

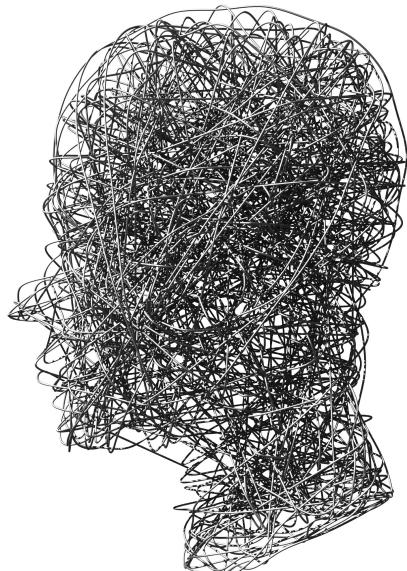
# INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

IPAI

Leslie C. Morey

**Adaptación española:**

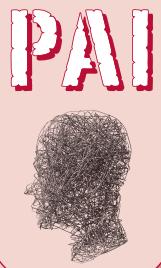
Margarita Ortiz-Tallo Alarcón  
Pablo Santamaría Fernández  
Violeta Cardenal Hernández  
Mª Pilar Sánchez López



## Manual de aplicación, corrección e interpretación



PUBLICACIONES DE PSICOLOGÍA APLICADA  
MADRID 2011



# ÍNDICE

---

PRÓLOGO A LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA .....	11
AGRADECIMIENTOS DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA .....	13
AGRADECIMIENTOS DE LA EDICIÓN ORIGINAL .....	15
EQUIPO TÉCNICO DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA .....	17
FICHA TÉCNICA .....	19
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>21</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PAI .....	22
1.2. MATERIALES DEL PAI .....	27
<b>2. NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN.....</b>	<b>29</b>
2.1. NORMAS GENERALES DE APLICACIÓN .....	29
2.1.1. Ámbito de aplicación .....	29
2.1.2. Requisitos profesionales .....	29
2.1.3. Establecer un buen clima de comunicación .....	30
2.1.4. Consentimiento informado.....	30
2.1.5. Presentación del PAI .....	30
2.1.6. Evaluación de la capacidad del evaluado para responder a la prueba .....	31
2.1.7. Advertencias respecto a la interpretación .....	32
2.2. NORMAS ESPECÍFICAS DE APLICACIÓN .....	32
2.3. NORMAS DE CORRECCIÓN .....	33
2.3.1. Aplicaciones masivas .....	34
<b>3. NORMAS DE INTERPRETACIÓN .....</b>	<b>39</b>
3.1. EL SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES <i>T</i> .....	39
3.2. ETAPAS EN LA INTERPRETACIÓN DEL PAI .....	41
3.3. EVALUACIÓN DE LA <b>VALIDEZ</b> DEL PERFIL .....	43
3.3.1. Ítems omitidos .....	43
3.3.2. Interpretación de los indicadores de distorsión del perfil .....	43
3.3.2.1. <i>Inconsistencia (INC)</i> .....	44
3.3.2.2. <i>Infrecuencia (INF)</i> .....	45
3.3.2.3. <i>Impresión negativa (IMN)</i> .....	47
3.3.2.4. <i>Impresión positiva (IMP)</i> .....	49
3.3.3. Indicadores complementarios de validez .....	50
3.3.3.1. <i>Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F)</i> .....	50
3.3.3.2. <i>Índice de simulación (SIM)</i> .....	52
3.3.3.3. <i>Función discriminante de Rogers (FDR)</i> .....	53
3.3.3.4. <i>Índice de defensividad (DEF)</i> .....	54
3.3.3.5. <i>Función discriminante de Cashel (FDC)</i> .....	55



<b>3.4. INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS CLÍNICAS .....</b>	56
3.4.1. Quejas somáticas (SOM) .....	57
3.4.2. Ansiedad (ANS) .....	59
3.4.3. Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA).....	61
3.4.4. Depresión (DEP) .....	63
3.4.5. Manía (MAN) .....	65
3.4.6. Paranoia (PAR) .....	67
3.4.7. Esquizofrenia (ESQ).....	69
3.4.8. Rasgos límites (LIM) .....	71
3.4.9. Rasgos antisociales (ANT) .....	73
3.4.10. Problemas con el alcohol (ALC).....	75
3.4.11. Problemas con las drogas (DRG) .....	76
3.4.12. Índices complementarios estimados: ALC-Est y DRG-Est .....	77
<b>3.5. INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO .....</b>	78
3.5.1. Agresión (AGR) .....	78
3.5.2. Ideación suicida (SUI).....	80
3.5.3. Estrés (EST) .....	81
3.5.4. Falta de apoyo social (FAS).....	82
3.5.5. Rechazo al tratamiento (RTR) .....	82
<b>3.6. INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL .....</b>	84
3.6.1. Dominancia (DOM) .....	84
3.6.2. Afabilidad (AFA) .....	84
<b>3.7. INTERPRETACIÓN DE LOS ÍNDICES COMPLEMENTARIOS .....</b>	85
3.7.1. Índice potencial de suicidio (IPS) .....	85
3.7.2. Índice potencial de violencia (IPV) .....	87
3.7.3. Índice de dificultades en el tratamiento (IDT).....	88
<b>3.8. INTERPRETACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERFIL .....</b>	90
3.8.1. Códigos tipo .....	90
3.8.2. Perfiles promedio en grupos diagnósticos .....	90
3.8.3. Índices conceptuales .....	90
3.8.4. Reglas de decisión actuarial.....	91
3.8.5. Perfiles tipo .....	91
3.8.5.1. <i>Perfil tipo 1</i> .....	92
3.8.5.2. <i>Perfil tipo 2</i> .....	94
3.8.5.3. <i>Perfil tipo 3</i> .....	96
3.8.5.4. <i>Perfil tipo 4</i> .....	98
3.8.5.5. <i>Perfil tipo 5</i> .....	100
3.8.5.6. <i>Perfil tipo 6</i> .....	102
3.8.5.7. <i>Perfil tipo 7</i> .....	104
3.8.5.8. <i>Perfil tipo 8</i> .....	106
3.8.5.9. <i>Perfil tipo 9</i> .....	108
3.8.5.10. <i>Perfil tipo 10</i> .....	110
<b>3.9. ÍTEMES CRÍTICOS .....</b>	112
3.9.1. Delirios y alucinaciones .....	112
3.9.2. Riesgo de autolesión.....	112
3.9.3. Riesgo de agresión .....	113



3.9.4. Abuso de sustancias (actual y pasado) .....	113
3.9.5. Estresores traumáticos.....	113
3.9.6. Riesgo de simulación .....	113
3.9.7. Falta de integridad .....	114
3.9.8. Respuesta idiosincrática .....	114
<b>4. VERSIÓN ABREVIADA DEL PAI .....</b>	<b>117</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>121</b>
<b>BAREMO GENERAL .....</b>	<b>123</b>
ESCALAS .....	124
SUBESCALAS .....	126
<b>BAREMO CLÍNICO .....</b>	<b>129</b>
ESCALAS .....	130
SUBESCALAS .....	132
<b>BAREMO DE ESTUDIANTES.....</b>	<b>135</b>
ESCALAS .....	136
SUBESCALAS .....	138
<b>APÉNDICE A. COMPOSICIÓN DE LAS ESCALAS DEL PAI .....</b>	<b>141</b>
<b>APÉNDICE B. FRECUENCIA DE CÓDIGOS TIPO POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS.....</b>	<b>145</b>

## PRÓLOGO A LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

El Inventory de evaluación de la personalidad (PAI) es el resultado de muchos años de intensas investigaciones en los campos académico, clínico y forense en relación con las dificultades que presentan las personas cuando solicitan ayuda o cuando son evaluadas con el objetivo de elaborar un informe pericial.

Leslie 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-V en la nueva definición del área de personalidad y trastornos de personalidad. Sus trabajos originales con el inventario se remontan a 1991, habiendo publicado en 2007 una completa revisión y actualización.

Cuando fue publicado originalmente recibió excelentes críticas. Algunos investigadores consideraron que suponía una mejora sustancial desde un punto de vista psicométrico sobre el estándar existente en el área (Helmes, 1993). Años después se ha estimado que es uno de los tests más utilizados en la práctica y el entrenamiento clínico (Belter y Piotrowski, 2001), así como en la evaluación forense (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006).

Proporciona información sobre las variables clínicas y de personalidad más relevantes en los ámbitos clínico y forense. Tiene 22 escalas que incluyen validez, trastornos clínicos, rasgos/trastornos de personalidad, consideraciones para el tratamiento y escalas de relaciones interpersonales. Aporta, por tanto, información exhaustiva sobre la persona que se evalúa y sobre algo muy novedoso en pruebas de evaluación en español, orientación sobre las vías de intervención y sobre el pronóstico.

Incluye, además, interesantes y útiles índices adicionales: potencial de suicidio, potencial de violencia, simulación, actitud defensiva y dificultad del tratamiento. Asimismo, informa de aquellos ítems críticos que requieren intervención inmediata.

Las puntuaciones resultantes son de fácil interpretación, permitiendo un conocimiento más profundo del cuestionario explorar enormes posibilidades para aclarar datos, realizar diagnósticos, proponer tratamientos o sugerir medidas de actuación.

Como aportación relevante destacamos que la prueba ha sido diseñada para emplearse en todos los contextos: Psicoterapia, psicología forense, selección de personal, orientación, evaluación e intervención en crisis, dolor o enfermedades médicas, custodia de hijos, etc..., por lo que se puede aplicar tanto a personas con problemas clínicos, como a las que no los tienen.

El alcance de su utilización, de las investigaciones llevadas a cabo y de obras relacionadas con el PAI, en lengua inglesa, ha sido progresivo y extenso, siendo en la actualidad el cuestionario más utilizado en psicología forense en la comunidad anglosajona.

El equipo adaptador ha ido descubriendo las bondades del cuestionario a lo largo del proceso; hemos podido también comprobar la excelente acogida que ha tenido entre los profesionales colaboradores y, por lo tanto, tenemos la confianza de que los técnicos actuales y futuros conforme vayan recurriendo a la prueba irán también revelando su utilidad. Así, los psicólogos y psiquiatras de habla española podrán considerar el PAI como un instrumento valioso y de referencia para la evaluación y para la investigación en nuestro idioma.

## AGRADECIMIENTOS DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Ha sido una tarea de equipo el llevar a cabo la adaptación de un instrumento de evaluación psicológica especializado como el *Personality Assessment Inventory* (PAI) de Leslie Morey. El hecho, además, de que el objetivo último del cuestionario sea ayudar en la evaluación y tratamiento de personas con dificultades psicológicas clínicas hace que la labor sea compleja y laboriosa y que formen parte del proceso profesionales clínicos, profesores universitarios, colaboradores, estudiantes, pacientes con problemas y personas sin dificultades clínicas.

La aplicación del inventario, tras la detallada y precisa elección de la muestra adecuada para la posterior baremación del cuestionario en nuestro país, ha requerido la ilusión, el esfuerzo, la constancia y la capacidad de entrega de muchas personas que han colaborado durante todo el proceso.

Ilusión por aportar a la comunidad científica española un instrumento ampliamente utilizado y reconocido en los países anglosajones. Esfuerzo por estar dispuesto a aplicar y corregir una prueba nueva y distinta en su práctica diaria. Constancia para colaborar durante los dos años que ha durado el proceso. Y entrega de todas las personas que han ayudado completando el cuestionario o aplicándolo y corrigiéndolo.

Han sido más de 70 profesionales los que han colaborado en el trabajo a lo largo del proceso y más de 2.700 personas las que han contestado al inventario para que sea posible su adaptación.

Por todo ello el agradecimiento del equipo adaptador a todas las personas que han participado, de una manera o de otra, quiere ser un reconocimiento a su trabajo y a su aportación.

Mencionamos a continuación los colaboradores y sus centros de trabajo.

### ○ Colaboradores y centros de trabajo

- Samah Abdelkader. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Gema Alhambra Pascual. Centro de Psicología. Ciudad Real.
- Carlos Javier Alonso Carro. *American Psychological Center*. León.
- Rebeca Aritio Solana. Centro de mujeres maltratadas y jóvenes gestantes de la Cruz Roja. Logroño (La Rioja).
- Tomás Berasategui Berasategui. Centro de Salud Mental Vitoria Centro, Osakidetza. Vitoria (Álava).
- Miguel Ángel Bermejo. Hospital de La Rioja. Logroño (La Rioja).
- Sagrario Butragueño Cerviño. Centro de Psicología. Vigo (Pontevedra).
- Rosana Calero Monedero. Asociación Lassus. Albacete.
- María Soledad Campos Burgui. Unidad de Salud Mental Espartero. Logroño (La Rioja).
- Josefina Cano Marín. Servicio de Atención Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.
- Beatriz Caparrós Caparrós. Departamento de Psicología. Facultad de Educación y Psicología. Universitat de Girona. Gerona.
- Ramona Casado Angoitia. Hospital Zaldibar. Zaldibar (Vizcaya).
- Serafina Castro. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos. Universidad de Málaga. Málaga.
- Concepción Cendón Dacosta. Centro Codex. Vigo (Pontevedra).
- Mª Victoria Cerezo. ASAMMA (Asociación de Mujeres Operadas de cáncer de mama). Málaga.
- Mª Adela Checa Caruana. Servicio de Atención Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.
- Evaristo Díaz Castro. Unidad Asistencial de Drogodependencias. La Coruña.
- Violeta Díaz. Unidad de Salud Mental Espartero. Logroño (La Rioja).
- Blanca Fernández de Corres Aguiriano. Servicio de rehabilitación de Vitoria, Osakidetza. Vitoria (Álava).
- Marta Ferragut Ortiz-Tallo. Grupo de investigación HUM 300. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.
- Sandra Fuentes Márquez. Psicóloga Interna Residente. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.



- Silvia Font-Mayolas. Departamento de Psicología. Universidad de Girona. Gerona.
- María José Garabito Ramos. Centro de terapia y orientación psicológica y pedagógica Sapiens. Narón (La Coruña).
- José García Hurtado. Centro de Psicología. Universidad de Alicante. Alicante.
- Gloria Giménez Martínez. Gabinete de Psicología Clínica. Barcelona.
- Eva María González Esteban. Centro de Psicología y Sexología. Zaragoza.
- Ana González Llongarriú. Alea, Centro de Psicología Humanista. Málaga.
- Carolina González Hinchado. Centro de Psicología. Badajoz.
- Héctor González Ordi. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Gabriele Gross. Departamento de Psicología. Buchinger Marbella (Málaga).
- Jesús Herranz Bellido. Universidad de Alicante. Alicante.
- Jordi Isidro Molina. Cedipte-Psicología. Barcelona.
- Fernando Jiménez Gómez. Facultad de Psicología. Salamanca.
- Eva María Jiménez González. Instituto de Psicología Forense. Granada.
- Lidia Julià Palomeras. ISEP Clínic Girona. Gerona.
- Juan Miguel Llorente del Pozo. Centro de tratamiento de Toxicomanías de Vitoria, Osakidetza. Vitoria (Álava).
- José Luis López García. Centro Penitenciario de Zaragoza. Zuera (Zaragoza).
- Carolina López Magro. Centro Penitenciario de Zaragoza. Zuera (Zaragoza).
- Ana López Torroba. Psicóloga clínica Unidad de Salud Mental del Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño (La Rioja).
- Esperanza Marchena Consejero. Servicio de Atención Psicológica. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación. Puerto Real (Cádiz).
- Laura Masferrer Boix. Departamento de Psicología. Universidad de Girona. Gerona.
- Ramón Molina Chillerón. Centro de Psicología. Albacete.
- Berta Moreno Kustner. Unidad de Investigación. Distrito sanitario Málaga. Málaga.
- Juan Antonio Morillas Kieffer. Centro de Psicología Clínica. Palma de Mallorca (Islas Baleares).
- María Gema Muñoz de la Cruz. Delegada I Curso Experto en Psicología Forense. Málaga.
- Cristina Nuez Vicente. Unidad de atención al fumador. Red de Salud Mental y Conductas adictivas. Centro de Salud Espartero. Logroño (La Rioja).
- Mercedes Ovejero Bruna. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Cristina Pedraz Martínez. Vitalmente, S.L. Zaragoza.
- Lourdes Peironcely Saracho. Especialista en Psicología Clínica. San Sebastián (Vizcaya).
- Mercè Pi Janeras. Centro de Psicología. Logroño (La Rioja).
- Joaquín Ponte Velón. Centro de Salud Mental San Martín, Osakidetza. Vitoria (Álava).
- Mª Jesús Portillo Zaragoza. Oficina de Asistencia a Víctimas de Delitos Violentos. Zaragoza.
- Mercedes Puntes Ansón. Elán Psicología. Zaragoza.
- Miguel Ángel Rando Hurtado. Servicio de Atención Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.
- Margarita Recondo García. Centro de Salud Mental de Herribitarte. Santurtzi (Vizcaya).
- Ana Mª Regueiro Ávila. Servicio de Atención Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.
- Marina Rodríguez Conesa. Hospital Quirón. Málaga.
- Juan Francisco Rodríguez Testal. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Sevilla.
- Raquel Ruiz Ruiz. Unidad de Salud Mental de Siete Infantes de Lara Nº2. Logroño (La Rioja).
- Mª Gemma Santamaría Sáenz de Jubera. Centro de Salud Espartero. Logroño. (La Rioja).
- María Cristina Senín Calderón Psicóloga. Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica. Universidad de Cádiz. Cádiz.
- Chus Taboada Costas. Gabinete de Psicología. La Coruña.
- Manuel Antonio Valencia Fernández. MM Psicólogos. Ferrol (La Coruña).
- Isabel Zaldiernas Sánchez. Centro Penitenciario de Alcázar de San Juan. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Y a las siguientes promociones de estudiantes de distintas Universidades:

- Promoción de los años 2007-2011. Departamento de Psicología. Universidad de Girona.
- Promoción de los años 2005-2010. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.
- Promoción de los años 2006-2011. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.
- Promoción de los años 2007-2012. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.
- Promoción de los años 2007-2012. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- I Promoción de Expertos Universitarios en Psicología Forense. Universidad de Málaga.



## EQUIPO TÉCNICO DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

**Adaptadores:** Margarita Ortiz-Tallo, Pablo Santamaría, Violeta Cardenal y M<sup>a</sup> Pilar Sánchez.

Adaptación realizada conjuntamente por la *Universidad de Málaga*, la *Universidad Complutense de Madrid* y *TEA Ediciones*.

**Coordinadora clínica:** Margarita Ortiz-Tallo. *Universidad de Málaga*.

**Realización de análisis estadísticos:** Pablo Santamaría. *Departamento de I+D de TEA Ediciones*.

**Equipo de colaboradores del proceso de adaptación:** Samah AbdelKader, Juan Manuel Antúnez, M<sup>a</sup> del Mar Campos, Marta Ferragut, Anabel Melguizo y Mercedes Ovejero. *Universidad de Málaga y Universidad Complutense de Madrid*.

**Traducción del inglés:** M<sup>a</sup> del Mar Campos y Mónica Ortiz-Tallo.

**Proyecto subvencionado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación.**

Secretaría General de Innovación. Dirección General de Transferencia de Tecnología y Desarrollo Empresarial. Subdirección General de Transferencia y Valorización del Conocimiento. *Proyecto de Referencia TRA 2009-0287*.



## FICHA TÉCNICA

**Nombre:** PAI. Inventario de evaluación de la personalidad.

**Nombre original:** PAI. *Personality Assessment Inventory.*

**Autor:** Leslie C. Morey.

**Procedencia:** PAR, *Psychological Assessment Resources*, 1991, 2007.

**Adaptación española:** Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Pablo Santamaría Fernández, Violeta Cardenal Hernández y M<sup>a</sup> Pilar Sánchez López, 2011.

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Ámbito de aplicación:** Adultos (18 años en adelante).

**Duración:** Variable, 45 minutos aproximadamente.

**Finalidad:** Evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales.

**Baremación:** Baremos en puntuaciones *T* de población general, población clínica y población universitaria.

**Material:** Manual de aplicación, corrección e interpretación, manual técnico, cuadernillo, hoja de respuestas y PIN de corrección.



*Ediciones*



## 1. INTRODUCCIÓN

El PAI (Inventario de evaluación de la personalidad) es un cuestionario de evaluación de la personalidad diseñado para proporcionar información sobre variables clínicas críticas de los sujetos evaluados. El PAI fue descrito en sus primeras ediciones en EEUU como “una mejora sustancial desde la perspectiva psicométrica sobre el estándar existente en el área” (Helmes, 1993, p. 417) o como “uno de los nuevos tests de personalidad más interesantes” (Schlosser, 1992, p.12). Más recientemente, se ha afirmado que “el desarrollo del PAI ha resultado ser uno de los más importantes avances en la evaluación clínica en los últimos veinte años” (McGrath, 2010) o que “el PAI actualmente marca el estándar en la evaluación de la personalidad y la psicopatología mediante autoinforme” (Hilsenroth, 2010).

Desde su publicación original en EEUU, el PAI ganó rápidamente popularidad como herramienta clínica y de investigación. En la encuesta realizada por Piotrowski y Belter (1999) encontraron que el PAI era uno de los instrumentos de personalidad más empleado por los alumnos en prácticas de acuerdo al informe de sus directores. Belter y Piotrowski (2001) observaron que el PAI era una de las pruebas mejor valoradas como test objetivo de personalidad en los cursos de formación de la Asociación Americana de Psicología y Boccaccini y Brodsky (1999) informaron que era una de las herramientas más frecuentemente empleadas en los casos legales que implicaban daño emocional. Finalmente, y de acuerdo a la encuesta de Lally (2003), el PAI fue considerado como uno de los instrumentos más ampliamente aceptados para una variedad de aplicaciones forenses y legales.

Su importancia internacional hizo que un equipo conjunto de la Universidad de Málaga, la Universidad Complutense y TEA Ediciones decidiera emprender el proceso de adaptación de la prueba, contando para ello con la colaboración de más de 70 profesionales y siendo evaluadas más de 2.700 personas. El resultado final de esta adaptación, que ha requerido más de cuatro años de intenso trabajo, se recoge en este manual de aplicación, corrección e interpretación y en el manual técnico que lo acompaña.

El presente **manual** proporciona una completa información para la correcta **aplicación, corrección e interpretación** del PAI. En este capítulo inicial se incluye una breve descripción de la prueba, sus escalas y 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 de cada una de sus escalas como del perfil en su conjunto. Adicionalmente en el **capítulo 4** se incluye información sobre **la versión abreviada del PAI**. Esta versión, que resulta de la corrección de los 165 primeros ítems del PAI, permite obtener una estimación de la puntuación en las escalas principales y es una opción en aquellas condiciones en que el factor tiempo o la presencia de dificultades en la aplicación imposibilite la aplicación de la prueba íntegra (344 ítems).



En el **manual técnico del PAI** podrá encontrar información comprehensiva sobre la lógica subyacente a la prueba, sus fundamentos teóricos y los métodos específicos implementados para acometer su construcción. Asimismo incluye detallada documentación sobre su proceso de adaptación y sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Resulta de particular interés el análisis detallado de los perfiles que aparecen en el capítulo 6 de validez para distintos grupos clínicos y forenses.

## 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PAI

El PAI contiene 344 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 complejos. En las tablas 1.1 y 1.2 puede encontrarse una breve descripción de cada una de estas escalas y subescalas respectivamente. Adicionalmente, a partir del análisis del conjunto de las escalas del PAI se obtienen una serie de índices complementarios que se detallan en la tabla 1.3.

Los síndromes clínicos evaluados por el PAI fueron seleccionados de acuerdo a dos criterios: su importancia histórica en la nosología de los trastornos mentales y su relevancia en la práctica diagnóstica contemporánea. Estos criterios fueron evaluados mediante una revisión de la literatura científica y encuestas a profesionales. A la hora de crear los ítems de cada uno de los síndromes se examinó la literatura relativa a dicho síndrome clínico específico para identificar aquellos componentes centrales a la definición del trastorno y se escribieron ítems que evaluaran cada componente del síndrome en cuestión.

En el proceso de construcción y depuración de las escalas del PAI se enfatizaron tanto los aspectos teóricos y conceptuales como los empíricos, tal y como se describe en los capítulos 1 y 2 del manual técnico. Este enfoque puso una especial atención en el proceso de construcción y selección de los ítems, así como en su estabilidad y en sus correlatos. El desarrollo del test siguió un proceso iterativo de 4 pasos de acuerdo a una estrategia secuencial de validación de constructo similar a las descritas por Loevinger (1957) y Jackson (1971), si bien incluyendo un número adicional de parámetros de los ítems a los descritos por estos autores.

Un aspecto clave en el proceso de desarrollo de la prueba fue la asunción de que ningún parámetro individual sería considerado aisladamente para decidir la inclusión de un ítem en la versión final. El exceso de confianza en un único parámetro a la hora de seleccionar los ítems suele llevar a escalas que presentan alguna de sus propiedades psicométricas especialmente cuidada, si bien a costa de descuidar otro amplio número de aspectos. El PAI buscó incluir ítems que cumplieran simultáneamente distintos requisitos, entre ellos que cubrieran adecuadamente todo el contenido del constructo y en sus diversas intensidades (desde formas más leves a más severas) a la vez que mostraran unas satisfactorias propiedades empíricas, de forma que las escalas resultaran útiles en diversos contextos y aplicaciones.

Las puntuaciones del PAI 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 este manual. Estas puntuaciones son calculadas a partir de la comparación con una amplia muestra de 940 casos representativa de la población normal. Se incluye también una amplia muestra de referencia clínica compuesta por 1.009 casos y una muestra de referencia de estudiantes compuesta por 400 casos. En el capítulo 4 del manual técnico se presenta una descripción detallada de cada una de estas muestras.



**Tabla 1.1. Descripción de las escalas del PAI**

Escala	Descripción
<b>Escalas de validez</b>	
<b>Inconsistencia (INC)</b>	Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
<b>Infrecuencia (INF)</b>	Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.
<b>Impresión negativa (IMN)</b>	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.
<b>Impresión positiva (IMP)</b>	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos.
<b>Escalas clínicas</b>	
<b>Quejas somáticas (SOM)</b>	Evalúa las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.
<b>Ansiedad (ANS)</b>	Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica).
<b>Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)</b>	Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.
<b>Depresión (DEP)</b>	Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
<b>Manía (MAN)</b>	Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía.
<b>Paranoia (PAR)</b>	Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.
<b>Esquizofrenia (ESQ)</b>	Evalúa los síntomas clave del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.
<b>Rasgos límites (LIM)</b>	Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.
<b>Rasgos antisociales (ANT)</b>	Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.
<b>Problemas con el alcohol (ALC)</b>	Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.
<b>Problemas con las drogas (DRG)</b>	Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.
<b>Escalas relacionadas con el tratamiento</b>	
<b>Agresión (AGR)</b>	Evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la asertividad, la hostilidad y la agresión.
<b>Ideaciones suicidas (SUI)</b>	Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.
<b>Estrés (EST)</b>	Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.
<b>Falta de apoyo social (FAS)</b>	Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y la calidad del apoyo disponible.
<b>Rechazo al tratamiento (RTR)</b>	Evalúa aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.
<b>Escalas de relación interpersonal</b>	
<b>Dominancia (DOM)</b>	Evalúa el grado en que 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.
<b>Afabilidad (AFA)</b>	Evalúa el grado en que 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**

Subescala	Descripción
<b>Quejas somáticas (SOM)</b>	
<b>Conversión (SOM-C)</b>	Evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.
<b>Somatización (SOM-S)</b>	Evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.
<b>Hipocondría (SOM-H)</b>	Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.
<b>Ansiedad (ANS)</b>	
<b>Cognitiva (ANS-C)</b>	Evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiantivas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración.
<b>Emocional (ANS-E)</b>	Evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido.
<b>Fisiológica (ANS-F)</b>	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).
<b>Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)</b>	
<b>Obsesivo-compulsivo (TRA-O)</b>	Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.
<b>Fobias (TRA-F)</b>	Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.
<b>Estrés posttraumático (TRA-E)</b>	Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo.
<b>Depresión (DEP)</b>	
<b>Cognitiva (DEP-C)</b>	Evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.
<b>Emocional (DEP-E)</b>	Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.
<b>Fisiológica (DEP-F)</b>	Evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.
<b>Manía (MAN)</b>	
<b>Nivel de actividad (MAN-A)</b>	Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.
<b>Grandiosidad (MAN-G)</b>	Evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.
<b>Irritabilidad (MAN-I)</b>	Evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.
<b>Paranoia (PAR)</b>	
<b>Hipervigilancia (PAR-H)</b>	Evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles deseires reales o imaginarios producidos por otros.
<b>Persecución (PAR-P)</b>	Evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.
<b>Resentimiento (PAR-R)</b>	Evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.

*continúa en la página siguiente*



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

Subescala	Descripción
<b>Esquizofrenia (ESQ)</b>	
<b>Experiencias psicóticas (ESQ-P)</b>	Evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.
<b>Indiferencia social (ESQ-S)</b>	Evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.
<b>Alteración del pensamiento (ESQ-A)</b>	Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.
<b>Rasgos límites (LIM)</b>	
<b>Inestabilidad emocional (LIM-E)</b>	Evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.
<b>Alteración de la identidad (LIM-I)</b>	Evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.
<b>Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)</b>	Evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.
<b>Autoagresiones (LIM-A)</b>	Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.
<b>Rasgos antisociales (ANT)</b>	
<b>Conductas antisociales (ANT-A)</b>	Evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.
<b>Egocentrismo (ANT-E)</b>	Evalúa la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.
<b>Búsqueda de sensaciones (ANT-B)</b>	Evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.
<b>Agresión (AGR)</b>	
<b>Actitud agresiva (AGR-A)</b>	Evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.
<b>Agresiones verbales (AGR-V)</b>	Evalúa las expresiones verbales de ira, incluyendo desde las assertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.
<b>Agresiones físicas (AGR-F)</b>	Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.



Tabla 1.3. Descripción de los índices complementarios del PAI

Índice complementario	Descripción
<b>Validez</b>	
<b>Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F)</b>	Indica si el evaluado ha respondido a la parte final del cuestionario de forma inconsistente. Para ello compara las respuestas del sujeto a las escalas SUI y ALC en la primera parte del cuadernillo (primeros 165 ítems) y en la segunda parte. Puntuaciones altas son indicativas de un patrón de respuesta al azar en la parte final de la prueba.
<b>Índice de simulación (SIM)</b>	Evaluá la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de simuladores. Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.
<b>Función discriminante de Rogers (FDR)</b>	Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para responder simulando síntomas frente a pacientes clínicos genuinos. Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.
<b>Índice de defensividad (DEF)</b>	Evaluá la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de disimuladores. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.
<b>Función discriminante de Cashel (FDC)</b>	Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la prueba. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.
<b>Índices potenciales</b>	
<b>Índice potencial de suicidio (IPS)</b>	Evaluá la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta suicida. Es un indicador indirecto ya que no incluye la puntuación en la escala SUI que evalúa explícitamente la presencia de ideación suicida. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de suicidio.
<b>Índice potencial de violencia (IPV)</b>	Evaluá la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta violenta hacia otros y peligrosidad. Es un indicador indirecto. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de violencia hacia otros.
<b>Índice de dificultad en el tratamiento (IDT)</b>	Evaluá la presencia de doce características del perfil que suelen estar asociadas a dificultades en el tratamiento o la intervención. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de dificultades en el tratamiento y su abandono.
<b>Índices estimados</b>	
<b>Índice estimado de problemas con el alcohol (ALC-Est)</b>	Indica qué puntuación en la escala ALC cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en ALC-Est sensiblemente superior a la obtenida en ALC puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de alcohol.
<b>Índice estimado de problemas con las drogas (DRG-Est)</b>	Indica qué puntuación en la escala DRG cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en DRG-Est sensiblemente superior a la obtenida en DRG puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de drogas.



## 1.2. MATERIALES

Los materiales que componen el PAI son los siguientes:

- **Manual de aplicación, corrección e interpretación.** En él aparecen las instrucciones de aplicación, corrección e interpretación de las puntuaciones que se deberán seguirse para un correcto uso del PAI.
- **Manual técnico.** Incluye información comprehensiva sobre la lógica subyacente a la prueba, sus fundamentos teóricos y los métodos específicos implementados para acometer su construcción. Asimismo también incluye documentación detallada sobre el proceso de adaptación española y sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.
- **Cuadernillo.** Contiene las instrucciones de aplicación para el sujeto evaluado y los 344 elementos de la prueba. Es un material no fungible, esto es, reutilizable de aplicación a aplicación. Los sujetos evaluados deberán anotar todas sus contestaciones a la prueba 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 evaluador deberá revisar que se hayan llenado correctamente todos los campos identificativos, que se hayan anotado adecuadamente las contestaciones a los ítems y que el número de elementos omitidos sea el menor posible, dado su efecto en la corrección e interpretación de la prueba. En aquellos casos en que haya respuestas omitidas, será recomendable que el profesional inste al evaluado a dar una respuesta a dichos elementos.
- **PIN para la corrección.** Esta hoja contiene el código de acceso necesario para realizar la corrección del PAI. Contiene también unas breves instrucciones sobre el acceso y el uso del sistema de corrección.

# **LA VISUALIZACIÓN DE ESTAS PÁGINAS NO ESTÁ DISPONIBLE.**

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

**[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)**





## 4. VERSIÓN ABREVIADA DEL PAI

La mayoría de las personas pueden contestar íntegramente al PAI en unos 40 ó 50 minutos, 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, como por ejemplo cuando un paciente se niega a seguir completando el cuestionario tras haber contestado a la primera mitad, cuando responde al azar la segunda parte del mismo, 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 (344 ítems). En estos casos se puede disponer de la corrección de los primeros 165 ítems del PAI que permite obtener una estimación de la puntuación en sus escalas principales.

El PAI fue diseñado para maximizar la utilidad de la información que se obtiene en sus 165 primeros elementos. Se seleccionaron para esta primera parte los ítems con mayores correlaciones y se ordenaron de forma que permitiera obtener una muestra de todas las escalas (con una adecuada representación de las distintas subescalas). Este orden proporciona por un lado información discriminante aunque se conteste un número de ítems reducido y, por otro, una forma abreviada que posee una estabilidad y características internas óptimas.

La versión abreviada del PAI se compone de los primeros 165 ítems del cuestionario y para su aplicación se emplea el mismo cuadernillo del PAI aunque contestando solo a estos primeros 165 elementos. Para su aplicación, corrección e interpretación se han de seguir las instrucciones indicadas para el PAI en los capítulos 2 y 3 de este manual que son generalizables a esta versión abreviada. **El uso de la versión abreviada del PAI no requiere de ningún material específico, sino que se utiliza el cuadernillo, la hoja de respuesta, los manuales y el PIN (clave de corrección) del PAI.** En relación con la corrección, los usos del PAI (claves de corrección o PINs) son comunes a la versión completa y abreviada. Independientemente de que se corrija la versión íntegra del PAI (344 ítems) o su versión abreviada (primeros 165 ítems) se consumirá un uso en el proceso de corrección y generación del perfil. Finalmente, ha de volver a advertirse que la presencia de omisiones o de dobles respuestas reduce artificialmente las puntuaciones obtenidas afectando a la interpretación de las 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 dobles respuestas puede afectar a la interpretación.

A partir de estos primeros 165 ítems, es posible obtener estimaciones de las 22 escalas principales de la prueba (en la figura 4.1 aparece el perfil de la versión abreviada de un caso ilustrativo). Sin embargo, no es posible estimar las puntuaciones de las subescalas ni de los índices complementarios. 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 española puede consultarse en el capítulo 4 del manual técnico). Esta forma de tipificación de la forma abreviada suele ser más adecuada que el empleo de fórmulas de prorrato o estimaciones de regresión (Tellegen y Briggs, 1967).

En la tabla 4.1 aparecen las principales características psicométricas de la versión abreviada del PAI en su adaptación española<sup>(1)</sup>. Respecto a los datos de fiabilidad de la forma abreviada, la consistencia interna media, coeficiente alfa, fue de 0,74 en muestras normales y de 0,81 en muestras clínicas; su fiabilidad media entendida como consistencia temporal (test-retest) fue de 0,82. 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 fue de 0,90 en muestras normales y de 0,93 en muestras clínicas, lo que sostiene la conclusión de que la puntuación de la forma abreviada proporciona una puntuación razonablemente cercana a la que la persona obtendría con la forma completa del cuestionario. De hecho, una diferencia grande entre las puntuaciones de la forma abreviada y la completa es indicadora de alguna irregularidad al contestar los últimos ítems de la prueba, cuando el evaluado puede estar más fatigado o prestar menos atención a la cumplimentación de la prueba (Morey y Hopwood, 2004). Como se describe en el capítulo 3, cuando aparecen puntuaciones altas en el índice complementario de Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F) se hace necesario interpretar las puntuaciones *T* de la forma abreviada.

En resumen, los primeros 165 ítems del PAI pueden aportar una estimación del perfil de una persona en las 22 escalas principales del PAI. No obstante, cabe reseñar que siempre es recomendable la aplicación de la versión íntegra por la cantidad de información adicional que aporta. En la mayoría de los contextos clínicos, 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 al evaluado que está contestando autónomamente a la prueba.

(1) En el capítulo 4 del manual técnico puede obtenerse información sobre las muestras que se emplearon en esta adaptación.

# **LA VISUALIZACIÓN DE ESTAS PÁGINAS NO ESTÁ DISPONIBLE.**

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

**[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)**

