar los puntos de corte óptimos en contextos específicos.

Comparación con muestras clínicas

En el caso de la toma de decisiones clínicas, a menudo se hacen evidentes los aspectos significativos en el paciente y aparecen múltiples elevaciones en diversas escalas tras el uso del baremo general. En estos casos, puede resultar útil comparar posteriormente los resultados con una *muestra de referencia clínica* para dilucidar los problemas que, en concreto, afectan al adolescente cuando se le compara específicamente con una muestra de adolescentes que están en consulta clínica. Las puntuaciones esperadas en los casos clínicos en las diferentes escalas difieren en muchos aspectos de los resultados esperados en la población general. Por ejemplo, la mayoría de los adolescentes de la muestra clínica informan en su evaluación inicial de niveles notables de depresión o ansiedad y, probablemente, su perfil en el PAI-A, utilizando el baremo general, refleje elevaciones perceptibles en dichas escalas. Ahora bien, la cuestión a la que se enfrenta el clínico a la hora de realizar un diagnóstico es analizar la gravedad relativa de las distintas sintomatologías presentes. En estos casos, tener una referencia de muestras clínicas puede resultar complementaria y delimitar qué niveles son normales dada la situación clínica.

Con este objetivo se incluye en el perfil del PAI-A un área del perfil marcada con un color más claro en el extremo derecho del perfil y que indica qué rango de puntuaciones resulta altamente infrecuente incluso en muestras clínicas. Cuando se utiliza el baremo general, esta área del perfil, marcada en color muy claro y en el extremo derecho del perfil en las escalas clínicas, informa de aquel rango de puntuaciones que está dos desviaciones típicas por encima de la media de la muestra clínica recogida en la adaptación a lengua española del PAI-A, esto es, aproximadamente el 98% de los individuos clínicos obtendrán puntuaciones por debajo de esa área. El uso de esa área como referencia nos permite dilucidar en qué medida la puntuación obtenida por una persona resulta llamativa incluso cuando se la compara con muestras clínicas. Dicha área marca el punto en el que las respuestas dadas por una persona indican un grado de problemas y sintomatología que no suelen darse ni siquiera en la población clínica. En las pautas interpretativas de las escalas se describe este intervalo específico en cada una de ellas, así como los diferentes intervalos de puntuaciones que se han de considerar en la interpretación y su significado.

Complementariamente, además de esta zona marcada en el perfil cuando se utiliza el baremo general, algunos profesionales pueden considerar interesante emplear posteriormente el baremo clínico. En estos casos, la plataforma informática permite cambiar el baremo para obtener un nuevo perfil con el baremo clínico (el cambio de baremo no consume ningún uso adicional). Al analizar el perfil resultante de haber usado un baremo clínico hay que tener en cuenta que aquí se está comparando con una muestra de adolescentes con problemas clínicos diversos y, por lo tanto, una puntuación de 50 significará que tiene el mismo nivel de problemas que la mayoría de adolescentes que acude a consulta clínica, mientras que una puntuación T de 60 podrá señalar que está una desviación típica por encima del nivel de problemas habitual que informan los adolescentes que acuden a consulta clínica.

Tal y como se señalaba anteriormente, **siempre será recomendable**, incluso en los casos clínicos, **comenzar la interpretación de los resultados del PAI-A utilizando el baremo general (esto es, seleccionado el baremo general en la corrección), dado que todos los puntos de corte y las pautas de interpretación de las puntuaciones T incluidas en este manual se refieren al uso de dicho baremo general**. Esto permitirá establecer en qué medida la persona adolescente evaluada en contexto clínico muestra un nivel de síntomas o problemas mayor o menor que la mayoría de los adolescentes. Posteriormente a esta primera comparación con la muestra de población general (baremo general), aquellos profesionales más experimentados podrán encontrar interesante comparar su caso con el baremo clínico para establecer qué áreas destacan, incluso después de ser comparadas con una muestra de adolescentes que están en consulta clínica por problemas psicológicos de diversa índole (véase el capítulo de fundamentación psicométrica para una descripción de esta muestra clínica).

Comparación con muestras de menores infractores y con muestras evaluadas en contexto forense

Al igual que se señalaba en el apartado anterior, en los casos en que se evalúe a una persona adolescente en un contexto forense o procedente de un centro de menores infractores resulta recomendable comenzar siempre la interpretación tomando como referencia inicial el baremo general del PAI-A. Los puntos de corte y las pautas de interpretación de cada una de las escalas contenidos en este manual se refieren precisamente a los resultados obtenidos tras la aplicación del baremo general y que indican en qué medida la persona evaluada tiene más o menos síntomas que la mayoría de los adolescentes de la población general. Posteriormente, aquellos profesionales más experimentados que deseen profundizar en la interpretación pueden considerar interesante emplear adicionalmente el baremo de menores infractores o el de contextos forenses. En estos casos en la plataforma de corrección se podrá solicitar su corrección con el baremo de menores infractores o con el de contextos forenses para observar a modo de comparación su perfil cuando se referencia a muestras de menores infractores o de adolescentes evaluados en contexto forense (este cambio de baremo es gratuito y no consume ningún uso adicional en su corrección). Al analizar el perfil resultante de haber usado un baremo de menores infractores o de forense hay que tener en cuenta que aquí se está comparando con una muestra de adolescentes menores infractores o de adolescentes evaluados en un contexto forense. Por lo tanto, una puntuación de 50 significará que tiene el mismo nivel de problemas que la mayoría de adolescentes menores infractores o evaluados en contexto forense (según si se ha utilizado el baremo de menores infractores o el baremo forense), mientras que una puntuación T de 60 podrá señalar que está una desviación típica por encima del nivel de problemas habitual que informan los adolescentes en esos contextos. Véase el capítulo de fundamentación psicométrica para una descripción de cada una de estas muestras.

3.2. Etapas de la interpretación del PAI-A

La interpretación de las puntuaciones obtenidas en el PAI-A requiere de una buena comprensión de los trastornos de la personalidad y de los trastornos psicológicos, además de un buen conocimiento de los fundamentos psicométricos de los tests y de cierta familiaridad con el significado de las escalas clínicas y de las subescalas del PAI-A. La estrategia óptima para la interpretación a menudo difiere en función del contexto de evaluación. Por ejemplo, la interpretación del perfil de un adolescente remitido a consulta clínica por sus padres posiblemente implique un enfoque diferente al que precisa la interpretación del perfil de un adolescente evaluado en el contexto de un centro de menores o de un adolescente ingresado en una unidad de Psiquiatría. Como indicaban Meehl y Rosen en su clásico artículo de 1955, el contexto de la evaluación puede llevar al profesional a extraer conclusiones diferentes a partir de dos perfiles idénticos.

Una forma de llevar a cabo la interpretación del PAI-A puede ser el empleo de decisiones secuenciales, donde cada decisión crea un contexto para la decisión siguiente. Por ejemplo, una de las primeras decisiones que se deben tomar durante la interpretación es si el perfil evaluado parece reflejar alguna distorsión en las respuestas; en el caso de que el profesional observe que un perfil se ha completado de una forma aleatoria o extrema, la interpretación posterior de los ítems que identifican ideación suicida será diferente.

Dicha **secuencia de interpretación puede dividirse en cuatro pasos**. En el primero de ellos se toma una decisión respecto a las potenciales distorsiones en las respuestas, lo cual a menudo determina la validez del perfil. En segundo lugar, se valora aisladamente la puntuación en cada escala y en las subescalas. En tercer lugar, se valora el efecto de ciertas combinaciones de las escalas y se considera conjuntamente la forma específica del perfil. Finalmente, se pueden considerar los ítems críticos como una vía para profundizar en determinados aspectos relevantes de las respuestas. Los siguientes apartados ofrecen un breve resumen de cómo llevar a cabo esta secuencia de pasos.

3.3. Evaluación de la validez del perfil

Ítems omitidos

El primer paso para decidir si un perfil del PAI-A puede ser interpretado tiene que ver con el número de ítems que se han omitido o a los que no se ha dado una respuesta válida (p. ej., cuando se han marcado dos contestaciones simultáneamente). Como regla general para el PAI-A, debe haberse respondido el 95% de los ítems para poder proceder a su corrección. **Cuando la persona evaluada haya dejado en blanco 14 ítems o más, el sistema informático no permitirá la obtención de perfil al considerarlo inválido**. Adicionalmente, se recomienda no interpretar una escala o subescala si se ha dejado en blanco más del 20% de sus ítems. En el caso de que haya respuestas omitidas, pero su número sea inferior a los umbrales indicados, el sistema de corrección del PAI-A asignará a las preguntas omitidas el valor promedio de las respuestas del adolescente al resto de ítems de esa misma escala. Estos cálculos son realizados de forma automática por el sistema informático y se reflejan de forma inmediata en las puntuaciones directas y en las puntuaciones T que se ofrecen en el perfil de resultados.

Ha de recalarse que la presencia de omisiones o de respuestas dobles afecta a las puntuaciones obtenidas en el PAI-A y a la interpretación de sus escalas. Por este motivo, es recomendable reducir todo lo posible

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

3.4. Escalas clínicas

La estrategia seguida en la construcción de las escalas del PAI-A fue ofrecer escalas que fueran fácilmente interpretables respecto al significado del constructo. Por lo tanto, los ítems de una escala clínica reflejan directamente la fenomenología y sintomatología de ese constructo clínico. En otras palabras, los ítems de una escala del PAI-A operacionalizan los componentes de los trastornos que evalúan en función de las características que la literatura científica ha identificado como centrales en ese trastorno. De esta manera, si la puntuación de una persona es alta, está indicando que presenta dichos síntomas con una frecuencia o una intensidad mayor que la mayoría de los adolescentes de la población general.

En los siguientes apartados se incluye una descripción de los aspectos centrales evaluados en cada una de las escalas clínicas del PAI-A, así como tablas con sugerencias interpretativas para cada rango de puntuaciones T. Tal y como podrá observarse, el significado otorgado a una determinada puntuación T (p. ej., a una puntuación T de 75) puede variar de una escala a otra. Estas sugerencias interpretativas para cada rango de puntuaciones T fueron establecidas de acuerdo con la prevalencia de las puntuaciones en las distintas muestras clínicas analizadas en la construcción original del instrumento y en su adaptación a lengua española. Esto hace que, por ejemplo, una misma puntuación T de 75 pueda aparecer en tramos diferentes de interpretación o en distintas áreas del perfil según la escala, de acuerdo con su desigual prevalencia en muestras clínicas.

El significado otorgado a las puntuaciones también debe considerarse en el marco de los resultados obtenidos en las escalas de validez. Si las escalas Inconsistencia o Infrecuencia están elevadas, debe tenerse en cuenta que las elevaciones halladas en las escalas clínicas pueden ser en realidad reflejo de un patrón de respuesta descuidado o aleatorio más que de problemas clínicos subyacentes. Si es la escala Impresión negativa la que se encuentra elevada, las interpretaciones deben hacerse desde la posibilidad de que la distorsión negativa del perfil lo haga parecer más patológico de lo que en realidad es. Si es Impresión positiva la que se encuentra elevada, la interpretación de las puntuaciones en las sucesivas escalas ha de hacerse teniendo en cuenta que el evaluado es reticente a admitir pequeños defectos o problemas. En cualquier caso, las hipótesis interpretativas que se deriven de las puntuaciones halladas en las escalas clínicas del PAI-A han de considerarse junto con toda la información disponible sobre la persona adolescente que está siendo evaluada, incluyendo su historial, el comportamiento observado y otras fuentes de información alternativas y complementarias.

Quejas somáticas (SOM)

Esta escala incluye ítems que reflejan preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud. Los ítems recogen diversas formas de presentación de trastornos de tipo somático, abarcando desde quejas recurrentes de malestar físico o problemas específicos relativamente menores (p. ej., dolores de cabeza o gastrointestinales) hasta disfunciones relevantes en varios órganos o conjunto de órganos (p. ej., parálisis).

En su conjunto, la puntuación en la escala Quejas somáticas **refleja el grado de preocupación y el temor a padecer problemas relacionados con la salud y el deterioro y también el grado de malestar derivado de los síntomas somáticos que presenta**. En la tabla 3.7 se incluyen pautas de interpretación para cada rango de puntuaciones T en esta escala.

Tabla 3.7. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Quejas somáticas

Puntuación T	Interpretación
≥ 81	<p>Este rango de puntuaciones en Quejas somáticas es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). La puntuación sugiere que está presente un amplio número de quejas somáticas que probablemente afecten a la mayoría de los sistemas orgánicos (gastrointestinal, neurológico y musculoesquelético). Es probable que tales quejas sean crónicas y estén acompañadas de cansancio y debilidad que impidan al adolescente llevar a cabo cualquier actividad. En la mayoría de los casos, las puntuaciones en este rango reflejarán un trastorno somatomorfo o de síntomas somáticos diagnosticable.</p> <p>En este rango de puntuaciones, la persona evaluada puede ser poco receptiva a las explicaciones psicológicas de sus problemas somáticos y puede no ser una buena candidata a psicoterapia, sobre todo si existen pocos indicadores de malestar psicológico en su perfil del PAI-A.</p>
70 - 80	<p>Las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren un nivel significativo de preocupaciones sobre su salud y sus problemas físicos y cierta limitación en su vida debido a esos síntomas. Los adolescentes con estas puntuaciones consideran que poseen una mala salud en comparación con sus iguales y, probablemente, tiendan a pensar que sus problemas de salud son complejos y de difícil tratamiento. Los jóvenes que puntúan en este rango pueden ser percibidos como infelices, insatisfechos y pesimistas. Si a partir de sus puntuaciones en otras escalas del PAI-A se puede deducir la presencia de ciertos problemas de personalidad, cabe considerar la hipótesis de que el adolescente pueda estar usando las quejas somáticas para controlar su entorno o evitar reprimendas o responsabilidades derivadas de su comportamiento.</p>
60 - 69	<p>Las puntuaciones T en este rango indican que la persona evaluada muestra algunas preocupaciones sobre su salud y su estado físico. En el caso de adolescentes con problemas médicos es habitual que aparezcan elevaciones esperables en el extremo inferior de este rango de puntuaciones.</p> <p>Si se observan puntuaciones en el resto de escalas del PAI-A que indiquen un importante malestar emocional, una puntuación en Quejas somáticas en este rango puede estar informando que el adolescente expresa su malestar mediante síntomas somáticos, ya sea por falta de habilidad o de oportunidad para expresarlo de otra forma más directa.</p>
≤ 59	<p>Puntuaciones medias en Quejas somáticas reflejan a una persona con pocas quejas somáticas. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media ($T < 50$) pueden ser percibidos como optimistas, activos y eficaces.</p>

El análisis de las **puntuaciones en las subescalas de Quejas somáticas puede resultar útil para diferenciar cuál puede ser el patrón de manifestaciones psicósomáticas presente**. Una de las diferencias más importantes reside entre aquellas personas que informan de numerosos síntomas leves, considerados dentro de los trastornos de síntomas somáticos, y aquellas que manifiestan síntomas graves que implican funciones sensoriales o motoras, considerados dentro de los trastornos de conversión. Ambos, son diferentes a la hipocondría, considerada como la manifestación del temor o la creencia de padecer una enfermedad.

En este sentido, las tres subescalas de Quejas somáticas diferencian precisamente estas diversas manifestaciones psicósomáticas: (a) la subescala Somatización (SOM-S), aborda quejas físicas frecuentes, como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o dolores gastrointestinales, que son llamativas no tanto por su presencia, sino por su frecuencia; (b) la subescala Conversión (SOM-C), que hace referencia a problemas sensoriomotores poco frecuentes y que son prototípicos de los trastornos de conversión; y (c) la subescala Hipocondría (SOM-H), que refleja la preocupación por la salud y el estado físico. Los ítems de esta última subescala (Hipocondría) se centran en valorar en qué medida la persona evaluada percibe sus problemas de salud como complejos e intrincados y en qué grado se esfuerza en tratar y recuperarse de estos problemas. En la tabla 3.8 se incluye una breve guía para la interpretación de estas subescalas.

Tabla 3.8. Pautas interpretativas de las subescalas de Quejas somáticas

Subescala	Descripción
Conversión (SOM-C)	El adolescente informa de un deterioro funcional debido a los síntomas asociados con disfunciones sensoriales o motoras.
Somatización (SOM-S)	El adolescente informa de diferentes síntomas físicos recurrentes (tales como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, etc.) y manifiesta quejas imprecisas de enfermedad y fatiga. Estos síntomas suelen aparecer acompañados de algunos síntomas de depresión o ansiedad.
Hipocondría (SOM-H)	El adolescente se encuentra preocupado por su estado de salud y sus problemas físicos. Sus relaciones y conversaciones giran en torno a sus problemas de salud. Su autoimagen puede estar basada en su creencia de incapacidad producida por sus problemas de salud.

Ansiedad (ANS)

La escala Ansiedad evalúa diversas características clínicas comunes a cómo es habitualmente experimentada y vivida la ansiedad. La ansiedad es un componente importante subyacente a la mayoría de los problemas psicológicos, aunque existan diferencias individuales importantes respecto a su expresión. Clásicamente, diferentes autores han señalado la presencia de diferentes modalidades de expresión de la ansiedad relacionadas entre sí, aunque independientes, y que implican a los sistemas cognitivo, afectivo, somático y comportamental (Koxsal y Power, 1990; Lang, 1971; Zajonc, 1980). La escala Ansiedad del PAI-A está diseñada para evaluar tres de estos componentes o sistemas de expresión de la ansiedad, incluyendo ítems que **abarcan la preocupación constante, los sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión y las señales físicas de tensión y estrés** (los sistemas cognitivo, afectivo y somático respectivamente). En su conjunto estos síntomas informan del grado de tensión y emoción negativa experimentado por la persona evaluada y que pueden aparecer en diferentes categorías diagnósticas. El componente más comportamental o conductual de la ansiedad no se incluyó dentro de la escala Ansiedad porque habitualmente estas conductas más específicas sirven como criterio para la toma de decisiones diagnósticas. Por ejemplo, la conducta de evitación es un criterio para el diagnóstico de las fobias, así como las conductas de rituales son un criterio para el trastorno obsesivo-compulsivo. En el PAI-A estos **componentes comportamentales fueron incluidos en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) que puede resultar útil a la hora de establecer diagnósticos concretos.**

Tal y como se señalaba anteriormente, el contenido de los ítems de esta escala abarca diferentes formas de expresar la ansiedad, incluyendo la presencia de preocupación constante, los sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como los signos físicos de nerviosismo y estrés. Por este motivo, la escala Ansiedad se compone de tres subescalas que reflejan estas tres modalidades principales de la expresión de la ansiedad: (a) Cognitiva (ANS-C), que evalúa la hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros y la preocupación constante y rumiativa en el sentido descrito clásicamente por Beck y Emery (1979) en el contexto de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad; (b) Emocional (ANS-E), que valora la presencia de sentimientos subjetivos de miedo, tensión o nerviosismo característicos de la ansiedad; y (c) Fisiológica (ANS-F), que evalúa la expresión somática de la ansiedad, particularmente la referida al sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación y mareos...). El significado interpretativo de la puntuación elevada en cada una de estas subescalas se muestra en la tabla 3.9.

Tabla 3.9. Pautas interpretativas de las subescalas de Ansiedad

Subescala	Descripción
Cognitiva (ANS-C)	Los adolescentes con una elevada puntuación suelen mostrar un estado de inquietud y preocupación que puede comprometer su habilidad para concentrarse y prestar atención. Es probable que sus compañeros opinen que se preocupan en exceso por temas o situaciones sobre los que no tienen el control.
Emocional (ANS-E)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala experimentan una gran cantidad de tensión y tienen dificultades para relajarse. Tienden a cansarse fácilmente como resultado de la alta percepción de estrés.
Fisiológica (ANS-F)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a experimentar y a expresar la ansiedad de forma somática, particularmente la referida al sistema nervioso autónomo con síntomas tales como palpitaciones, sudoración en las palmas de las manos, respiración entrecortada o mareos.

La puntuación total en la escala Ansiedad indica el nivel global de presencia de la ansiedad en el cuadro clínico. En la tabla 3.10 se dan pautas orientativas para su interpretación.

Tabla 3.10. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Ansiedad

Puntuación T	Interpretación
<p>≥ 83</p>	<p>Este rango de puntuaciones en Ansiedad es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y, probablemente, se acompañará de puntuaciones altas en las tres subescalas, reflejando una incapacidad general consecuencia de la ansiedad. Los adolescentes con puntuaciones en este rango es muy posible que tengan vidas muy restringidas y limitadas y no sean capaces de llevar a cabo ninguna actividad en el centro escolar o en casa sin sentirse sobrepasados. A pesar de que la ansiedad experimentada puede ser un elemento motivador para el tratamiento, en estos casos puede que resulte contraproducente ya que cualquier mínimo estresor puede precipitar una crisis y el patrón repetido de crisis de ansiedad puede suponer dificultades para la psicoterapia. En la mayoría de las ocasiones, las puntuaciones en este rango reflejarán un trastorno de ansiedad diagnosticable. Una puntuación alta en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) puede ayudar a identificar el área específica en la que se focalizan los miedos y preocupaciones responsables de las altas puntuaciones en la escala Ansiedad; por el contrario, una baja puntuación en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) puede indicar que la ansiedad está ampliamente distribuida y generalizada.</p>
<p>70 - 82</p>	<p>Puntuaciones T iguales o mayores a 70 sugieren ansiedad y tensión significativas. Los adolescentes con puntuaciones en este rango probablemente pasen la mayor parte del tiempo en tensión y con rumiaciones que anticipan posibles problemas y desgracias futuras. Pueden ser percibidos como personas impresionables, nerviosas, tímidas y dependientes. Es probable que por lo menos una de las subescalas esté elevada, lo que debe tenerse en cuenta para determinar la modalidad en la que se está expresando la ansiedad.</p>
<p>60 - 69</p>	<p>Puntuaciones T en este rango son indicativas de que la persona adolescente puede estar experimentando cierto nivel de estrés y preocupación y que puede mostrarse emocionalmente sensible.</p>
<p>≤ 59</p>	<p>Puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente con pocas quejas de ansiedad o tensión. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como tranquilos, optimistas y eficaces al enfrentarse al estrés.</p>

Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)

La presencia de ansiedad es característica en la mayoría de los trastornos clínicos. Por este motivo, una escala general como la escala Ansiedad (ANS) del PAI-A, descrita anteriormente, tiene una utilidad limitada a la hora de identificar cuadros clínicos específicos. Con este objetivo **se diseñó la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA), para centrar la evaluación en las características centrales de varios trastornos relacionados con la ansiedad. Esto hace que ante una puntuación elevada en la escala Ansiedad, la escala Trastornos relacionados con la ansiedad pueda servir como un indicador específico del trastorno de ansiedad en cuestión.**

Así, esta escala evalúa características clínicas y conductuales de tres áreas de sintomatología asociadas a trastornos específicos de ansiedad. El contenido de los ítems incluye miedos específicos asociados a objetos o situaciones incluyendo fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos y experiencias problemáticas asociadas a algún evento traumático. Estos síntomas están por lo tanto distribuidos en tres subescalas: (a) Obsesivo-compulsivo (TRA-O), en la que los ítems están asociados tanto a las características sintomáticas del trastorno (miedo a la contaminación, ejecución de rituales) como a los rasgos de personalidad característicos del trastorno (perfeccionismo, atención excesiva a detalles); (b) Fobias (TRA-F), que evalúa varios miedos fóbicos comunes, entre los que se incluye el miedo a las alturas, a los lugares cerrados, al transporte público y a la exposición a situaciones sociales; (c) Estrés postraumático (TRA-E), cuyos ítems evalúan las reacciones a estresores traumáticos, incluyendo pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. En el caso de esta última escala (Estrés postraumático), los ítems no detallan la naturaleza específica del evento traumático, aspecto que deberá ser determinado a partir del análisis posterior de la historia de la persona evaluada. El significado interpretativo de las elevaciones en cada una de estas subescalas se muestra en la tabla 3.11.

Tabla 3.11. Pautas interpretativas de las subescalas de Trastornos relacionados con la ansiedad

Subescala	Descripción
Obsesivo-compulsivo (TRA-O)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a ser bastante rígidos y a seguir de forma inflexible sus propias normas. Son vistos por los demás como perfeccionistas y rigurosos. Debido al nivel al que atienden a los detalles, su capacidad para tomar decisiones se ve afectada. Los cambios en sus rutinas, las situaciones inesperadas y la incertidumbre probablemente les genere un alto nivel de estrés. Estos adolescentes probablemente temen sus propios impulsos y duden de su capacidad para controlarlos.
Fobias (TRA-F)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala suelen presentar miedos fóbicos que interfieren de forma significativa en su vida. Estos adolescentes tienden a evitar el objeto o situación temida limitando de forma importante sus actividades. Puede que los miedos estén relacionados con situaciones sociales, con el uso del transporte público, con las alturas, con los espacios cerrados o con otros objetos concretos. Las puntuaciones muy elevadas suelen asociarse con más probabilidad a la presencia de fobias múltiples o de una única fobia muy incapacitante (p. ej., agorafobia), y no tanto con la presencia de fobias más simples o aisladas.
Estrés postraumático (TRA-E)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala señalan la experiencia pasada de un evento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad. El adolescente indica sentirse irreversiblemente transformado por el evento traumático. Aunque los ítems no detallan la naturaleza específica del evento, este puede estar relacionado, entre otras situaciones, con haber sido víctima de abuso físico o sexual, haber experimentado una situación de riesgo para la propia vida o haber sobrevivido a un desastre natural (p. ej., terremotos).

La puntuación total en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad es quizás la más difícil de interpretar de todas las puntuaciones del PAI-A debido a su composición de tres condiciones bastante diversas. En general, es una medida de la amplitud de la expresión conductual de la ansiedad. En la tabla 3.12 se incluyen posibles pautas interpretativas de cada rango de puntuaciones T en esta escala.

Tabla 3.12. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Trastornos relacionados con la ansiedad

Puntuación T	Interpretación
≥ 78	Este rango de puntuaciones en Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Probablemente presentan puntuaciones elevadas en las tres subescalas, reflejando múltiples diagnósticos de trastornos de ansiedad y amplia incapacidad asociada a tal nivel de ansiedad. Estos adolescentes sufren una importante crisis emocional y se enfrentan con constantes pensamientos intrusivos sobre su pasado. Es probable que existan patrones desadaptativos dirigidos a controlar la ansiedad que resultan poco eficaces para prevenir el efecto que esta ansiedad tiene en sus vidas.
70 - 77	Las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren la presencia de limitaciones asociadas con miedos en relación con alguna situación. El análisis de qué subescalas aparecen elevadas puede mostrar con mayor precisión la naturaleza de estos miedos. Estos adolescentes pueden ser percibidos como inseguros y con dudas sobre sí mismos, preocupados y especialmente incómodos en situaciones sociales.
60 - 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente puede tener algunos miedos específicos o preocupaciones y que tiene poca confianza en sí mismo. El análisis de qué subescalas aparecen elevadas puede mostrar con mayor precisión la naturaleza de estos miedos.
≤ 59	Puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a una persona que indica poco malestar en general. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como seguros de sí mismos, flexibles y que toleran bien la presión.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



4

Proceso de creación del PAI-A y adaptación a lengua española

Desde su publicación el PAI ha sido una de las pruebas más utilizadas en diversos contextos clínicos, forense, educativos y sociales (Belter y Piotrowski, 2001; Lally, 2003; Mihura *et al.*, 2017). Su amplia utilización en adultos motivó una demanda por parte de los profesionales para poder extender su uso a población adolescente. Este hecho hizo que algunos profesionales comenzaran a aplicar el PAI a adolescentes con resultados satisfactorios. No obstante, existían una serie de limitaciones importantes para su uso en esta franja de edad, tales como la ausencia de baremos específicos para adolescentes o la inclusión de algunos ítems que no se ajustaban a su realidad (p. ej., aquellos en los que se mencionaban aspectos relativos a su experiencia laboral). La existencia de esta demanda por parte de los profesionales junto con la presencia de ciertas limitaciones relevantes en su uso con esta población originó la creación del PAI-A.

Los primeros estudios piloto que se llevaron a cabo con el PAI-A tuvieron precisamente como objetivo explorar en qué grado podría resultar aplicable a adolescentes una versión que fuera prácticamente idéntica en su estructura y en su contenido al PAI para adultos (Morey, 2007a). Los resultados de estos primeros estudios piloto alentaron el objetivo de partir del PAI para crear una versión para adolescentes que retuviera su estructura y, en la medida de lo posible, su contenido, a la par que se realizaban algunos ajustes puntuales necesarios para su adecuado funcionamiento en este rango de edad. No en vano, el PAI había seguido un exhaustivo proceso de construcción y desarrollo de sus escalas e ítems y aportaba una sólida y reconocida base teórica y empírica de la que partir y en la que fundamentarse.

En este capítulo se describirán las diferentes fases que se han ido siguiendo en este desarrollo del PAI-A. Dado que se buscaba mantener la estructura y el contenido del PAI para adultos en la creación de esta versión para adolescentes, en primer lugar se presentará muy brevemente el proceso original de construcción del PAI (Morey, 2011), detallando los objetivos perseguidos en su creación, los pasos seguidos en el desarrollo de sus ítems, los procesos de validación empleados y los estudios realizados (el lector interesado puede consultar una información más exhaustiva en el manual técnico de Morey, 2011).

A continuación, se presentará el desarrollo realizado para la creación de su versión para adolescentes (PAI-A) indicando los diversos cambios realizados, las fases seguidas y sus principales resultados (Morey, 2007a).

Finalmente, se expondrá el procedimiento llevado a cabo para la creación de su versión en lengua española, incluyendo la descripción del proceso de traducción y adaptación y las fases seguidas para su tipificación y validación.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Un segundo momento del análisis se centró en las escalas Inconsistencia e Infrecuencia. La escala Inconsistencia fue construida empíricamente a partir de aquellos pares de ítems que obtuvieron mayor intercorrelación en las muestras recogidas. Para ello se eligió un conjunto de 10 pares de ítems basándose en su elevada intercorrelación (de forma que la respuesta de uno de los ítems predecía en gran medida la respuesta al otro ítem). Si bien cada par de ítems solía incluir ítems de escalas o subescalas iguales o relacionadas, en el conjunto de los 10 pares de ítems se buscó incluir una representación heterogénea de distintos contenidos, escalas y subescalas del PAI-A con el objetivo de que la puntuación en la escala Inconsistencia no dependiera de ningún patrón concreto de respuesta en un área de sintomatología, sino que estuviera relacionado con un estilo de respuesta descuidado o azaroso. La correlación promedio entre cada par de ítems fue de 0,63 en la muestra clínica y de 0,61 en la muestra de población general en los estudios de Morey (2007a). En la escala Infrecuencia se analizaron cada uno de los ítems originales para incluir solo aquellos que resultaban indicativos de un patrón de respuesta infrecuente.

Finalmente, se analizaron también los resultados obtenidos en las distintas edades que abarca el PAI-A. Si bien el banco de ítems fue diseñado para un nivel de lectura equivalente a 4.º de Primaria, era importante verificar que las distintas edades que abarcaban el PAI-A (desde los 12 hasta los 18 años) podían responder la prueba de manera congruente y consistente. Así, el análisis de consistencia interna determinó que los patrones de correlación eran similares en los distintos rangos de edad. Los resultados obtenidos por Morey (2007a) indicaban que el patrón de correlación inter-ítem en el grupo de edad de 12 y 13 años era comparable al obtenido en el resto de edades, apoyando el principio de que incluso estos adolescentes más jóvenes tienen la capacidad de completar el instrumento de forma comparable a los adolescentes de más edad.

4.3. Adaptación a lengua española

La adaptación de un cuestionario va más allá de la mera traducción de los elementos. De una traducción solo cabe esperar que refleje los contenidos originales, mientras que de una adaptación cabrá esperar que los elementos en la nueva lengua permitan evaluar los mismos constructos que los originales y que tengan un comportamiento psicométrico similar al que tuvieron en el contexto original. El objetivo final de la adaptación de cualquier test es que las puntuaciones obtenidas con la nueva versión puedan ser interpretadas del mismo modo que se interpretarían las puntuaciones en el test original, en esto se resume esencialmente el concepto de equivalencia entre la versión original y la adaptada (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005). Para conseguir este objetivo, como señalan Van de Vijver y Poortinga (2005), es necesario adoptar un enfoque proactivo en la adaptación, lo que significa realizar una planificación previa y sistemática de los pasos, estudios y análisis que debieran realizarse para garantizar este proceso.

En la adaptación al español del PAI-A se diseñó previamente un plan de trabajo a seguir que se sintetizaba en las siguientes fases: 1) traducción/adaptación, 2) revisión por jueces, 3) estudio piloto, 4) traducción inversa (*backtranslation*), 5) análisis de su legibilidad, 6) estudio de tipificación, 7) estudios de fiabilidad (consistencia interna), 8) estudios de estabilidad temporal (test-retest), 9) estudios de validez (evidencias sobre la estructura interna, evidencias sobre la relación con otras variables...) y 10) creación de baremos de la versión en lengua española. Se siguieron en este proceso las directrices internacionales para la adaptación de tests de la *International Test Commission* (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). A continuación, se describirán brevemente los pasos llevados a cabo en cada una de las fases.

El **primer paso** fue realizar la traducción de los elementos originales al español. Este proceso fue realizado por un profesional experto en el área de evaluación psicológica y con amplia experiencia en la adaptación de pruebas extranjeras. El objetivo era obtener enunciados que resultaran claros, comprensibles y sensibles al contexto cultural específico.

En un **segundo paso**, esta primera versión fue entregada a un grupo de cuatro jueces con el fin de que realizaran un análisis crítico de la traducción, aportasen sugerencias sobre su redacción o contenido y estimasen aquellas modificaciones que fueran necesarias, velando por la adecuada comparabilidad con el original inglés y su correcta adaptación. Estos jueces eran psicólogos con amplia experiencia en evaluación, procedentes de campos profesionales variados que, de forma iterativa y por consenso, realizaron la revisión de los ítems y sugirieron los cambios oportunos. Complementariamente, también se dispuso de otro conjunto de jueces integrados por un panel de profesores de Latinoamérica con el objetivo de verificar que la versión del PAI-A en su adaptación a lengua española se ajustara a los usos lingüísticos de los distintos países de lengua española en España y Latinoamérica, permitiendo su correcta comprensión por parte de las personas evaluadas.

El equipo adaptador integró las revisiones realizadas por los distintos jueces para configurar una segunda versión del PAI-A en español. Una vez se dispuso de esta segunda versión del PAI-A se realizó un pequeño **estudio piloto preliminar** con un reducido grupo de adolescentes de diversas edades y procedentes de diferentes localidades geográficas con el objetivo de recoger comentarios cualitativos sobre los ítems, posibles palabras o expresiones de difícil comprensión o ambiguas que requirieran algún ajuste o modificación. Estas aplicaciones fueron realizadas personalmente por el equipo adaptador con el objetivo de verificar la adecuada comprensión de los enunciados y detectar cualquier incidencia o aspecto problemático en su uso con adolescentes en cualquier faceta de su aplicación práctica. Se detectaron incidencias menores relativas a algunas instrucciones y algunas expresiones y palabras que fueron subsanadas.

Una vez se dispuso de esta versión de los ítems se realizó una **traducción inversa** (*backtranslation*) por parte de un traductor independiente, experto en psicología y nativo de lengua inglesa con el objetivo de verificar que la versión preliminar en lengua española reflejaba adecuadamente la versión original en lengua inglesa. Los resultados de la traducción inversa fueron comparados con la versión original en inglés para generar la versión definitiva del PAI-A para su tipificación.

Esta versión de tipificación fue analizada con relación al **nivel de lectura requerido por sus ítems en español**. Para ello se utilizó el índice de legibilidad de Flesch-Szigriszt implementado en el programa INFLESZ (Barrio-Cantalejo y Simón-Lorda, 2008). Este índice fue desarrollado por Szigriszt-Pazos (1993) como una adaptación al idioma español del índice RES de Flesch (*Reading Ease Score*) y fue seleccionado para este estudio ya que es uno de los escasos índices de legibilidad cuya fórmula ha sido adaptada al español y validada, inicialmente por Szigriszt-Pazos (1993) y posteriormente por Barrio-Cantalejo (2007). Este índice de legibilidad o facilidad para su lectura va de 0 a 100 puntos, siendo valores bajos indicativos de una menor legibilidad y valores altos de una mayor legibilidad. La puntuación obtenida por el conjunto de los ítems del PAI-A fue de 74,6, que se clasifica en el nivel de lectura «bastante fácil» en la escala INFLESZ (Barrio-Cantalejo y Simón-Lorda, 2008) que es equivalente al nivel de los libros de 4.º, 5.º y 6.º de Educación Primaria (Barrio-Cantalejo y Simón-Lorda, 2008). Estos resultados concuerdan con los obtenidos con la versión original en inglés de la prueba, lo que garantizaba un nivel de accesibilidad para su lectura por parte de población adolescente.

Una vez se dispuso de esta versión definitiva para estandarización o tipificación, se procedió a **contactar con un amplio número de centros y profesionales de distintos países de lengua española** (Argentina, Colombia, España y México¹) para llevar a cabo la recogida de muestra y su validación y estandarización o tipificación. Se seleccionaron a aquellos centros y profesionales que permitieran una adecuada representación geográfica, social y cultural y que contaran con la experiencia profesional y la formación adecuada a los requisitos del proyecto.

1. En este manual se describen los baremos vigentes en la fecha de publicación de la primera edición del mismo. En caso de introducirse nuevos baremos en fechas posteriores a dicha edición, podrá encontrarse toda la información en el menú de esta prueba en la plataforma de corrección (www.TEAcorrege.com). Por tanto, se recomienda consultar la plataforma de corrección para obtener información actualizada y detallada sobre posibles mejoras y nuevos baremos que se introduzcan en fechas posteriores.

Tras la recogida de la muestra, todos los protocolos fueron revisados minuciosamente para garantizar que se hubieran respondido correctamente, descartando aquellos casos que mostraron algún tipo de anomalía. En concreto, se eliminaron aquellos casos que tenían un porcentaje significativo de respuestas en blanco (dado que era un criterio fijado por el autor original en los criterios de exclusión de la muestra de tipificación y clínica²), aquellos que eran detectados como con un patrón de respuesta azarosa o inconsistente o que tenían edades inferiores o superiores al ámbito de tipificación del PAI-A (edades menores a los 12 años o superiores a los 18 años).

Simultáneamente a la estandarización o tipificación de la prueba se llevaron a cabo **estudios de fiabilidad (consistencia interna, estabilidad temporal, etc.) y de validez (grupos clínicos, aplicación simultánea con otras pruebas, etc.)**. En el capítulo 5 de este manual se incluye información detallada tanto sobre las muestras recogidas durante su adaptación a lengua española³ como los estudios de fiabilidad y validez realizados y los principales resultados encontrados.

A partir de los datos recogidos en la tipificación, los ítems fueron analizados en distintas etapas de revisión que iterativamente combinaban los análisis estadísticos con criterios racionales, de forma análoga al proceso original de construcción de la prueba descrito en apartados previos de este capítulo. En concreto, en el análisis se tuvieron en cuenta:

- a. las características principales del ítem (índice de atracción, índice de discriminación y porcentaje de respuestas en cada una de las opciones);
- b. la correlación corregida con su escala o subescala (correlación corregida ítem-total);
- c. su correlación con el resto de escalas de la prueba;
- d. sus resultados comparativos en muestras de población general, clínicas y en grupos clínicos específicos;
- e. su correlación con las escalas de otras pruebas de evaluación psicológica aplicadas conjuntamente con el PAI-A.

Los ítems fueron ordenados en su adaptación a lengua española de acuerdo con su correlación corregida ítem-escala, situando entre los primeros 165 ítems aquellos con una mayor capacidad discriminativa en cada una de las subescalas y escalas consideradas. Esta ordenación permite obtener una información máximamente discriminativa incluso aunque se haya aplicado un número relativamente escaso de ítems, como es el caso de las situaciones donde es necesario aplicar la versión abreviada del PAI-A. Esta ordenación realizada en su adaptación a lengua española permite obtener una versión abreviada que tiene unas propiedades psicométricas óptimas en cuanto a su estabilidad temporal y consistencia interna (véase el capítulo 6 de este manual en el que se describe la versión abreviada del PAI-A y sus principales características psicométricas). En este sentido, es importante advertir que **el sistema de corrección de la versión en lengua española no es intercambiable con el sistema de corrección de la versión en lengua inglesa** ya que, tal y como se ha comentado anteriormente, los ítems de la versión en lengua española fueron reordenados de acuerdo con los resultados psicométricos específicos obtenidos en la adaptación a lengua española. Por lo tanto, ambos sistemas de corrección (en lengua española y en lengua inglesa) no son intercambiables. Si se ha utilizado la versión en lengua española del PAI-A de TEA Ediciones debe utilizarse el sistema de corrección específicamente creado para esta versión.

2. Pueden consultarse los criterios de exclusión en Morey (2007a).

3. En el menú del PAI-A en su plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com) puede encontrarse un documento donde se describen sintéticamente las distintas muestras de estandarización o tipificación y baremos disponibles del PAI-A para cada uno de los países.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



5

Fundamentación psicométrica

A lo largo de este capítulo se proporcionan evidencias sobre la fiabilidad y la validez de las puntuaciones que ofrece el PAI-A. Dichas evidencias determinan la confianza que los profesionales pueden tener en los resultados que obtengan con este instrumento. Esta información pretende ampliar la comprensión que tiene el profesional sobre el PAI-A y describir las propiedades psicométricas que deben guiar su uso. La información obtenida ha de complementarse con la expuesta en el capítulo anterior, relativa al proceso de construcción y adaptación a lengua española del PAI-A (incluyendo la descripción del proceso de construcción de baremos), y con los estudios específicos realizados con muestras de otros países de Latinoamérica que se presentan en otros capítulos de este manual y en el documento descriptivo sobre las distintas muestras de tipificación disponibles en el menú del PAI-A en www.TEAcorrege.com.

El primer apartado de este capítulo se centra en la descripción de las muestras utilizadas en los distintos estudios de fiabilidad y validez realizados. Este apartado pretende responder a la pregunta acerca del grado en que las muestras empleadas han sido amplias y representativas de la población objeto del estudio.

En segundo lugar, aparecen los estudios de fiabilidad de la prueba. Sus resultados permiten responder a las preguntas sobre la precisión con la que evalúa el PAI-A en las muestras consideradas y el grado de error que contienen sus puntuaciones.

En tercer lugar, se incluyen los estudios de validez. Estos estudios pretenden informar sobre qué inferencias o conclusiones podemos extraer a partir de los resultados de la prueba que estén apoyadas empírica y teóricamente, así como la adecuación y la pertinencia de las decisiones que se tomen. En este punto ha de recalarse que el establecimiento de la validez de un instrumento es un proceso multifacético y prolongado en el tiempo, que comienza con la publicación del mismo y que continúa a lo largo de toda su vida. Tal y como señalaba Anne Anastasi (1986) «la validez de un tests es algo vivo; no expira y se embalsama cuando el test se publica» (p. 4). Los profesionales que utilicen el PAI-A tienen la responsabilidad de examinar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la prueba en diversos contextos aplicados y de investigación y determinar su relevancia para dar respuesta a sus necesidades y prácticas profesionales.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Dado que los inventarios como el PAI-A son frecuentemente interpretados de forma configural, es decir atendiendo al perfil relativo de picos y valles en sus escalas, se llevaron a cabo análisis adicionales con el objetivo de determinar la estabilidad de la configuración de las 22 escalas del PAI-A en distintos momentos temporales. Para ello se calculó la correlación entre la ordenación relativa de las 22 escalas en el primer momento temporal y en el segundo momento temporal en cada uno de los participantes del estudio test-retest. La mediana de la correlación en la configuración del perfil en ambos momentos temporales fue de 0,84 en el estudio de Morey (2007a) y de 0,73 en el estudio de la adaptación a lengua española, indicando un grado sustancial de estabilidad en las configuraciones de los perfiles a lo largo del tiempo.

5.3. Evidencias de validez

Messick (1989) ya expresó con gran claridad hace décadas el concepto central de la validez indicando que «la validez es un juicio integral acerca del grado en que la evidencia empírica y el fundamento teórico apoya la adecuación y conveniencia de las inferencias y acciones basadas en las puntuaciones del test...» (p. 13). Esta misma concepción es la que sostienen los estándares sobre tests (American Educational Research Association *et al.*, 2014) en los que se afirma que «la validez se refiere al grado en que la evidencia y la teoría respalda la interpretación de las puntuaciones del test para los usos pretendidos» (p. 11). Esto supone un giro al concepto más tradicional de validez, enfocado en el test, para poner la atención en las inferencias extraídas a partir del uso del mismo. En otras palabras, se podría decir que no son tanto los tests los que se someten a validación sino las inferencias extraídas de los mismos, así como las decisiones que se tomen de acuerdo con ellas. Esto supone, por una parte, incluir al usuario del test dentro de la esfera de la responsabilidad de su uso, ya que la validez estará determinada por la adecuación de las inferencias que realice. Por otra parte, realza el hecho de considerar la validez como un asunto de grado y no un concepto dicotómico de todo o nada, lo que implica la acumulación continua de evidencias y argumentos de validez a lo largo de la vida útil del test. En este mismo sentido, ya no se habla de diferentes tipos de validez sino más bien de diferentes vías o líneas que aportan evidencias sobre la validez de la prueba, todas ellas encaminadas a proporcionar una información relevante para conseguir una interpretación específica de las puntuaciones del test (American Educational Research Association *et al.*, 2014).

Aunque los constructores de test son responsables de aportar evidencias sobre la validez, es el usuario el que debe evaluar si estos datos apoyan el uso que desea realizar de la prueba para un determinado fin. Esto no supone que un test solo sea válido para la finalidad y los propósitos marcados inicialmente por sus creadores, sino que posteriormente pueden surgir evidencias en la literatura científica que avalen su uso para otros fines o en otros contextos. El examen comprensivo de los datos sobre la validez de este test incluye los proporcionados en el presente manual, así como las investigaciones que se hayan realizado con esta prueba en distintos contextos, poblaciones y con diferentes objetivos de evaluación y que estén disponibles en la literatura científica.

Las evidencias de validez recopiladas sobre el PAI-A se comentan en los siguientes apartados e incluyen aquellas provenientes del estudio de su relación con otras variables y con criterios externos al propio test. Adicionalmente, para el estudio de las evidencias de validez de contenido ha de consultarse el capítulo 4 de este manual y los capítulos 1 a 3 del manual técnico del PAI (Morey, 2011) donde se detalla minuciosamente el proceso de validación de contenido de cada una de las escalas e ítems que componen la prueba y que han sido utilizados en el PAI-A. El profesional que quiera valorar la validez del contenido del PAI-A debe consultar el capítulo 1 y 2 de Morey (2011) puede encontrarse una definición precisa de cada dominio y de sus distintas facetas evaluadas por las escalas y subescalas del PAI-A; en el capítulo 3 de Morey (2011) se describe

el proceso de validación de contenido seguido por los ítems que pasan por distintas evaluaciones sistemáticas de expertos (un total de 30 expertos en distintas fases secuenciales con un procedimiento sistematizado).

Los profesionales que utilicen el PAI-A tienen la responsabilidad de examinar las distintas evidencias disponibles tanto en este manual como en la literatura científica y determinar la relevancia de la prueba para dar respuesta a sus necesidades y prácticas profesionales específicas.

Evidencias sobre la relación con otras variables y sus resultados en grupos clínicos y en otras poblaciones especiales

La validación de cualquier escala requiere la acumulación de datos respecto a sus correlatos de validez convergente y discriminante con otras variables. En el caso del PAI-A han sido múltiples los estudios realizados con este objetivo, tanto en su proceso de construcción original como en su adaptación a lengua española y en diversas investigaciones independientes realizadas con diferentes poblaciones y finalidades (varios estudios con alguna muestra grande $N > 500$ y otras pequeñas $N < 200$). Este capítulo trata de presentar la evidencia disponible para cada una de las escalas del PAI-A y relacionarla con sus pautas de interpretación. Para ello se presentan tanto los resultados obtenidos con grupos criterio como sus correlaciones con distintos indicadores clínicos relevantes. El conjunto de estudios mostrados representa un sólido respaldo a las diferentes escalas y subescalas del PAI-A. En su conjunto, el promedio de las correlaciones de las escalas del PAI-A con otras escalas que medían constructos similares o con los que se esperaban relaciones altas fue de 0,60, considerado como bueno (Hernández *et al.*, 2016). Sus correlaciones con escalas con las que no debería estar relacionado fueron próximas a cero.

Los **estudios con grupo criterio** seleccionan determinadas muestras propensas a puntuar alto en determinadas escalas o subescalas específicas del PAI-A (p. ej., muestras con trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, rasgos límites...) y presentan las puntuaciones medias en la escala o subescala específica bajo estudio y en el resto del perfil del PAI-A. Esto permite apreciar la capacidad discriminativa de la escala en consideración y consultar perfiles específicos de grupos clínicos relevantes.

Los **estudios correlacionales** abordan el grado de convergencia de cada escala del PAI-A con diversos indicadores clínicos, entre ellos diagnósticos y otros juicios respecto al comportamiento clínico (valorados por profesionales) así como los resultados de múltiples instrumentos diagnósticos comúnmente utilizados, tanto de amplio espectro como específicos. En cuanto a los indicadores clínicos, todos los casos de la muestra clínica de Morey (2007a) fueron valorados por el profesional que estaba a su cargo en una serie de criterios que aparecen recogidos en la tabla 5.17.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



6

Versión abreviada del PAI-A

La mayoría de los adolescentes pueden contestar íntegramente al PAI-A en unos 45 minutos e incluso pacientes gravemente afectados lo hacen con escasa dificultad. Sin embargo, en determinadas circunstancias puede hacerse necesario el empleo de una forma abreviada del PAI-A como, por ejemplo, cuando un paciente se niega a seguir completando el cuestionario tras haber contestado a la mayor parte de los ítems, cuando empieza a responder al azar o descuidadamente al final del cuestionario, cuando se utiliza en investigaciones o en evaluaciones iniciales o cuando se aplica en condiciones en las que el factor tiempo o la presencia de dificultades imposibilitan la aplicación de la versión íntegra. En estos casos se puede disponer de la corrección de los primeros 165 ítems del PAI-A, que permite obtener una estimación de la puntuación en sus escalas principales.

El PAI-A fue diseñado para maximizar la utilidad de la información que se obtiene en sus 165 primeros elementos. Se seleccionaron para estos primeros 165 elementos aquellos ítems con mayores correlaciones con su subescala o escala y se ordenaron de forma que permitiera obtener un adecuado muestreo del contenido de todas las escalas (con una adecuada representación de las distintas subescalas). Esta ordenación proporciona por una parte información discriminante, aunque se complete un número de ítems reducido y, por otro, una forma abreviada que posee una estabilidad y características internas óptimas.

La versión abreviada del PAI-A se compone de los primeros 165 ítems del cuestionario y para su aplicación se emplea el mismo cuadernillo del PAI-A, solo que restringiéndose a los primeros 165 elementos. **Para su aplicación, corrección e interpretación se han de seguir las instrucciones indicadas para el PAI-A en los capítulos 2 y 3 de este manual, que son aplicables también a esta versión abreviada.** En relación con la corrección, ha de volver a advertirse que la presencia de omisiones o de dobles respuestas reduce artificialmente las puntuaciones obtenidas afectando a la interpretación de sus escalas. Por este motivo, **se considera un protocolo inválido a partir de 8 o más omisiones o dobles respuestas, sin que sea posible su corrección o interpretación** dado su efecto en los resultados obtenidos. Incluso un número menor de respuestas en blanco o de dobles respuestas pueden afectar a la interpretación.

A partir de estos primeros 165 ítems, es posible obtener estimaciones de las 22 escalas principales de la prueba. Sin embargo, no es posible estimar las puntuaciones en ninguna de las subescalas. Por lo tanto, **permite obtener la primera página del perfil del PAI-A con las escalas principales** —con la información sobre las escalas de validez, clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relaciones interpersonales— **y no la segunda página del perfil**, con la información sobre las subescalas de cada una de las escalas del PAI-A. Las puntuaciones T de la forma abreviada se obtienen de la comparación con las medias y las desviaciones típicas de las muestras en los

primeros 165 ítems (una descripción de estas muestras en la adaptación a lengua española puede consultarse en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica y en el documento descriptivo de los baremos del PAI-A disponible en el menú de la prueba en www.TEAcorrige.com). **Es importante señalar que en el caso del PAI-A abreviado no está disponible ningún informe interpretativo automático de puntuaciones, solo el perfil.**

En la tabla 6.1 aparecen las principales características psicométricas de la versión abreviada del PAI-A en su adaptación a lengua española. Respecto a los datos de fiabilidad de la forma abreviada, la mediana del coeficiente de consistencia interna, coeficiente alfa ordinal¹, fue de 0,84 en muestras de población general, 0,86 en muestras clínicas, 0,82 en muestras de centros de menores infractores y 0,86 en muestras forenses; la mediana de su fiabilidad entendida como estabilidad temporal (test-retest) fue de 0,79. Estos valores indican una satisfactoria consistencia interna para el número reducido de ítems que se incluyen en cada escala. La correlación media entre la forma abreviada y la forma completa osciló entre 0,94 y 0,96 en las distintas muestras consideradas (población general, clínica, menores infractores, forense) lo que sostiene la conclusión de que la puntuación de la forma abreviada proporciona una estimación razonablemente cercana de lo que la persona obtendría con la forma completa del cuestionario. De hecho, una diferencia grande entre las puntuaciones de la forma abreviada y completa es indicadora de alguna irregularidad al contestar la parte final de la prueba (Morey y Hopwood, 2004).

En resumen, los primeros 165 ítems del PAI-A pueden aportar una estimación del perfil de una persona en las 22 escalas principales del PAI-A, tal y como se observa en la figura 6.1, así como las respuestas que hayan podido darse a los ítems críticos englobados dentro de estos primeros 165 ítems (indicando la respuesta dada al ítem crítico: BV, Bastante verdadero, o CV, Completamente verdadero). Estas estimaciones pueden ser de utilidad cuando se carece de los datos completos del PAI-A. No obstante, cabe reseñar que **siempre resultará recomendable la aplicación de la versión íntegra frente a la abreviada por la amplitud de información adicional que permite obtener**. En la mayoría de los contextos de evaluación, la obtención de mayor cantidad de información justifica el incremento del tiempo de aplicación, sobre todo cuando en las técnicas de autoinforme ese tiempo adicional no se le requiere al profesional sino a la persona evaluada que está contestando autónomamente a la prueba.

1. El lector interesado puede encontrar más información sobre el cálculo del coeficiente alfa ordinal en el apartado de Fiabilidad-consistencia interna- del capítulo 5 de fundamentación psicométrica.

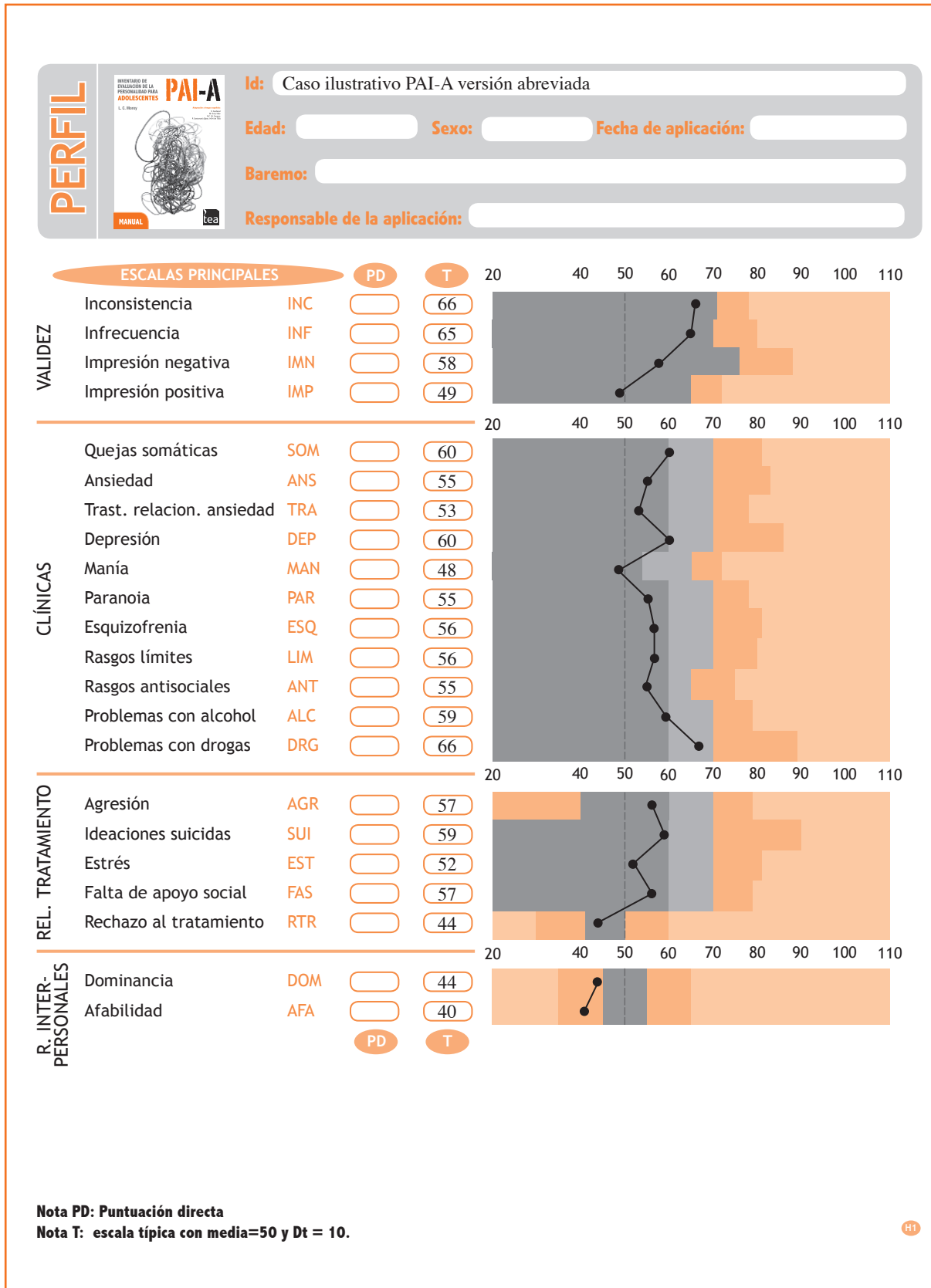


Figura 6.1. Ejemplo ilustrativo del perfil obtenido con la corrección del PAI-A Abreviada

Tabla 6.1. Principales propiedades psicométricas de la versión abreviada del PAI-A (primeros 165 ítems) en su adaptación a lengua española

Escala	N.º ítems	Coeficiente alfa ordinal				Coeficiente test-retest (n = 196)	Correlación con la escala completa			
		Muestra de tipificación	Muestra clínica	Muestra de centros de menores	Muestra forense		Muestra de tipificación	Muestra clínica	Muestra de centros de menores	Muestra forense
Escalas de validez										
Impresión negativa (IMN)	6	0,78	0,81	0,72	0,83	0,77	0,98	0,98	0,97	0,99
Impresión positiva (IMP)	6	0,75	0,73	0,73	0,69	0,75	0,95	0,95	0,94	0,95
Escalas clínicas										
Trastornos somatomorfos (SOM)	12	0,87	0,89	0,84	0,89	0,80	0,96	0,97	0,95	0,97
Ansiedad (ANS)	12	0,86	0,90	0,88	0,90	0,82	0,96	0,98	0,97	0,97
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	12	0,74	0,79	0,71	0,75	0,82	0,96	0,96	0,96	0,96
Depresión (DEP)	12	0,89	0,91	0,86	0,92	0,78	0,94	0,97	0,95	0,97
Manía (MAN)	12	0,78	0,80	0,73	0,80	0,76	0,94	0,95	0,95	0,95
Paranoia (PAR)	12	0,84	0,88	0,82	0,85	0,81	0,95	0,96	0,96	0,96
Esquizofrenia (ESQ)	12	0,81	0,84	0,81	0,86	0,79	0,95	0,97	0,96	0,96
Rasgos límites (LIM)	12	0,85	0,90	0,84	0,89	0,80	0,95	0,97	0,95	0,96
Rasgos antisociales (ANT)	12	0,86	0,87	0,88	0,91	0,84	0,94	0,95	0,96	0,95
Problemas con el alcohol (ALC)	5	0,89	0,91	0,88	0,95	0,81	0,91	0,90	0,93	0,90
Problemas con las drogas (DRG)	4	0,93	0,94	0,91	0,95	0,90	0,83	0,88	0,93	0,82
Escalas relacionadas con el tratamiento										
Agresión (AGR)	8	0,85	0,88	0,86	0,90	0,79	0,89	0,92	0,93	0,90
Ideaciones suicidas (SUI)	3	0,92	0,94	0,91	0,93	0,73	0,92	0,96	0,94	0,94
Estrés (EST)	4	0,84	0,80	0,77	0,79	0,83	0,93	0,94	0,95	0,94
Falta de apoyo social (FAS)	4	0,73	0,71	0,61	0,73	0,73	0,93	0,92	0,87	0,91
Rechazo al tratamiento (RTR)	5	0,73	0,80	0,73	0,67	0,75	0,97	0,97	0,97	0,97
Escalas de relaciones interpersonales										
Dominancia (DOM)	4	0,72	0,74	0,66	0,72	0,72	0,85	0,84	0,84	0,81
Afabilidad (AFA)	4	0,75	0,78	0,75	0,75	0,68	0,86	0,89	0,88	0,85
Mediana		0,84	0,86	0,82	0,86	0,79	0,94	0,96	0,95	0,95

A large, white, abstract scribble graphic consisting of many overlapping loops and lines, resembling a tangled ball of string or a complex drawing. It is positioned on the left side of the page, partially overlapping the grey header area.

7

Estandarización argentina

Guadalupe de la Iglesia, Alejandro Castro Solano
y Mercedes Fernández Liporace

*Universidad de Buenos Aires
Universidad de Palermo
CONICET*

Agradecimientos:

La estandarización del PAI-A en Argentina no habría sido posible sin la contribución de múltiples profesionales y centros. A todos ellos queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento y nuestro reconocimiento por la labor desempeñada.

Proyecto parcialmente subsidiado por el CONICET, PIP 112-201101-00504 y por la Universidad de Buenos Aires, Proyecto UBACyT P 20020100100553– 2011-2014.

Equipo de colaboradores en el proceso de estandarización argentina:

Coordinación general: María Josefina Scheinsohn y Fabiana Uriel, Universidad de Buenos Aires.

Colaboradores (en orden alfabético):

Facundo Abal	Marisa Lagge
Alicia Acebal	Lucila López
Marina Álvarez Do Bomfim	Yanina Luchetti
Luciana Becerra	María Laura Lupano
Analía Brizzio	Paola Morandi
Paula Cervio	Paula Ongarato
Verónica D'amelio	Selva Marina Passarello
Ana María D'Anna	Cecilia Rosa Puime
Jorge Gustavo Díaz	Dalila Magdalena Quattrini
Eliana Fernández	Carina Verónica Salvino
Agustín Freiberg Hoffmann	María Laura San Martín
Paula Gago	Mirta Cristina Silva González
Aldana Sol Grinhauz	Fernanda Mariel Sosa
María Laura Groppo	Juliana Beatriz Stover
Daniela Guillaume	Nora Suárez Hernández
Silvina Laura Herrera	Silvana Andrea Yennaccaro

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en Argentina y los datos más relevantes sobre las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas. Para una completa valoración de las propiedades psicométricas del PAI-A estos datos han de complementarse con la información descrita en los capítulos 4 a 6 del presente manual y que han sido obtenidos tanto a partir de su adaptación a lengua española como de los estudios internacionales realizados. También han de integrarse con las publicaciones existentes en la literatura científica que está en continua evolución y desarrollo. Ha de recordarse que el análisis de la validez de una prueba supone tener en cuenta todas las evidencias disponibles que apoyen las inferencias interpretativas que se realicen, teniendo en cuenta para ello tanto su proceso original de desarrollo y su posterior adaptación como los estudios realizados internacionalmente y las publicaciones disponibles al respecto en la literatura científica.

Finalmente, ha de advertirse que **para el correcto uso del PAI-A es imprescindible la consulta y seguimiento de las normas e instrucciones de aplicación, corrección e interpretación indicadas en los capítulos 1 a 3 de este manual.**

7.1. Introducción

A pesar de ser una herramienta relativamente reciente, el *Inventario de Evaluación de la Personalidad*, PAI, ha acaparado gran parte de la investigación internacional en evaluación de la personalidad y la psicopatología, mostrando su utilidad en muy diversos campos clínicos y forenses (puede consultarse Blais, Baity y Hopwood, 2011, para una visión general de sus distintas aplicaciones), adaptándose a distintos idiomas como el alemán, el griego y el español con satisfactorias propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Groves y Engel, 2007; Lyrakos, 2011; Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011). Su éxito motivó la creación de una versión para adolescentes que se presenta en este manual, el PAI-A.

La relevancia de la prueba, junto con la necesidad de disponer de herramientas de evaluación psicológica de amplio espectro tipificadas en Argentina, hizo que se iniciara este trabajo liderado por la Dra. Mercedes Fernández Liporace y el Dr. Alejandro Castro Solano en estrecha colaboración con el equipo original adaptador a lengua española compuesto por la Dra. Margarita Ortiz Tallo, la Dra. Violeta Cardenal, la Dra. M.^a del Mar Campos Ríos y el Dr. Pablo Santamaría.

El primer paso que se llevó a cabo durante el proceso de adaptación a lengua española, tal y como se describe en el apartado 4.3 de este manual, fue una revisión de sus ítems y de sus enunciados por un panel de profesores de distintos países de Latinoamérica –entre ellos el equipo adaptador argentino– con el objetivo de verificar que la versión del PAI-A que se utilizaría en los distintos países de lengua española se ajustara a todos ellos permitiendo su correcta comprensión por parte de las personas evaluadas. En concreto, en Argentina se contó con la participación de cinco jueces expertos en evaluación psicológica y psicometría que revisaron los ítems y examinaron su adecuación para su aplicación al trabajo con adolescentes argentinos. Complementariamente, se realizó una aplicación piloto del cuestionario previa a su estandarización para poder verificar que el enunciado de los ítems era comprendido correctamente por los adolescentes argentinos.

En un segundo momento, se seleccionó a un amplio conjunto de colaboradores a los que se entrenó en la aplicación, corrección e interpretación del PAI-A y a los que se les asignó una planificación muestral estratificada por edad y sexo de los casos a recoger. Todos los casos eran de población general no consultante o comunitaria. A continuación, se describen las características más destacadas de la muestra de estandarización recogida.

7.2. Descripción de la muestra de estandarización

Durante la fase de estandarización del PAI-A en Argentina se evaluaron a 1.005 adolescentes de población general no consultante con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Posteriormente, todos los protocolos fueron revisados para garantizar que se habían respondido correctamente y se descartaron aquellos casos en los que se detectó que había habido alguna anomalía. Aquellos protocolos con un alto número de omisiones o con indicadores claros de respuesta inconsistente, azarosa o descuidada fueron eliminados de la muestra de estandarización. En total se descartaron 36 protocolos. El control de calidad de los protocolos administrados fue realizado por el equipo docente de la Cátedra Técnicas Psicométricas de la Universidad de Buenos Aires. La coordinación de la recolección de datos fue realizada por las licenciadas María Josefina Scheinsohn y Fabiana Uriel. La carga de datos fue efectuada por las licenciadas Paula Cervio, Eliana Fernández, María Laura Groppo, Dalila Magdalena Quattrini y la Dra. Guadalupe de la Iglesia.

Tras estos procesos de control de calidad, la muestra de estandarización del PAI-A en Argentina estuvo compuesta por 969 participantes estratificados según sexo y edad entre los 12 y los 18 años. Esta fue la muestra

que se utilizó para la creación del baremo general argentino del PAI-A siguiendo el procedimiento indicado al final del apartado 4.3 del proceso de adaptación a lengua española.

Tal y como se puede ver en la tabla 7.1, la muestra de estandarización argentina estuvo equiparada por sexo, con aproximadamente un porcentaje similar de varones y mujeres. En cuanto a su edad, tabla 7.2, se obtuvieron casos de los diferentes rangos de edad con el objetivo de representar adecuadamente a la población adolescente en sus diversas edades.

Tabla 7.1. Composición de la muestra de estandarización argentina por sexo

	n	%
Varón	483	49,8
Mujer	486	50,2

Tabla 7.2. Composición de la muestra de estandarización argentina por edad

	n	%
12	136	14,0
13	139	14,3
14	146	15,1
15	137	14,1
16	141	14,6
17	138	14,2
18	129	13,3
Sin identificar	3	0,3

La edad media de las mujeres que respondieron al PAI-A fue de 14,98 (Dt = 1,98) y de 14,97 años (Dt = 1,98) para los varones, en la tabla 7.3 puede observarse la distribución por edad en cada sexo. No se encontraron diferencias por edad entre ambos grupos ($t(964) = 0,064, p = 0,949$).

Tabla 7.3. Composición de la muestra de estandarización argentina por edad y sexo

Edad	Varones	Mujeres	Total
12	66	70	136
13	72	67	139
14	73	73	146
15	67	70	137
16	69	72	141
17	71	67	138
18	64	65	129
Sin identificar la edad	1	2	3

7.3. Propiedades psicométricas

Tal y como se hizo en el proceso de adaptación a lengua española, se examinó la fiabilidad de las puntuaciones del PAI-A en la muestra de estandarización argentina mediante el coeficiente alfa ordinal¹. En las tablas 7.4 y 7.5 se presentan los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones de las escalas y subescalas del PAI-A en la muestra de estandarización argentina. Puede observarse que la mediana de los coeficientes de fiabilidad es de 0,83 en las escalas del PAI-A y de 0,68 en sus subescalas. Como es esperable, la fiabilidad de las subescalas es inferior a la de las escalas principales de la prueba debido al menor número de ítems que componen las subescalas (Osburn, 2000).

Los resultados obtenidos se encuentran en la misma línea que los reportados en el capítulo 5 de este manual y en las adaptaciones y estudios previos (v.g., Morey, 2007a). Adicionalmente, ha de reseñarse que estos valores son los obtenidos con muestras de población general, esto es, muestras no clínicas o no postulantes. Los valores de fiabilidad obtenidos en muestras clínicas o forenses, contextos en los que se aplica principalmente el PAI-A, han sido sistemáticamente superiores en los diversos estudios realizados hasta la fecha, de forma coherente con su mayor variabilidad (v.g., Morey, 2007a, 2007b; Ortiz-Tallo *et al.*, 2011), como se observa en el apartado 5.2 de este mismo manual.

Como puede advertirse al analizar los resultados de la tabla 7.4, no se han calculado los coeficientes de fiabilidad de las escalas Inconsistencia e Infrecuencia dado que no son escalas con contenido sustantivo o que tengan un significado específico en las que se espere una covariación entre sus ítems como evidencia de su consistencia interna. De hecho, por su propio procedimiento de construcción y su objetivo, estas escalas no miden constructos subyacentes sino la falta de cuidado o atención a la hora de responder a la prueba, por lo

1. El lector interesado en este coeficiente y el procedimiento de cálculo seguido puede consultar la información disponible en el apartado 5.2 de este manual.

que el cálculo del coeficiente de consistencia interna o temporal en estas escalas carece de sentido. Precisamente estas escalas lo que buscan detectar es la presencia de inconsistencia y errores en el patrón de respuesta de la persona evaluada, errores que de hecho pueden variar a lo largo de la prueba (p. ej., una persona puede contestar a la primera parte del cuestionario presentando atención y dejar de contestar con atención en la segunda parte de la prueba), motivo por el cual no se considera oportuno el cálculo de estos coeficientes de consistencia en estas escalas.

Tabla 7.4. Coeficientes de fiabilidad (alfa ordinal) de las escalas del PAI-A en la muestra de estandarización argentina

Escala	Coeficiente alfa ordinal	Correlación promedio inter-ítem
Escalas de validez		
Impresión negativa (IMN)	0,79	0,15
Impresión positiva (IMP)	0,74	0,22
Escalas clínicas		
Quejas somáticas (SOM)	0,87	0,15
Ansiedad (ANS)	0,87	0,19
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	0,75	0,12
Depresión (DEP)	0,83	0,15
Manía (MAN)	0,80	0,15
Paranoia (PAR)	0,82	0,15
Esquizofrenia (ESQ)	0,83	0,15
Rasgos límites (LIM)	0,86	0,18
Rasgos antisociales (ANT)	0,83	0,15
Problemas con el alcohol (ALC)	0,90	0,28
Problemas con las drogas (DRG)	0,90	0,24
Escalas relacionadas con el tratamiento		
Agresión (AGR)	0,87	0,20
Ideaciones suicidas (SUI)	0,95	0,40
Estrés (EST)	0,79	0,27
Falta de apoyo social (FAS)	0,72	0,23
Rechazo al tratamiento (RTR)	0,76	0,30
Escalas de relaciones interpersonales		
Dominancia (DOM)	0,68	0,17
Afabilidad (AFA)	0,76	0,24
Mediana	0,83	0,19

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

El PAI-A destaca por su claridad en la interpretación y la exhaustiva información que proporciona.

La gran cantidad de información clínicamente relevante que ofrece lo convierte en una excelente opción para la evaluación de la personalidad y de los problemas o trastornos psicológicos de los adolescentes en múltiples contextos (clínico, forense, educativo, social...).

Desde su publicación, el PAI ha sido considerado una de las innovaciones más importantes en el ámbito de la evaluación clínica y forense y la prueba de referencia en el área. Su versión para adolescentes, PAI-A, ha sido creada como respuesta a la demanda de los profesionales de disponer de una versión ajustada en su contenido y longitud a la población adolescente.

El PAI-A permite la evaluación amplia de la personalidad y los trastornos psicológicos en adolescentes mediante **22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas relacionadas con la intervención y 2 escalas de relaciones interpersonales**. Informa además de aquellos **ítems críticos** que requieren la atención inmediata del profesional.

En el **ámbito clínico** cubre los aspectos más relevantes para una evaluación comprehensiva de la personalidad y de los problemas y trastornos psicológicos, proporcionando información clave tanto para el diagnóstico y la identificación de las áreas problema como para la planificación del tratamiento.

En el **ámbito forense** el PAI-A es utilizado tanto para el *screening* y diagnóstico como para la detección de grupos forenses específicos y la elaboración de informes.

A la **vanguardia** de la
evaluación psicológica ✓

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

