

Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos

James N. Butcher / Jose Cabiya
Emilia Lucio / Maria Garrido



**APLICACIÓN DEL MMPI-2 Y EL MMPI-A
EN PACIENTES HISPANOS**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.

CeMPro

Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

APLICACIÓN DEL MMPI-2 Y EL MMPI-A EN PACIENTES HISPANOS

James N. Butcher
Jose Cabiya
Emilia Lucio
Maria Garrido

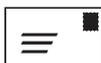
Traducido por:
Lic. Miroslava Guerra Frías
Universidad Nacional Autónoma de México

Revisión técnica por:
Doctora Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Profesora titular "C" Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Pruebas psicológicas en línea y más

www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

Assessing Hispanic Clients Using the MMPI-2 and MMPI-A

Copyright © 2007 by the American Psychological Association

750 First Street, NE Washington DC 20002-4242

www.apa.org

ISBN-13: 978-1-59147-924-6

Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos

D.R. © 2009 por Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.

ISBN: 978-607-448-009-2

ISBN: 978-607-448-208-9 Versión electrónica

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

This work was originally published in English under the title of *Assessing Hispanic Clients Using the MMPI-2 and MMPI-A* as a publication of the American Psychological Association in the United States of America. Copyright © 2007 by the American Psychological Association. The work has been translated and republished in the Spanish language by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by means, or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

Esta obra fue publicada originalmente en inglés bajo el título *Assessing Hispanic Clients Using the MMPI-2 and MMPI-A* por la American Psychological Association en Estados Unidos de América. Copyright © 2007 by the American Psychological Association. Esta obra ha sido traducida y publicada en español con la autorización de la APA. Esta traducción no puede ser publicada nuevamente o reproducida de ninguna forma por tercera persona, sin el consentimiento explícito de manera escrita de la APA. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o distribuida de ninguna forma, ni por ningún medio, ni almacenada en ningún tipo de base de datos o sistema de recuperación, sin el permiso previo de la APA.



Manual Moderno®

Es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos /
James N. Butcher ... [et al.] ; tr. por Miroslava
Guerra Frías. – México : Editorial El Manual Moderno, 2009.
xiv, 302 p. : il. ; 23 cm.

Traducción de: *Assessing hispanic clients using the
MMPI-2 and MMPI-A*

Incluye índice. Disponible en versión electrónica

ISBN 978-607-448-009-2

ISBN 978-607-448-208-9 (versión electrónica)

1. Personalidad y cultura. 2. Hispanoamericanos – Psicología.
3. Personalidad – Pruebas. 4. Inventario Multifásico de Personalidad
de Minnesota. 5. Inventario Multifásico de Personalidad de
Minnesota para Adolescentes. I. Butcher, James N. II. Guerra
Frías, Miroslava, tr.

155.2808968073 APL.d.

Biblioteca Nacional de México

Director editorial:

Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Editora asociada:

LCC Tania Uriza Gómez

Coordinador de diseño:

Ramiro Alvarado Esquivel

Diseño de portada:

Sr. Sergio Alejandro Pérez Colín

PRINTED IN MEXICO



CONTENIDO

Lista de recuadros, cuadros y figuras	vii
Prefacio	xiii
Capítulo 1. El desafío de evaluar a los pacientes que tienen antecedentes culturales y lingüísticos distintos	1
Capítulo 2. El contexto internacional de evaluación: adaptaciones al idioma español del MMPI, MMPI-2 y MMPI-A	23
Capítulo 3. Uso del MMPI-2 para evaluar a los pacientes hispanos que viven en EUA	53
Capítulo 4. Evaluación de la credibilidad de las respuestas a las pruebas de un paciente hispano	71
Capítulo 5. Personalidad y evaluación clínica de los pacientes hispanos	85
Capítulo 6. Interpretación clínica del MMPI-2 con pacientes hispanos: estudios de caso	103
Capítulo 7. Evaluación de adolescentes hispanos con el MMPI-A	127

Capítulo 8.	Interpretación clínica del MMPI-A en pacientes hispanos: Estudios de caso	161
Capítulo 9.	Resumen y direcciones futuras	197
APÉNDICES		
Apéndice A.		207
Apéndice B.		209
Apéndice C.		243
Apéndice D.		259
Referencias		273
Índice		289
Acerca de los autores		299



LISTA DE RECUADROS, CUADROS Y FIGURAS

RECUADROS

Recuadro 1-1.	Un caso para una evaluación culturalmente pertinente	10
Recuadro 5-1.	Algunas precauciones interpretativas aportadas por Garrido & Velasquez (2006)	87
Recuadro 6-1.	Narración del Informe Minnesota (Daniella A.)	106
Recuadro 6-2.	Informe Minnesota: informe interpretativo de correcciones generales (Raul T.)	110
Recuadro 6-3.	Informe de Personal Minnesota: informe interpretativo de la fuerza pública (Roberto C.)	121
Recuadro 7.1.	Indicadores de validez del MMPI-A e indicadores de validez de las escalas clínicas	130
Recuadro 7-2.	Descripción de las escalas de contenido del MMPI-A	135
Recuadro 8.1.	Informe Minnesota (Juan C.)	165
Recuadro 8-2.	Informe Minnesota (Susana D.)	176
Recuadro 8-3.	Informe Minnesota (Carlos F.)	183
Recuadro 8-4.	Informe Minnesota (Alejandro Q.)	188
Recuadro 8-5.	Informe Minnesota (Adriana L.)	192

CUADROS

Cuadro 2-1.	Análisis multivariado de la varianza de las escalas de abuso de sustancias del MMPI-2 para mexicanos	
--------------------	--	--

	con alcoholismo (n = 136) y voluntarios no alcohólicos (n = 136)	33
Cuadro 3-1.	Correlaciones test-retest bilingües (español-inglés) para la validez del MMPI-2 y las escalas clínicas del MMPI-2 hispano y el retest semestral de 30 participantes seleccionados aleatoriamente de la muestra normativa de 200 (Cruz-Niemiec, 2004)	56
Cuadro 7-1.	Muestra total (antes de las exclusiones) y muestra final	140
Cuadro 7-2.	Edad y género de la muestra normativa de adolescentes mexicanos	149
Cuadro 7-3.	Edad y género de la muestra clínica mexicana	151
Cuadro 7-4.	Diagnósticos para la muestra clínica de adolescentes mexicanos	151
Cuadro 8-1.	Puntajes T de Gabriela G., una adolescente mexicana, para las normas en inglés del MMPI-A, las normas del MMPI-A versión hispana y las normas mexicanas de Lucio	170

FIGURAS

Figura 2-1.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres hispanos normativos (N = 35) trazado sobre las normas estadounidenses (N = 1 138)	24
Figura 2-2.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres hispanas normativas (N = 38) trazado sobre normas estadounidenses (N = 1 462)	25
Figura 2-3.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres mexicanos (N = 860) trazado sobre normas estadounidenses (N = 1 138)	31
Figura 2-4.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres mexicanas (N = 884) trazado sobre normas estadounidenses (N = 1 462)	31
Figura 2-5.	Perfiles de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres de un hospital psiquiátrico mexicano (N = 135; línea con puntos negros) comparados con hombres de	

	una población universitaria (N = 813; línea con cuadrados blancos)	35
Figura 2-6.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres de un hospital psiquiátrico mexicano (N = 98; línea con puntos negros) comparados con mujeres de una población universitaria (N = 1 107; línea con cuadrados blancos)	36
Figura 2-7.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de la media grupal de alumnos mexicano-estadounidenses de nivel superior (N = 173; línea con puntos negros; Whitworth & McBlaine, 1993) y mujeres puertorriqueñas (N = 117; línea con cuadrados blancos; Cabiya, 1996)	41
Figura 2-8.	Perfil del MMPI-2 de la media grupal de alumnos mexicano-estadounidenses de nivel superior (N = 40; línea con puntos negros; Whitworth & McBlaine, 1993) y hombres puertorriqueños (N = 94; línea con cuadrados blancos; Cabiya, 1996)	42
Figura 2-9.	Puntajes de las escalas de validez y clínica del MMPI-2 de hombres peruanos (N =56) trazados sobre normas estadounidenses (N = 1 138; Scott & Pampa, 2000)	48
Figura 2-10.	Puntajes de las escalas de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres peruanas (N =67) trazados sobre normas estadounidenses (N = 1 462; Scott & Pampa, 2000)	48
Figura 3-1.	Perfil clínico y de validez del MMPI-2 para Juan G., un trabajador mexicano inmigrante que vive en EUA (trazado sobre normas estadounidenses)	58
Figura 3-2.	Perfil clínico y de validez del MMPI-2 para Juan G., un trabajador mexicano inmigrante que vive en EUA (trazado sobre normas mexicanas)	59
Figura 4-1.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 para Carlos V. con un patrón de actitud defensiva hacia la prueba y respuestas inconsistentes	76
Figura 4-2.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI (normas estadounidenses) para Elana G. con un patrón de síntomas exagerados	79

Figura 4-3.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 (normas mexicanas) para Elana G. que sugiere cierta exageración de síntomas	79
Figura 4-4.	Perfil de la escala clínica y de validez del MMPI-2 para Eduardo F. con un patrón de respuestas defensivas hacia la prueba	82
Figura 5-1.	Perfil de validez y clínico del MMPI-2 que ilustra una definición de perfil alto	92
Figura 5.2.	Perfil de validez y clínico del MMPI-2 que ilustran una configuración de escala “no bien definida”	92
Figura 5-3.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 de hombres mexicanos normales (N = 813) trazado sobre normas estadounidenses (G.M.E. Lucio, Palacios et al., 1999)	94
Figura 5-4.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 de mujeres mexicanas normales (N = 1 107) trazado sobre normas estadounidenses (G.M.E. Lucio, Palacios et al., 1999)	94
Figura 6-1.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 para Daniella A., una infanticida puertorriqueña	104
Figura 6.2.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Daniella A., una infanticida puertorriqueña	105
Figura 6-3.	Perfil de la escala de validez del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado que fue sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales	114
Figura 6-4.	Perfil de las escalas clínicas y suplementarias del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales	115
Figura 6-5.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales	116
Figura 6-6.	Perfil de la escala de validez del MMPI-2 de Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a policía en un contexto de pre-empleo	118

Figura 6-7.	Perfil de escalas clínicas y suplementarias del MMPI-2 de Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a la policía en un contexto de pre-empleo	119
Figura 6-8.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a policía en un contexto de pre-empleo	120
Figura 6-9.	Perfil de las escalas clínicas y de validez del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana	123
Figura 6-10.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana	124
Figura 6-11.	Perfil de la escala suplementaria del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana	124
Figura 7-1.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-A de chicos hispanos (N = 373) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N= 805)	141
Figura 7-2.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A de chicos hispanos (N = 373) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N = 805)	142
Figura 7-3.	Perfil de la escala de validez y de contenido del MMPI-A de chicas hispanas (N = 413) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N = 815)	142
Figura 7-4.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A de chicas hispanas (N = 413) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N = 815)	143
Figura 7-5.	Perfiles de la escala básica del MMPI-A de chicos provenientes de cinco países	145
Figura 7-6.	Perfiles de la escala básica del MMPI-A de chicas provenientes de cinco países	147
Figura 7-7.	Escalas de validez y clínicas del MMPI-A de chicos mexicanos (N = 1 904) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N = 805)	149
Figura 7-8.	Escalas de validez y clínicas del MMPI-A de chicas mexicanas (N = 2, 161) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A (N = 805)	150

Figura 8-1.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Juan C.	162
Figura 8-2.	Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Juan C.	163
Figura 8-3.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Juan C.	164
Figura 8-4.	Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-A para Gabriela G. trazado sobre normas mexicanas y estadounidenses	168
Figura 8-5.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Gabriela G. trazado sobre normas mexicanas y estadounidenses	169
Figura 8-6.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Susana D.	172
Figura 8-7.	Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Susana D.	173
Figura 8-8.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Susana D.	174
Figura 8-9.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Carlos F.	179
Figura 8-10.	Perfiles de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Carlos F.	180
Figura 8-11.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Carlos F.	181
Figura 8-12.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Alejandro Q.	185
Figura 8-13.	Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Alejandro Q.	185
Figura 8-14.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Alejandro Q.	186
Figura 8-15.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Adriana L.	193
Figura 8-16.	Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Adriana L.	193
Figura 8-17.	Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Adriana L.	194
Figura 8-18.	Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Adriana L., trazado sobre las normas del MMPI-A versión hispana	194



PREFACIO

En la actualidad, el grupo étnico minoritario más grande en EUA es la creciente población de personas originarias de los países latinoamericanos. Muchos de estos individuos viven y trabajan en circunstancias difíciles y altamente estresantes, como suele suceder con los refugiados e inmigrantes. Hoy en día, muchos pacientes hispanos se encuentran en instituciones correccionales y de salud mental, por lo que, a menudo, representan un desafío para el terapeuta, en particular si el paciente tiene un dominio deficiente del idioma inglés. El propósito de este libro es orientar a los profesionales encargados de la evaluación psicológica en torno a los problemas, fortalezas y limitaciones de incorporar un instrumento de evaluación objetiva de la personalidad para las evaluaciones psicológicas con pacientes de origen hispano.

Los instrumentos del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI, por su nombre en inglés) son los instrumentos de evaluación de la personalidad más ampliamente investigados y usados con pacientes de habla hispana. Mucho de lo que se sabe acerca de los instrumentos de evaluación objetiva de la personalidad como el MMPI se deriva de la extensa difusión de estas mediciones alrededor del mundo, realizadas por los psicólogos hispanohablantes en otros países. El uso del MMPI, por ejemplo, ha sido muy extendido en las poblaciones de habla hispana desde que Alfonso Bernal del Riego lo adaptó por primera vez en Cuba, en 1951.

En este libro se ofrece un panorama general de los fundamentos de las investigaciones y describimos las estrategias interpretativas más efectivas tanto para la versión revisada del MMPI (MMPI-2) como para la versión diseñada para usarse con adolescentes (MMPI-A) en las evaluaciones de los pacientes hispanos. A manera de antecedente y con el fin de comprender las pruebas con esta subpoblación, se revisa el uso internacional del MMPI-2 y del MMPI-A, y se resumen los hallazgos aplicables.

El objetivo principal de este libro consiste en la aplicación práctica del MMPI-2 y del MMPI-A con pacientes hispanoparlantes. Se proporciona información práctica con relación al uso del MMPI-2 y del MMPI-A en EUA, junto con varios ejemplos de casos, extraídos de la práctica, pero con modificaciones sustanciales para proteger la confidencialidad de los pacientes que ilustran las aplicaciones. La síntesis de cada capítulo resume los puntos interpretativos clave que ahí se proponen. Se incluye información de apoyo útil, como los cuadros de Puntaje T para las normas mexicanas del MMPI-2 y del MMPI-A, así como una lista de traducciones al español a manera de apoyo para el lector.

Varias personas han apoyado nuestro trabajo para el desarrollo de este libro. Agradecemos a Betty Kiminiki y Holly Butcher por su ayuda editorial en las primeras etapas de la versión inicial del libro. Reconocemos también la ayuda del equipo editorial de APA Books por su ayuda durante el proceso editorial. En especial, agradecemos a Susan Reynolds por su apoyo; su guía y su comprensión han sido de gran valor en esta obra.

También reconocemos el apoyo continuo de nuestras familias en estos esfuerzos; sin su comprensión, un proyecto como éste no sería posible. James N. Butcher agradece a su esposa Carolyn Williams y a sus hijos Jay, Sherry y Holly por su apoyo; Jose Cabiya agradece a Mari y Alejandro; Emilia Lucio da las gracias a Francisco, Adriana, Emilia y Max por su apoyo y a Consuelo Duran por todos los años de colaboración con el MMPI; y Maria Garrido reconoce el ánimo y la paciencia de su esposo Rob y de sus padres Jose e Iraida. Sus alumnos de evaluación de personalidad en Rhode Island y Puerto Rico también han sido una fuente de inspiración. Esta obra también está dedicada a ellos.



EL DESAFÍO DE EVALUAR A LOS PACIENTES QUE TIENEN ANTECEDENTES CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS DISTINTOS

El ideal estadounidense de ser un crisol en el que las personas de tierras extranjeras fueran bienvenidas y finalmente integradas en la sociedad está muy lejos de la realidad. A pesar de seguir siendo una tierra que ofrece seguridad, libertad y oportunidades relativas, en comparación con muchos otros países, con frecuencia no se cumple el ideal de integración total. Muchos inmigrantes experimentan obstáculos y una resistencia que persisten cuando buscan realizar el sueño americano en toda su extensión. EUA es una sociedad heterogénea, multicultural y multiétnica, y los psicólogos que trabajan en los campos aplicados –en especialidades clínicas, de orientación, industriales y educativas– suelen enfrentarse a esta situación con sus pacientes.

En la práctica clínica de la psicología, los terapeutas se encuentran, a menudo, con la complicada tarea de proporcionar una evaluación psicológica acerca de un paciente con antecedentes culturales y lingüísticos distintos. ¿Resulta apropiado utilizar pruebas psicológicas que han sido desarrolladas desde una perspectiva estadounidense con el fin de ayudar a tomar decisiones clínicas para los pacientes con antecedentes culturales y lingüísticos distintos? Considérense las siguientes circunstancias:

- Un trabajador inmigrante mexicano de 28 años de edad, que no habla inglés y que ha estado viviendo en EUA por 12 meses, es arrestado por un delito relacionado con drogas. Enfrenta una sentencia de hasta siete años en la prisión federal. El psicólogo designado por la corte tiene instrucciones de llevar a cabo una evaluación psicológica con el objetivo de proporcionar información para la audiencia previa a la sentencia.
- Un mexicano-estadounidense, de 29 años, que ha estado viviendo en EUA durante 10 años, solicita un puesto de oficial de policía en un municipio de California. Las políticas de empleo requieren que los solicitantes se sometan a una evaluación psicológica para determinar si son emocionalmente adaptados y confiables.

- Una puertorriqueña de 32 años de edad, cuyas habilidades en el idioma inglés son mínimas, está siendo evaluada por un psicólogo designado por la corte en un caso de posible maltrato infantil para determinar si sus derechos parentales deben suspenderse.
- Un ciudadano estadounidense, peruano de nacimiento (cuya educación primaria transcurrió en Perú), está siendo evaluado en un programa gubernamental de investigación de personal para determinar si existen factores psicológicos que sugieran cualquier conducta poco confiable, como parte de su solicitud de una licencia.

Estas situaciones de evaluación comunes requieren que el psicólogo evaluador haga recomendaciones basadas en los métodos disponibles más válidos y confiables. Sin embargo, las técnicas en las que se apoya deberán ser examinadas en el contexto multicultural.

Este capítulo revisa brevemente a) la cuestión de cómo se interrelacionan la cultura, la personalidad y la psicopatología; b) los distintos sesgos que podrían presentarse en los usuarios de los instrumentos y las pruebas; c) los desafíos más importantes en la construcción de pruebas que afectan a los instrumentos que suelen emplearse con individuos de etnias y lenguas distintas; d) advertencias para los usuarios con respecto a la selección, aplicación de las pruebas y a la interpretación de los resultados de éstas. Se incluyen los panoramas generales de la demografía de la población hispana en EUA y de los temas sobre el uso y la interpretación de las pruebas que son relevantes para esta población.

LA NECESIDAD DE REALIZAR INVESTIGACIONES CON PACIENTES QUE TIENEN ANTECEDENTES CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS DISTINTOS

En los últimos 30 años se ha suscitado una oleada de investigaciones sobre las relaciones entre la cultura, la personalidad y la psicología. Las diferentes obras eruditas acerca de estos conceptos y sus interrelaciones han impulsado a los estudiantes y profesionales de distintos campos (p. ej., sociología, antropología y psicología) a las tareas de definir y distinguir conceptos como cultura, etnicidad y raza (que a menudo se utilizan de manera intercambiable), de examinar si la cultura tiene alguna relación con la psicopatología y de determinar la naturaleza de tal relación (p. ej., Atkinson *et al.*, 1998; Helms & Cook, 1999; Phinney, 1996).

La necesidad de realizar investigaciones transculturales está instigada por dos temas interrelacionados, uno histórico y otro demográfico. En primer lugar, se reconoce ampliamente que los campos de la psicología y la psiquiatría se originaron en una cultura europea occidental; así, los conceptos de conducta humana, salud, angustia, evaluación conductual y las aproximaciones a la curación se han basado

en cosmovisiones eurocéntricas. Estas concepciones pueden resultar apropiadas para describir a los miembros de esa cultura, pero no necesariamente a los miembros de culturas no occidentales ni de origen europeo (Comas-Díaz, 1992; Pinderhughes, 1989). La segunda cuestión importante es la realidad demográfica que hoy en día caracteriza a las principales naciones industrializadas como EUA y muchos países europeos. Examinar la habilidad de la psicología (en especial de la psicología clínica y de evaluación) para describir la experiencia humana más allá del grupo cultural de su origen se ha vuelto cada vez más urgente como resultado del gran cambio demográfico que ocurre en la actualidad (que se discute más a fondo a continuación, en este capítulo). En los siguientes capítulos se presentan las consideraciones clave para llevar a cabo evaluaciones culturalmente competentes de pacientes hispanos en EUA y Puerto Rico, así como para interpretar los resultados de éstas.

CULTURA, PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

La presencia de un creciente número de individuos de nacionalidades y orígenes étnicos y culturales diversos en los sistemas de salud y de salud mental ha creado la necesidad de revisar y, a veces, desafiar las suposiciones occidentales tradicionales que subyacen en la conducta humana, la angustia, la evaluación y la cura. Por lo tanto, los investigadores han explorado cuestiones en torno a la influencia de la cultura sobre la conducta y la psicopatología humanas. Por ejemplo, la revisión de Butcher *et al.*, (2006) de las relaciones existentes sobre la unión entre la cultura y la psicopatología sugiere que existen similitudes transculturales en las estructuras subyacentes de la personalidad y que algunos correlatos psicológicos de diferentes dimensiones están presentes en grupos culturales similares. Marin y Triandis (1985) identificaron el *alocentrismo* (u orientación grupal, a diferencia de la orientación individual) como una característica importante de múltiples nacionalidades latinoamericanas. Por ende, los instrumentos de evaluación de la personalidad diseñados con estándares que no tengan una orientación alocéntrica pueden caracterizar a aquellos para quienes el alocentrismo es una norma cultural, de manera potencialmente negativa, como “dependientes” o “inseguros”.

Butcher *et al.* (ob. cit.), también revisaron el complejo tema de cómo la cultura puede influir en la psicopatología. Citaron estudios clásicos previos, como el de Good & Kleinman (1985), los cuales concluyeron que algunos diagnósticos psiquiátricos se presentan entre culturas, pero a veces con diferentes énfasis en la expresión de los síntomas. Se cree que otros trastornos, como la ansiedad y las reacciones de angustia aguda presentan más variaciones entre culturas e incluso son muy específicas de un grupo cultural. Por ejemplo, entre los puertorriqueños el síndrome de *ataque de nervios* se ha descrito como una reacción de estrés agudo detonada por

la muerte de un ser querido o el descubrimiento de una infidelidad marital, por mencionar unos ejemplos. El síndrome se describe como un estado semejante a un ataque de carácter disociativo por el que la persona cae al piso agitando los miembros, apretando los puños y manifestando otras conductas que pueden requerir que los demás protejan a la persona de sí misma. El individuo con el “ataque” no suele ser deliberadamente agresivo con los demás. Una pena excesiva o una ira reprimida que pudieron haber sido precipitadas por una disonancia interpersonal explícita tienden a detonar estos ataques. La represión de emociones negativas, en especial la ira, es culturalmente aceptada en la sociedad puertorriqueña. Por lo tanto, sólo un suceso extremo permite su expresión como se describió aquí. Además, la persona que sufre el “ataque” tiende a no recordar el incidente o a afirmar: “No sé qué me pasó”, lo cual proporciona un grado de disociación de la conducta (Abad & Boyce, 1979; Guarnaccia *et al.*, 2003).

Para los prestadores de servicios y de evaluación de salud mental, la compleja relación entre la cultura y la psicopatología ha sido tomada en cuenta en la cuarta edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)*. Los esfuerzos para hacer que la cultura fuera más relevante en el *DSM-IV* se manifiestan en a) la consideración de las características específicas de la cultura, la edad y el sexo para muchos diagnósticos; b) la expansión del Eje IV para considerar los problemas psicosociales y ambientales; c) la adición de los códigos V en relación con los problemas de identidad, espiritualidad y aculturación; d) inclusión de un plan para formulaciones culturales, y e) la inclusión de un glosario de síntomas ligados a la cultura (*American Psychiatric Association, 1994*). Sin embargo, Manson & Kleinman (1998) y Hayes (2001) advirtieron a los terapeutas acerca de las limitaciones que persisten en la forma en que la cultura se incorpora en el *DSM-IV*, especialmente en la comprensión de los síndromes ligados a la cultura. Por ejemplo: los distintos síndromes ligados a la cultura descritos en el *DSM-IV* parecen un glosario separado de las formulaciones axiales tradicionales. Además, no existen directrices que ayuden a los terapeutas a vincular las descripciones de estos trastornos con categorías de diagnóstico establecidas. Esto, a su vez, tiende a limitar el uso de estos síndromes por parte de los terapeutas. Asimismo, la colocación del síndrome ligado a la cultura separado del sistema multiaxial y la falta de directrices para vincular los síndromes a los diagnósticos en el Eje I o en el Eje II puede reforzar la noción de que las culturas que no pertenezcan a la “mayoría” o a la “corriente dominante” pueden formar ciertos trastornos, mientras que se tiende a considerar que los trastornos observados entre los individuos no pertenecientes a las minorías no están influenciados por la cultura mayoritaria (Hays, 2001).

Varios autores han advertido que los terapeutas necesitan sopesar la probabilidad de que los inmigrantes recién llegados a EUA experimentan problemas de adaptación que pueden afectar los resultados de las pruebas psicológicas (A. M. Padilla,

1992). Butcher *et al.* (ob. cit.), advirtieron a los terapeutas que evaluaran el grado del nivel de adaptación-aculturación del paciente a la nueva y compleja cultura de EUA. Por ejemplo: no es común que los individuos que son evaluados poco después de haber llegado a la nueva cultura reflejen altos niveles de angustia en comparación con quienes han estado en la nueva cultura por un periodo más largo (Deinard *et al.*, 1996; Velasquez *et al.*, 2002).

Además, Comas-Díaz & Grenier (1998) apuntaron que muchos inmigrantes (y en especial los inmigrantes de color) se vuelven minorías étnicas cuando se reubican en EUA y tienden a ser objeto de discriminación, además de que la comunidad no minoritaria los percibe como inferiores a causa de su falta de poder político. Estos inmigrantes pueden estar bajo presión para adaptarse a la cultura de acogida mientras que se les considera como personas de un estatus más bajo. Estas presiones pueden conducir al desarrollo de estrategias de enfrentamiento con una ineffectividad potencial.

PANORAMA GENERAL DE LOS PRINCIPALES TÓPICOS EN LA EVALUACIÓN DE MINORÍAS ÉTNICAS

En la evaluación de las minorías étnicas, los usuarios de las pruebas necesitan estar particularmente conscientes del tema de la construcción y del uso apropiado de las pruebas.

Construcción de las pruebas

Butcher *et al.* (ob. cit.), enumeraron cuatro áreas clave de interés en la construcción de pruebas: a) la equivalencia lingüística, b) la equivalencia de constructos, c) la equivalencia psicométrica y d) la equivalencia psicológica.

La *equivalencia lingüística* comprende el aspecto de la equivalencia léxica, sintáctica e idiomática (Sechrest *et al.*, 1972) y suele lograrse mediante un proceso de traducción inicial de la lengua original a la lengua meta, seguida de una retraducción independiente al idioma original. Entonces, se determina si los ítems traducidos han mantenido su significado. Cualquier ítem discrepante se sujeta a una traducción adicional y a una retraducción hasta lograr coherencia en el significado entre la lengua original y la lengua meta. Este proceso se empleó en la traducción del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) a los distintos idiomas en los que se ha publicado. Una descripción detallada de este proceso se encuentra en Butcher (1996a).

La *equivalencia de constructos* se refiere a si es posible generalizar entre culturas los conceptos de personalidad que examina un instrumento. Rogler (1999) describió a detalle las consecuencias de las investigaciones transculturales del uso indiscrimina-

do de conceptos occidentales y estadounidenses de la conducta o de la experiencia humanas, en particular el riesgo de producir resultados de investigación inválidos. Las implicaciones no serían menos graves con respecto al uso transcultural de los instrumentos de evaluación de la personalidad con constructos que son irrelevantes en la cultura evaluada. Por ello, se alienta a los usuarios de las pruebas a que evalúen la relevancia de los constructos del instrumento para los pacientes que representan distintos grupos culturales. Los usuarios pueden asegurar esto por medio de determinar si se han llevado a cabo los estudios de test-retest bilingües con versiones en diferentes idiomas del instrumento y si los resultados indican que hay una equivalencia suficiente entre las versiones del instrumento para que se las considere versiones alternativas (Butcher *et al.*, 1998). En el caso del MMPI-2, las investigaciones de Velasquez *et al.* (2000), con participantes bilingües (inglés y español) han encontrado un alto grado de semejanza entre los perfiles del MMPI-2 en inglés y en español de los estudiantes universitarios. Los investigadores también han examinado la comparabilidad de las diferentes versiones en español del instrumento y han encontrado altos niveles de similitud en los perfiles resultantes.

La *equivalencia psicométrica* de un instrumento, o cómo es el desempeño estadístico de las medidas en las diferentes culturas, está íntimamente ligada a los dos constructos de equivalencia ya mencionados, y se refiere a la estructura interna del instrumento. En particular, las técnicas del análisis factorial y las respuestas a los ítems en las diferentes culturas son formas de asegurar la equivalencia psicométrica de los instrumentos. El análisis factorial examina la similitud de los factores latentes para determinar si una prueba tiene una estructura factorial similar en los grupos culturales diferentes (Ben-Porath, 1990). La técnica de análisis confirmatorio de factores en particular (Bryant & Yarnold, 1995) resulta útil para examinar si los ítems que, se supone, repercuten en una dimensión dada de un instrumento (p. ej., el miedo al estigma social dentro de una medición de miedo a la infección por VIH) en la población fuente, también lo hacen en la misma dimensión cuando se aplica de manera transcultural. Para una descripción más detallada de los conceptos básicos del análisis de factores, se recomienda que el lector consulte a Bryant & Yarnold, *ob. cit.*

Con respecto a la respuesta a los ítems, la técnica de la teoría de respuesta al ítem (TRI, por sus siglas en inglés) se ha aplicado recientemente para explorar la equivalencia psicométrica entre las traducciones de las pruebas. La TRI, a diferencia de la teoría clásica de las pruebas, permite distinguir las características del examinado de las características de la prueba. Por ende, la TRI explora el desempeño del examinado en el ítem de una prueba sobre la base de factores llamados rasgos, rasgos latentes o habilidades. La teoría clásica de las pruebas, a diferencia de la TRI, se orienta a la prueba, lo cual indica un enfoque sobre el análisis de la prueba como un todo, como su fiabilidad test-retest y el coeficiente alfa (Henard, 2000).

Si se desea obtener equivalencia psicométrica, es necesario desarrollar normas locales, sobre todo si dos culturas (la original del instrumento y la cultura meta) son sustancialmente distintas en sus patrones de respuesta a los ítems (véase Cusick & Fafrak, 1992; Ricks, 1971). Por ejemplo, G. E. Lucio *et al.* (2001), reportaron algunas diferencias en varias escalas de validez y clínicas del MMPI-2 para hombres y mujeres mexicanos (aunque la mayoría eran pequeñas y estaban dentro de los estándares de errores de medición) que son atribuibles a las diferencias culturales. Los autores concluyeron que se preferiría el uso de normas locales en México para la población de ese país, ya que estas normas responden a las diferencias culturales.

Por último, es necesario determinar la **equivalencia psicológica** de una prueba. Esto se refiere a si el significado o importancia cultural de los ítems de una prueba son similares en los diferentes grupos culturales (Butcher, 1996a). Esto se manifiesta en las diferencias de significado para cierta comunicación interpersonal o no verbal, como el contacto visual. Por ejemplo, el contacto visual directo en la cultura europea y estadounidense suele asociarse con la confianza en uno mismo y con la seguridad, pero en otras culturas, como en los grupos de nativos norteamericanos, se asocia con irreverencia hacia los mayores y figuras de autoridad. Por ello, el contacto visual indirecto que es normativo y apropiado en algunas culturas puede ser malinterpretado como un signo de depresión, inseguridad u otras angustias emocionales en un contexto europeo y estadounidense (Sue & Sue, 1999).

Uso apropiado de las pruebas

Los psicólogos que desean usar los instrumentos de forma culturalmente competente deben tener en mente una serie de cuestiones y precauciones al momento de usar un instrumento de evaluación de la personalidad con pacientes con cultura y lengua distintas. Estas cuestiones atañen a los sesgos (con una presencia potencial tanto en la prueba como en el asesor), la necesidad de ejercitar el pensamiento crítico en el proceso general de evaluación, y la de considerar las características clave de la construcción de la prueba que pudieran afectar su aplicabilidad entre culturas.

Además, se alienta a los psicólogos que llevan a cabo evaluaciones psicológicas a que sigan las normas éticas de la *American Psychological Association* (APA), la cual exhorta a los psicólogos a que tomen en cuenta los factores culturales apropiados para realizar una evaluación. El código de ética de la APA (APA, 2002) declara que

Quando se interpretan los resultados de una prueba, incluidas las interpretaciones automatizadas, los psicólogos toman en cuenta el propósito de la evaluación, así como los distintos factores de la prueba, las habilidades para contestarla y otras características de la persona que se está evaluando, como las diferencias situacionales, personales, lin-

güísticas y culturales, que pudieran afectar los juicios de los psicólogos o reducir la precisión de sus interpretaciones. Indican cualquier limitación significativa de sus interpretaciones (p. 1072).

Más allá de estas cuestiones generales, los profesionales de la salud podrían beneficiarse de las normas que pudieran seguir “por conveniencia” o al momento de usar el instrumento. En el caso del uso culturalmente competente del MMPI-2 con los hispanos, Velasquez, Chavira *et al.* (ob. cit.), recomendaron que los usuarios de las pruebas consideraran no sólo el tema de la idoneidad de la prueba para ciertos pacientes sino también el idioma de la preferencia de las personas para expresar temas emocionales, *rapport*, así como la idoneidad del formato de la prueba. Además, Velasquez *et al.*, recomendaron a) que se sigan los procedimientos de administración estándar, b) que los informes interpretativos computarizados se usen con cuidado, c) que se usen otras escalas además de las escalas de validez y clínicas, y d) que se considere el impacto potencial de las presiones causantes de aculturación. En particular, los autores advirtieron a los usuarios de las pruebas sobre el uso de traducciones de la prueba no oficiales, el uso de versiones resumidas o permitir que los pacientes contesten la prueba en casa. Todo esto puede afectar de manera potencial los resultados de la prueba al grado de proporcionar perfiles imprecisos e incluso exagerados. En relación con el uso de otras escalas, además de las escalas de validez y clínicas, Velasquez *et al.*, exhortan a los usuarios a que examinen los resultados de las escalas de contenido y suplementarias, ya que pueden proporcionar información importante que sea relevante para el funcionamiento de las minorías étnicas en caso de que las investigaciones apoyen su uso. Se recomienda que el lector consulte a Garrido & Velasquez (2006) para una discusión adicional y una revisión de los estudios de caso que incluyen escalas de contenido y suplementarias, así como para una discusión de la interpretación del MMPI-2 con pacientes hispanos. Por último, aunque el impacto preciso de la aculturación sobre los resultados del MMPI-2 no queda claro, Velasquez *et al.*, sugirieron que los usuarios del MMPI-2 determinen si y hasta qué punto sus pacientes experimentan estrés como resultado de sus procesos de aculturación. Es más fácil obtener esta información de forma cualitativa (por medio de una entrevista) en este momento y puede ayudar a iluminar la interpretación de los resultados obtenidos del MMPI-2 entre los inmigrantes hispanos (Garrido & Velasquez, ob. cit.).

SESGOS EN LA EVALUACIÓN

Los retos para entender las relaciones entre cultura, conducta y psicopatología también afectan todos los aspectos de la evaluación de la personalidad. Éstos incluyen el diseño y la adaptación de los instrumentos de evaluación que pueden aplicarse

de manera apropiada a las personas de orígenes culturales y lingüísticos distintos, la selección y la administración de esos instrumentos y la interpretación de los resultados. De un modo muy similar a los conceptos dominantes de salud mental y angustia en los campos de la psicología y la psiquiatría, las metodologías predominantes de evaluación fueron desarrolladas en un contexto occidental-europeo (Dana, 1997). Por lo tanto, muchas medidas, en especial aquellas que implican la estandarización, que se emplean para evaluar a las personas con orígenes culturales diversos se han desarrollado en poblaciones que son (casi) exclusivamente occidentales-europeas. Esto requiere que los usuarios de estos instrumentos de medición estén alerta ante la posibilidad de sesgos eurocéntricos que puedan ocasionar evaluaciones de pacientes de otras culturas imprecisas o que no alcancen el objetivo deseado.

Hays (ob. cit.) destacó algunos de los sesgos que pueden afectar los instrumentos estandarizados. Un problema que Hays notó fue la falta de normas específicas de la cultura, que en el caso del MMPI original causó algunas diferencias significativas en los puntajes de las escalas entre los caucásicos euroamericanos y las poblaciones no caucásicas o no angloparlantes (p. ej., afroamericanos o hispanos). Como lo indicó Hays, un remedio para esta falta de normas específicas de la cultura es la restandarización de un instrumento que incluya muestras representativas de diversas poblaciones. El MMPI original se sometió a dicho proceso de restandarización y mejoró la relevancia cultural en el MMPI-2 al usar una muestra de estandarización de muestras diversas (Greene, 1991) que no exponía diferencias sustanciales basadas en la etnicidad en los grupos normativos (Butcher, Graham *et al.*, 2001).

Otra fuente potencial de sesgos es el hecho mismo de que tales pruebas no se originan en la cultura meta y, por lo tanto, no pueden reflejar los sistemas de valor o cosmovisiones (Lindsey, 1998) de la población meta. Este punto evoca la distinción entre las aproximaciones éticas y émicas hacia la comprensión cultural. En resumen, esta es la distinción entre las aproximaciones basadas en suposiciones universales acerca de la experiencia humana que trascienden a las razas y a las culturas (*éticas*) y aquéllas basadas en las suposiciones autóctonas y específicas a la cultura de la experiencia (*émicas*; Triandis, 1994). Al igual que con el primer sesgo, el desarrollo de las pruebas desde una perspectiva puramente émica, cuyo contenido posee una alta especificidad cultural, requeriría recursos sustanciales y un compromiso de investigación que no suelen estar disponibles en muchas culturas. Además, un instrumento tan específicamente diseñado no se adaptaría bien entre culturas diferentes.

Una tercera fuente de sesgos potenciales es la falta de mecanismos o procedimientos estandarizados que permitan el ajuste de los resultados de las pruebas con el fin de responder por el nivel de aculturación de quien tome la prueba (véase recuadro 1-1). Por ejemplo, Cuellar (2000) propuso utilizar un Índice de Corrección para la Cultura, derivado de la correlación de una medición de aculturación con

RECUADRO 1-1**Un caso para una evaluación culturalmente pertinente**

La señora López, una mujer de 34 años y madre de dos niños preadolescentes, fue enviada a una evaluación de competencia maternal por una oficina de protección infantil estatal. Ella, una inmigrante monolingüe hispanohablante, tenía un empleo en el segundo turno de una fábrica y había vivido en EUA durante aproximadamente tres años antes de ser enviada a un especialista. Esta mujer y sus hijos habían llegado para reunirse con su esposo, quien ya se había establecido en EUA en busca de un mejor futuro económico para la familia. La implicación de la señora López con la oficina de protección infantil estaba relacionada con su presunta incapacidad de establecer límites conductuales apropiados para sus hijos y darles una supervisión adecuada después de que su esposo abandonó a la familia poco después de que ella se había reunido con él en EUA. Su marido había participado presuntamente en actividades ilícitas como un medio para sostener a la familia, lo que causó graves conflictos entre él y la señora López y ocasionó su divorcio. Su hijo y luego su hija habían empezado a ausentarse de la escuela y del hogar, para relacionarse con lo que la señora López consideraba “malas compañías”, y a pernoctar en las casas de amigos desconocidos. Los niños se encontraban en hogares adoptivos al momento de la canalización. La señora López seguía lamentando la muerte de su hijo mayor, que había sido asesinado en su país de origen muchos años antes.

La señora López fue enviada con una terapeuta latina que hablaba español para su evaluación. La habilidad de la terapeuta para comunicarse en ese idioma al principio pareció ayudar a que la paciente se sintiera cómoda. Sin embargo, pronto resultó obvio que la señora López estaba extremadamente angustiada por el proceso de evaluación y sus propósitos, lo cual cuestionaba una y otra vez. Ella habló a detalle de las varias dificultades y dolores de cabeza que hasta entonces había soportado en su vida, en especial en su papel de madre. Enfatizó su angustia por descubrir las actividades ilícitas de su esposo y por el mal ejemplo que les daba a sus dos hijos menores, a la vez que exaltaba el valor de “ganarse la vida limpiamente, incluso si sigues siendo pobre, porque Dios te cuidará después de todo si vives con honestidad”. Otra causa principal de la angustia de la señora López tenía que ver con no haber logrado controlar los problemas conductuales de sus hijos de acuerdo con los valores culturales a los que ella se apegaba. Una y otra vez se lamentó por tener un dominio limitado del idioma inglés y tampoco fuentes confiables de apoyo que pudieran haberla ayudado con sus hijos en ausencia de su padre (es decir, una familia extendida cerca que pudiera “haberles dado un buen ejemplo”). Por tener un ingreso muy limitado, sentía que no tenía poder social, que no le creerían sus preocupaciones por sus hijos y que incluso se la penalizaría por usar castigos corporales o del tipo de disciplina generalmente aceptado en su país de origen. En resumen, se consideraba indefensa para enfrentar la situación de su familia en una sociedad cuyos valores de crianza consideraba ajenos. Esta mujer también tenía graves preocupaciones en torno a su hija, debido a su relación con un hombre algo mayor cuya familia permitía que la joven pasara la noche en su casa. La señora López apenas conocía a esta familia, también de origen hispano, por lo que a menudo descreditaba el aparente apoyo que ellos daban a esa relación, así como su desdén hacia las preocupaciones de la mujer. En su frustración, la señora López una vez exigió que su hija se sometiera a un examen de virginidad. Esto precipitó un incidente en el que la hija presuntamente atacó a la madre, lo que aumentó las preocupaciones de la oficina de protección infantil.

La señora López se aproximó al proceso general de evaluación con un alto nivel de ansiedad y con frecuencia expresó sus preocupaciones por que “todos” (incluso la terapeuta evaluadora) estaban conspirando para hacerle daño y separarla de sus hijos permanentemente y no se respetaban los valores culturales en los que creía, y a los que veía amenazados. Por ello, la administración de cualquier instrumento, incluso la versión en español del MMPI-2, requería una explicación extensa y generar tranquilidad. Aun así, durante la administración, la

RECUADRO 1-1 (continúa)

señora López en ocasiones expresaba su objeción hacia el contenido de los ítems que consideraba ofensivos y los señalaba como evidencia de que debía tener mucho cuidado para no responderlos de forma “equivocada”. En ocasiones amenazó con abandonar la prueba.

El perfil del MMPI-2 de la señora López reveló un nivel elevado de actitud defensiva (*L* [Mentira] = 86), una apreciación alta-normal de psicopatología (*F* [Infrecuencia] = 61) y cierto grado de aleatoriedad (*VRIN* [Inconsistencia de Respuestas Variables] = 70). La mayoría de las escalas clínicas parecían elevadas, en especial las Escalas 1 (Hipocondriasis), 3 (Histeria) y 8 (Esquizofrenia). Las escalas de contenido *FRS* (Miedos), *HEA* (Preocupación por la salud) y *BIZ* (Conducta extravagante) también fueron elevadas. Su puntaje de lectura en español fue proporcional a su nivel de educación.

En vista de las preocupaciones manifiestas en esta evaluación y de los conflictos de valores expresados, los terapeutas (¡incluso los terapeutas hispanos que hablaban español!) que deben evaluar a pacientes como la señora López deben aproximarse a su labor con un agudo sentido de los factores lingüísticos y de aculturación que puedan representar un reto para la evaluación. Aunque sería posible interpretar algunos resultados provenientes del perfil de esta paciente como indicaciones de una psicopatología significativa, una interpretación más culturalmente informada de la suspicacia, alienación, preocupación dominante por la salud y la emocionalidad explícita de la señora López consideraría el grave conflicto entre los valores que ella quería mantener al educar a sus hijos y las muchas presiones culturales que ella y sus hijos enfrentaban en su nueva sociedad. El rompimiento de su matrimonio y el trauma y la pena en curso por la muerte de su hijo mayor, junto con el celo por alejar a sus hijos menores de la suerte del hijo mayor, se agregaban como factores individuales a los problemas más generales relacionados con el bajo nivel de aculturación de la señora López o, tal vez, su rechazo de diversos valores culturales aceptados en su sociedad de acogida. Sobre todo, este caso destaca la necesidad de lo siguiente:

1. Aprender acerca de la importancia actual de los valores socioculturales del paciente con respecto a sus relaciones familiares, expectativas conductuales para los hijos y los roles parentales que son aceptados en el país de origen.
2. Aprender sobre la experiencia propia del paciente con respecto a haber sido educado de acuerdo con los valores aceptados en el país de origen (p. ej., expectativas conductuales y de roles de género).
3. Reconocer que el paciente articula sus experiencias de los conflictos de valores culturales: a saber, la experiencia del paciente con respecto a las presiones de aculturación para cambiar o modificar las expectativas conductuales o de género culturalmente aceptadas dentro de la familia.
4. Considerar las circunstancias de migración, las expectativas de adaptación o el éxito en la nueva sociedad, así como los desafíos de estas expectativas (las cuales podrían originarse dentro o fuera de la familia).
5. Considerar la experiencia socioeconómica del paciente así como sus experiencias de discriminación y estatus de poder sociopolítico en relación con la sociedad de acogida.
6. Considerar las etapas del ciclo de vida (p. ej., transición a la adolescencia, iniciación en la sexualidad), los valores del paciente en estas etapas y las presiones de aculturación sobre estos valores.
7. Considerar la existencia de traumas y pérdidas colectivas y/o individuales del pasado, y cómo éstos se enfrentan (por medio de prácticas religiosas o espirituales, apoyo social y otros rituales).
8. Considerar la disponibilidad de los recursos de apoyo que el paciente pueda considerar fidedignos y congruentes (p. ej., familia extendida).

una variable de criterio (es decir, la aplicación del instrumento). El empleo de este índice podría brindar una interpretación más precisa de los resultados de la prueba gracias al conocimiento del nivel de aculturación de quien toma dicha prueba. Sin embargo, las investigaciones que usan dicha estrategia no se han explorado con instrumentos de medición psicológica estandarizados como el MMPI-2. Además, aún existe una relativa falta de consenso en relación con la conceptualización y a la medición de la aculturación. Como lo indicaron J. W. Berry (1997) y Phinney (1996), la aculturación es un proceso complejo y no lineal en el que los individuos pueden conservar aspectos de su cultura de origen relativamente intactos a la vez que asimilan cada vez más y aprenden la cultura de acogida. Zane & Mak (2003) revisaron múltiples instrumentos de medición existentes de la aculturación y concluyeron que la complejidad de los cambios asociados con la aculturación prácticamente descarta su evaluación exhaustiva para el individuo. Sin embargo, observaron que las investigaciones sobre aculturación han ayudado a identificar terrenos psicosociales específicos que han cambiado en los individuos como resultado de la modificación cultural. Por lo tanto, Betancourt & López (1993) propusieron que la evaluación de la aculturación se enfoca en capturar elementos psicológicos específicos de un terreno particular, tales como los valores culturales (p. 54). A través de examinar los terrenos que han experimentado (o no) el cambio dentro de un individuo, la evaluación de la aculturación se vuelve más ideográfica y relevante para la experiencia del individuo.

Desde esta perspectiva, no hay “ajustes” psicométricos disponibles que pudieran compensar la falta de aculturación para las pruebas como el MMPI-2. Los usos más efectivos de las evaluaciones de aculturación son a) determinar si el instrumento de medición basado en criterios estadounidenses podría proporcionar información relevante y fiable sobre el paciente dada su habilidad para comprender el idioma del instrumento y la familiaridad con las conductas que se evalúan, y b) decidir el idioma de la versión y qué conjunto normativo debe usarse en la evaluación (véase recuadro 1-1).

Una cuarta causa de sesgos mencionada por Hays (ob. cit.) es la tendencia a llevar a cabo la evaluación en una forma casi exclusivamente cuantitativa, a menudo a expensas de la observación directa, la entrevista y otras fuentes de información fuera de la evaluación estandarizada. (Téngase en mente que las entrevistas y las observaciones conductuales por lo general son poco fiables y cuando se realizan con pacientes de diferentes culturas pueden ser altamente vulnerables a mal informar). A pesar de que esto ha afectado la evaluación intelectual de los niños pertenecientes a minorías étnicas, lo cual ha ocasionado que muchos de ellos sean ubicados en clases de educación especial (Suzuki & Valencia, 1997), también es un tema importante en el área de la evaluación de la personalidad adulta, en especial cuando sólo fuentes limitadas de información o una evaluación no contextual pueden llevar a diagnósticos inexactos.

Cómo enfrentar los sesgos: Precauciones relacionadas con la selección y el uso de las pruebas

Además de las fuentes potenciales de sesgos ya mencionadas, los usuarios de las pruebas deben estar conscientes de otros temas prácticos cuando consideren aplicar pruebas estandarizadas a poblaciones con diversidad étnica y lingüística. Como lo observó Geisinger (1998), los siguientes puntos son medulares:

- Los usuarios de las pruebas deben tener en cuenta el idioma dominante, el estatus socioeconómico, la etnicidad y el género de sus pacientes, en especial si se usa una prueba que fue desarrollada con un grupo cultural diferente de aquél al que pertenece quien contesta la prueba.
- Los usuarios de las pruebas deben estar conscientes de la relevancia de los resultados obtenidos de las versiones adaptadas de una prueba. Asegurar esto puede requerir que los usuarios de la prueba consideren varias cuestiones psicométricas, como la construcción de la prueba, la calificación, la fiabilidad, la validez, el impacto y la equidad. Entre estas cuestiones, la validez tiene una importancia central para la relevancia de los resultados, ya que comprende las dimensiones de contenido, criterio y constructos de la validez de la prueba.
- Así como se aplica al uso de pruebas con poblaciones no angloparlantes, los usuarios de la prueba necesitan estar conscientes de que el desempeño de los no angloparlantes puede estar relacionado con sus habilidades en el idioma inglés, además de (o incluso en lugar de) su conocimiento del contenido de la prueba.
- En cuanto a la validez del criterio, los usuarios de la prueba necesitan estar conscientes del potencial para la predicción diferencial. Esto puede ocurrir cuando la relación entre el nuevo predictor (puntaje de la prueba) y el criterio es significativamente distinta entre los grupos. Esto puede indicar que una prueba no es válida para cierto grupo y que puede necesitarse un instrumento distinto para ese grupo.
- Cuando se use una versión traducida o adaptada de un instrumento, los usuarios de la prueba deben determinar si esa versión se correlaciona con las variables con las que debe hacerlo en teoría (y si, por lo tanto, indica una validez convergente) y si no se correlaciona con las variables con las que no debería (y si indica la presencia de una validez divergente).
- Los usuarios de la prueba deben interesarse en el impacto y la equidad de los instrumentos que aplican a grupos diversos. La equidad de una prueba se relaciona con el tema de la predicción diferencial ya mencionada. Los usuarios de la prueba deben estar conscientes de cualquier diferencia entre los grupos en cuanto a las relaciones entre los predictores y los criterios con-

ductuales de desempeño y otros que sean de interés. Tales diferencias indican que la prueba puede no ser equitativa entre distintos grupos.

Cómo enfrentar los sesgos: hacia una interpretación culturalmente competente de los resultados de las pruebas

Los usuarios de las pruebas también necesitan examinar de manera crítica su aproximación al proceso general de evaluación. Handler & Meyer (1998) describieron la evaluación psicológica como un proceso complejo, dinámico, integrativo e interpersonal que es el sello de la psicología profesional. La complejidad de este proceso es lo que distingue a la *evaluación* (como lo que conduce a la interpretación de los resultados de la prueba y a la formulación incluyente de la conducta humana) de las *pruebas* (la aplicación de los instrumentos). El poder de la evaluación para describir y formular la conducta humana reside en la habilidad del terapeuta para examinar de manera crítica la idoneidad de la forma en que las pruebas se han aplicado, el impacto de cualquier modificación o adaptación sobre la validez de los hallazgos, si se ha recopilado suficiente información para validar de manera cruzada los descubrimientos, y si las conclusiones están influenciadas por los errores en el juicio (p. ej., sesgos confirmatorios, uso de ejemplos prototípicos, demasiada o escasa confianza, o sesgo de “a posteriori”; Handler & Meyer, ob. cit.). La consideración de estos puntos es lo más esencial para la interpretación de resultados de pruebas de los individuos que representan orígenes étnicos y lingüísticos diversos.

Por consiguiente, se exhorta a los usuarios de las pruebas que evalúan a poblaciones de orígenes étnicos y lingüísticos diferentes a que se formulen las siguientes preguntas fundamentales, las cuales incorporan elementos de pensamiento crítico de acuerdo con las recomendaciones de Sandoval & Duran (1998), con el fin de guiar sus interpretaciones de la evaluación de pacientes con orígenes étnicos y lingüísticos distintos:

1. ¿Qué obstáculos y/o factores facilitadores se encuentran en el asesor? Esto requiere considerar el nivel de habilidad del asesor en el campo de la evaluación, su disposición para recurrir a otro profesional si es necesario, la habilidad del asesor para comunicarse con el paciente y los conocimientos del asesor de recursos alternativos (traductores, intérpretes, asesoría de dominio del idioma, versiones en la lengua materna de los instrumentos de la prueba), la familiaridad del asesor con la cultura del paciente y las reglas para construir *rapport*, la interpretación apropiada de la conducta no verbal, la habilidad para comprender el acento del paciente y la disponibilidad de expertos a quienes el asesor podría consultar.
2. ¿Cuáles son los sesgos o las preconcepciones del asesor acerca de los orígenes culturales y lingüísticos del paciente, y cómo podrían impactar la

interpretación de los resultados? Hays (ob.cit.) describió un modelo de autoevaluación que podría ser útil para los asesores en este punto.

3. ¿El asesor ha asegurado que la prueba empleada en realidad evalúa el constructo en cuestión y no evalúa el dominio del idioma inglés? Los asesores necesitan considerar con sumo cuidado el dominio del paciente tanto de su lengua materna como de su segunda lengua (por lo general, inglés) para determinar el impacto del idioma en los resultados de la prueba. En lo que atañe a las pruebas de personalidad y al MMPI-2 en particular, una discusión detallada de este tema se encuentra en Garrido & Velasquez, ob. cit.
4. ¿El asesor ha considerado el nivel de aculturación y la familiaridad del paciente con las habilidades para resolver la prueba y los materiales que se utilizan en las pruebas disponibles (p. ej., autoinformes, pruebas de lápiz y papel)? Los asesores necesitan evaluar y entrenar a sus pacientes para que usen estos materiales con el fin de evitar que los resultados se vean afectados por variables que no sean las que se evalúan. Asimismo, los asesores deben considerar otras variables relacionadas con la cultura que puedan afectar los resultados, como la velocidad de la respuesta, el esfuerzo cognitivo involucrado en el procesamiento de dos idiomas y el nivel de *rapport* entre el paciente y el asesor.
5. ¿El asesor ha recopilado suficiente información y la ha evaluado (p. ej., observaciones directas, entrevistas, informes colaterales) para validar de manera cruzada los hallazgos, en especial ante la inconstancia del desempeño en la prueba?
6. ¿El asesor ha presentado sus resultados en un lenguaje claro, anotando cualquier modificación hecha a los procedimientos de la prueba y cualquier limitación o enmascaramiento con respecto a las conclusiones?

EVALUACIÓN DE HISPANOS EN EUA

A continuación se ofrece un panorama general de la demografía reciente de los hispanos que viven en EUA para dar una perspectiva necesaria sobre el contexto de evaluación.

Panorama demográfico

Los datos más recientes del *U.S. Census Bureau* (2004) indican que en la actualidad las personas de origen hispano son el grupo de minoría étnica más grande en EUA y se proyecta que presente un crecimiento sustancial hacia el año 2005. Esta diversificación en la composición etnocultural de la población general se debe a los incrementos en la migración, lo cual, a su vez, puede ser el resultado de varias

presiones que afectan a estos individuos en sus países de origen. Para las personas de origen hispano, así como para otras, estas presiones pueden incluir la necesidad de una mejor condición económica, un deseo (o necesidad) de dejar situaciones de opresión sociopolítica y la búsqueda de mayores oportunidades educativas (Santiago-Rivera *et al.*, 2002).

La población hispana en EUA creció de 35 millones en el año 2000 a más de 40 millones en el año 2004, lo cual representa 14.2% de la población de ese país. El mismo informe indica que hoy en día los afroamericanos representan 12.2% de la población; los asiáticos, 4.2%; los nativos norteamericanos, 0.8% y los nativos de Hawai y las Islas del Pacífico 0.1%.

Entre los hispanos, los grupos más grandes siguen siendo los de origen mexicano (64%), puertorriqueño (10%) y cubano (3.5%), con otros grupos hispanos que suman el 22% restante. La información sobre el uso del idioma indica que en el 2000, 51% de los hispanos se describieron a sí mismos como capaces de hablar inglés “muy bien”, 20.7% como “bien”, 18.3% como “no bien”, y 10% como “para nada”. En 2004, más de 30 millones de hispanos reportaron que hablaban inglés menos que “muy bien” (*U.S. Census Bureau*, *ob. cit.*).

Aparte de las consideraciones lingüísticas y la diversidad de razones y circunstancias en torno a la migración, los datos más recientes del *U.S. Census Bureau*, el *Current Population Survey* (Sondeo de la población actual), de marzo de 2002 (*U.S. Census Bureau*, *ob. cit.*), brindan información acerca de las características relevantes de la población hispana en EUA. En especial, los hispanos tienden a concentrarse geográficamente en el oeste y el sur de EUA (casi 78% de los hispanos viven en esas regiones) y tienden a vivir en las ciudades centrales de las áreas metropolitanas, en comparación con los blancos no hispanos (casi 46%). De acuerdo con la demografía anterior, los hispanos tienden más que los blancos a ser menores de 18 años (34.4% de los hispanos eran menores de 18 años en comparación con el 22.8% de blancos no hispanos). Hasta dos de cada cinco hispanos nacieron en el extranjero y suelen vivir en los hogares más grandes que los de los blancos no hispanos.

El nivel educativo también se observó en el mismo informe. En cuanto a 2002, más de dos de cada cinco hispanos de 25 años o más no habían terminado la educación media superior. Esto significa que entre los hispanos, aproximadamente 57% tenía certificados de educación media superior en comparación al 88.7% de blancos no hispanos. Además, más de 25% de los hispanos tenían nivel educativo menor al noveno grado en comparación al 4% de los blancos no hispanos. Aparte de las disparidades en el aprovechamiento académico, se evidenciaron las disparidades laborales. Por ejemplo: de entre las personas con edades de 16 años o más en la fuerza laboral, 8.1% de hispanos estaban desempleados en comparación con 5.1% de blancos. Entre los empleados, los hispanos tenían más probabilidades que los blancos no hispanos de emplearse en puestos de servicio y el doble de probabilidades de emplearse como operadores de maquinaria y obreros. Sólo 14.2% de

trabajadores hispanos ocupaban puestos profesionales y gerenciales en comparación con 35% de blancos no hispanos. Un indicador económico final, pero no menos importante, tiene que ver con los niveles de pobreza. En 2002, 21.7% de los hispanos vivían en pobreza en comparación al 7.8% de los blancos no hispanos. Al momento del informe, los hispanos representaban 13.3% de la población total, aunque representaban 24.3% de la población que vive en la pobreza.

Evaluación de los hispanos en EUA con el MMPI-2: integración de su contexto

Estos datos sirven para subrayar el papel esencial del contexto en la evaluación de poblaciones con cultura y lengua diversas y, en este caso, de la población hispana que se evalúa con el MMPI-2. Como lo indicaron Hilliard (1996) y Lonner & Ibrahim (1996), se pide que los psicólogos evaluadores consideren el contexto de su paciente como una prioridad dentro del proceso global de tratamiento y/o evaluación. Sobre todo, estos autores recomiendan el uso de aproximaciones constructivistas a la evaluación de sus pacientes, tal como el análisis de contenido de las respuestas de éstos, la examinación cualitativa de las interacciones de los pacientes y el uso de técnicas de evaluación que puedan permitir que los terapeutas determinen la manera en que sus pacientes con una cultura distinta construyen la realidad. Por ejemplo: las respuestas de los pacientes hacia las técnicas proyectivas pueden servir para identificar cómo sus antecedentes culturales y otras experiencias significativas pueden haber constituido su visión de la realidad. No obstante, los autores recomendaron tener mucho cuidado en vista de las dificultades al interpretar las técnicas proyectivas entre culturas.

Nieves-Grafals (1995) describe otro ejemplo de evaluación contextual al considerar cómo los ítems específicos de una prueba estandarizada, como la Escala de Wechsler de Inteligencia para Adultos, han sido contestados por los inmigrantes e interpretaron las respuestas de acuerdo con su contexto cultural. Tal vez uno de los modelos más incluyentes para la evaluación contextual, que toma en cuenta muchas de las variables demográficas antes mencionadas que caracterizan a los hispanos, es la evaluación etnocultural que Comas-Díaz & Jacobsen (1987) describieron y que Comas-Díaz & Grenier (ob. cit.) explican a detalle.

Resulta imperativo que los psicólogos evaluadores presten mucha atención al dominio del idioma de sus pacientes hispanos e incorporen métodos para evaluar el dominio del idioma antes de usar cualquier instrumento en inglés con estos pacientes. Esto es de especial importancia en el caso de los pacientes cuyas competencias en el idioma inglés son relativamente recientes o que pueden tener competencias orales en dicha lengua pero no desarrolladas de la misma forma en la lectura, la comprensión de lectura o en la escritura. Como lo describió Cummings (1984), esto requiere entender las diferencias entre el dominio de un individuo en la comunica-

ción (oral) interpersonal básica y el dominio en las tareas lingüísticas asociadas con la lectura, la comprensión de lectura, la escritura y el uso conceptual del idioma. Los usuarios de las pruebas pueden considerar el uso de formas paralelas en inglés y español de instrumentos de evaluación lingüística como el *Woodcock-Munoz Language Survey-Revised* (Cuestionario del Lenguaje Woodcock-Muñoz) (Woodcock *et al.*, 2005) con sus pacientes hispanos antes de usar cierta prueba. Esto es especialmente importante cuando cualquier tipo de prueba (p. ej., cognitiva, de aprovechamiento, o de personalidad) se lleva a cabo en lo que Sandoval & Duran (ob. cit.) describieron como pruebas “de apuesta”, en las cuales los resultados de una prueba podrían determinar o predecir el desempeño laboral del examinado, el nivel académico de un alumno o el resultado de una evaluación forense. De acuerdo con los datos del Departamento de Censos con relación a los niveles de dominio del idioma de los hispanos en EUA, es probable que más de 70% de la población pudiera leer y comprender el idioma inglés lo suficientemente bien como para tomar el MMPI-2 en esa lengua en un cuadernillo o en una audiocinta, con el fin de proporcionar una evaluación válida.

Con respecto al MMPI-2, se exhorta a los usuarios de la prueba a que apliquen los principios de evaluación contextual a la interpretación de los perfiles resultantes. Por ejemplo: Garrido & Velasquez (ob. cit.) enumeraron las posibilidades interpretativas para las escalas de validez y clínicas del MMPI-2 de los pacientes hispanos que complementan la interpretación tradicional de las escalas y que pueden resultar esenciales para formular interpretaciones de perfiles culturalmente competentes y recomendaciones terapéuticas. Se recomienda que el lector consulte a Garrido & Velasquez para una lista de escala por escala de consideraciones interpretativas que pueden afectar los perfiles hispanos del MMPI-2. (En el apéndice A se presenta una lista de adaptaciones del MMPI-2 y el MMPI-A al español.)

Sin embargo, a pesar de que es necesario hacer estas consideraciones contextuales culturales, las amplias investigaciones con el MMPI-2 y el MMPI-A (resumidas en el apéndice B) demuestran tanto la validez de la prueba como su adaptabilidad con los hispanos. (Para una lista actual de referencias generales de investigación del MMPI-2 y del MMPI-A véase el siguiente sitio web: <http://www.umn.edu/mmpi>.) Además, Hall *et al.* (1999), realizaron un metaanálisis de muchos de los estudios disponibles entre blancos no hispanos, afroamericanos e hispanos que abarcan 31 años de investigaciones. En su revisión de 31 años de investigaciones comparativas del MMPI-2 y del MMPI-A, Hall *et al.* (ob. cit.), concluyeron que, en conjunto, las diferencias del MMPI-2 y del MMPI-A entre los blancos no hispanos, los afroamericanos e hispanos son mínimas entre los blancos no hispanos y los hispanos (sólo en las escalas *L* [Mentira] y *Mf* [Masculinidad-Feminidad]). En resumen, los hallazgos de Hall y sus colegas indican que como una aproximación general a la evaluación de la personalidad, el MMPI-2 proporciona información comparable tanto para los examinados hispanos como para los blancos no hispanos.

Además, aunque es verdad que en el MMPI original algunos resultados con individuos de otras culturas e hispanos en particular se debieron a la falta de diversidad en las normas originales, es posible encontrar las estructuras de los factores de las dimensiones de los ítems del MMPI-2 entre culturas diferentes (véase Butcher & Pancheri, 1976). Los estudios de la estructura de factores del MMPI-2 (p. ej., Butcher & Han, 1996) también indican similitudes de factores entre culturas. Debido a estos descubrimientos y al desarrollo de nuevas normas y adaptaciones internacionales del MMPI-2 los usuarios de las pruebas necesitan emplear y tener información del MMPI-2 en contextos internacionales y multiculturales. Por ejemplo: los psicólogos que evalúan a un paciente hispanohablante en EUA que no está aculturado al modo de vida estadounidense pueden usar la versión mexicana de la prueba, incluidas las normas mexicanas, y así obtener resultados muy útiles, como se discute en el capítulo dos de este libro.

Los usuarios de las pruebas también pueden interesarse en informes interpretativos generados por computadora, los cuales pueden facilitar la tarea de evaluación general. Se advierte a los lectores que tengan cuidado con el uso indiscriminado de las conclusiones de estos informes. También es importante considerar la existencia de comparaciones transculturales establecidas de los informes computarizados que sugieren su utilidad transcultural, como lo describen Butcher, Berah *et al.* (1998), y Shores & Carstairs (1998).

Por último, la necesidad de técnicas de evaluación útiles en los contextos clínico y forense que proporcionen información necesaria para tomar decisiones supera las limitaciones actuales en la metodología de evaluación, como lo apuntaron Hays (ob. cit.) y Dana (2005). Aunque no existen instrumentos clínicos de evaluación perfectos (incluidas la entrevista y la evaluación conductual) para brindar información útil y válida en contextos multiculturales de evaluación, esta tarea a menudo necesita proceder con el fin de tomar decisiones importantes de tratamiento o administrativas. Incluso Dana (2005), uno de los proponentes más elocuentes de la necesidad de herramientas de evaluación transculturalmente equivalentes, reconoció que el MMPI-2 puede administrarse a los hispanos y había desarrollado normas para su interpretación. Afirmó que con estas normas “es posible abordar el sesgo de interpretación por medio de dar pasos específicos para aumentar la fiabilidad de la interpretación con poblaciones multiculturales, como los hispanos” (p. 164). Las sugerencias inherentes a las normas incluyen consideraciones de la orientación cultural del asesor y temas de prestación de servicios, así como problemas de aculturación y conjuntos de respuestas con el paciente, que ya se han discutido en este capítulo y que seguirán abordándose en este libro.

Esta obra no fue escrita con fines políticos o para exhibir o explorar los problemas y cuestiones de la aculturación en la sociedad contemporánea; tampoco en forma de tratado teórico para persuadir a los profesionales de la salud mental acerca de los méritos de incluir (o excluir) las pruebas psicológicas de la práctica

contemporánea. El objetivo principal de este libro es brindar el escenario de investigación y las directrices clínicas necesarias para usar el MMPI-2 y el MMPI-A para los terapeutas que necesiten evaluar a pacientes de origen hispano.

RESUMEN

Este capítulo introductorio presenta varios temas importantes que los usuarios de las pruebas que trabajan con poblaciones de culturas y lenguas diversas necesitan tomar en cuenta para lograr evaluaciones equitativas y culturalmente competentes. Estos temas son pertinentes al uso de las pruebas desarrolladas en las tradiciones de evaluación occidentales, europeas y estadounidenses, principalmente en inglés, y con normas originales que tienden a excluir (o a representar erróneamente) a los miembros de grupos étnicos o lingüísticos diferentes. Las pruebas de habilidad cognitiva, aprovechamiento académico, aptitud y personalidad se ven afectadas por estos temas. Sin embargo, este capítulo se enfoca en las pruebas de personalidad, en especial en uso del MMPI-2 con poblaciones hispanas en EUA. La discusión de los distintos sesgos que pueden afectar la evaluación de las minorías étnicas y lingüísticas, las barreras culturales para la aplicación e interpretación culturalmente apropiadas de las pruebas, y los varios desafíos metodológicos inherentes en la construcción y aplicación de instrumentos culturalmente apropiados sirven para subrayar la complejidad que caracteriza el uso adecuado y ético de pruebas entre culturas. En el caso de los hispanos que viven en EUA, hoy en día el grupo de minoría étnica más grande, esta complejidad aumenta todavía más por la diversidad intra-grupal de orígenes, identificaciones sociopolíticas (Comas-Díaz, 2001), circunstancias de migración, aculturación y uso del idioma. La información demográfica más reciente también indica que los hispanos que viven en EUA siguen en desventaja socioeconómica y educativa, lo cual coincide con la información anterior.

Aunque la desventaja socioeconómica afecta a una gran proporción de hispanos en EUA, en comparación con los blancos no hispanos, es fundamental que los usuarios de instrumentos de mediciones estandarizados como el MMPI-2 se enfoquen en el impacto de múltiples aspectos de la experiencia cultural del paciente (incluida la experiencia de la pobreza) y busquen una comprensión contextual de los pacientes. Queda claro que las explicaciones de la conducta con un grupo complejo y heterogéneo como los hispanos no siempre se encuentran en formulaciones estrictamente lineales. Los usuarios de las pruebas que desean trabajar de forma culturalmente competente con hispanos necesitan usar hipótesis interpretativas alternativas que incorporen el conocimiento de la complejidad y la diversidad de este grupo.

En los siguientes capítulos, se consideran los detalles de la aplicación del MMPI-2 y del MMPI-A con pacientes hispanos. El capítulo dos trata de las adaptaciones al

español del MMPI-2 y del MMPI-A. El capítulo tres describe de forma más específica la evaluación de los hispanos que viven en EUA. En el capítulo cuatro, abordamos la importancia de evaluar las actitudes de respuesta de los pacientes para apreciar la validez del perfil, por medio de destacar cómo los pacientes hispanos podrían invalidar un protocolo. El capítulo cinco está dedicado a la revisión de las mediciones del MMPI-2 y cómo la interpretación de algunas escalas podría necesitar algunos ajustes para brindar una imagen más clara de los pacientes hispanos que están marginalmente aculturados. El capítulo seis proporciona una revisión práctica del MMPI-2 con varios casos que ilustran la aplicabilidad de la prueba con esta población. El capítulo siete se enfoca en la descripción del MMPI-A y las diferentes versiones hispanas de la prueba. El capítulo ocho ofrece ilustraciones de casos del MMPI-A con adolescentes hispanos. Por último, el capítulo nueve concluye este libro con una visión general del uso del MMPI-2 y del MMPI-A y con una mirada a direcciones futuras en las que el campo podría dirigirse.

SÍNTESIS

- Los hispanos son el grupo de minoría étnica más grande en EUA, ya que representaban 14.2% de la población total en el año 2004. Tienden a ser jóvenes y a estar en desventaja educativa y socioeconómica con relación a los blancos no hispanos; muchos nacieron en otro país y sus orígenes nacionales y antecedentes sociopolíticos son heterogéneos, y la mayoría tiende a hablar español en sus casas.
- Las relaciones entre cultura, personalidad y psicopatología son muy complejas; sin embargo, las investigaciones sugieren que existen similitudes transculturales de personalidad y que algunos correlatos psicológicos de distintas dimensiones de la personalidad están presentes en grupos culturales diversos.
- Los sesgos que pueden afectar el proceso de evaluación en general incluyen el hecho de que los instrumentos provienen de y reflejan cosmovisiones de grupos culturales mayoritarios.
- Los terapeutas necesitan estar conscientes de que los inmigrantes recientes en EUA a menudo experimentan problemas de adaptación que pueden afectar los resultados de las pruebas psicológicas.
- Los usuarios de pruebas estandarizadas deben estar al tanto de un amplio rango de temas que pueden afectar las conclusiones derivadas de ellas.
- La extensa literatura sobre las aplicaciones transculturales del MMPI-2 y del MMPI-A proporciona un apoyo sustancial para interpretar estos instrumentos con pacientes hispanos.



2

EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE EVALUACIÓN: ADAPTACIONES AL IDIOMA ESPAÑOL DEL MMPI, MMPI-2 Y MMPI-A

El MMPI original fue traducido y usado en muchos países, aunque fue difícil traducir y adaptar culturalmente algunos de los ítems debido a su contenido ligado a la cultura (los ítems sobre religión, por ejemplo). A pesar de este problema, hubo más de 150 traducciones del MMPI original.

Cuando el MMPI se revisó en la década de los 80, el Comité de Restandarización del MMPI (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) intentó desarrollar un instrumento revisado que redujera el contenido cultural y que se prestara con facilidad a la traducción y a la adaptación. Ha habido 33 traducciones del MMPI-2 desde que se publicó en 1989 y 12 del MMPI-A, publicado en 1992.

El proyecto de restandarización del MMPI-2 se encaminó a proporcionar una muestra normativa más actual y más representativa. Se administró el MMPI-2 en inglés a todos los participantes. La gran muestra normativa del MMPI-2 ($N = 2\ 600$) incluyeron participantes afroamericanos, hispanos, nativos norteamericanos y asiáticos en proporciones que coinciden con el censo de 1980. Las muestras hispanas ($n = 35$ hombres, $n = 38$ mujeres) no fueron representativas, dados los grandes aumentos en la población durante los últimos 20 años. Además, la muestra hispana se obtuvo en su mayoría de un área geográfica de EUA (del sur de California).

Los análisis de las diferencias del perfil del MMPI-2 entre hombres y mujeres blancos y sus contrapartes hispanas (usando la muestra normativa) han revelado algunas diferencias debidas a la etnicidad, pues los hispanos obtuvieron puntajes más altos; sin embargo, se ha encontrado que estas diferencias son mínimas (López & Weisman, 2004) y que carecen de importancia estadística o clínica (Hall *et al.*, 1999).

La submuestra hispana en la muestra estandarizada (véase figura 2-1 y figura 2-2) se ubica dentro del error estándar de medición de la población normativa. Las diferencias más grandes se encuentran en las escalas de validez *L* (Mentira) y *F* (Infrecuencia) para las mujeres.

Al apreciar la utilidad del MMPI-2 y del MMPI-A en la evaluación de los pacientes hispanos en EUA, resulta importante obtener una perspectiva más amplia

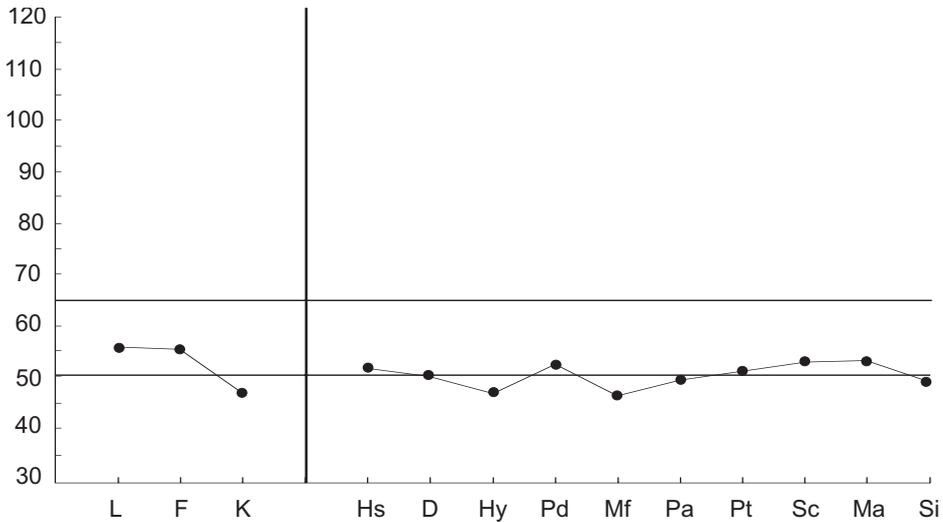


Figura 2-1. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres hispanos normativos ($N = 35$) trazado sobre las normas estadounidenses ($N = 1\ 138$). Las escalas incluyen *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-Feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social).

del alcance de los instrumentos usados en el contexto internacional. El MMPI, MMPI-2 y MMPI-A originales se han adaptado ampliamente a otros idiomas y culturas por varias razones.

En primer lugar, los ítems de la pruebas en el MMPI original, y en un mayor grado el gran banco de ítems en el MMPI-2 y el MMPI-A, responden a problemas de salud mental y características de personalidad entre culturas con una validez demostrada. Muchos problemas psicológicos, la esquizofrenia, por ejemplo, tienen manifestaciones universales y es posible evaluarlos con los mismos ítems independientemente de la cultura (Butcher, 2004, 2005b; Butcher *et al.*, 2006).

En segundo lugar, el MMPI-2 es un instrumento calificado de manera objetiva que es relativamente fácil de procesar. Es posible que los protocolos sean calificados por una máquina, lo cual hace que la investigación acerca del instrumento sea más eficiente. La prueba puede interpretarse por computadora y muchos proyectos internacionales de interpretación de pruebas han mostrado que las interpretaciones derivadas de una computadora pueden generalizarse a otros países (Butcher *et al.*, 1998; Shores & Carstairs, 1998).

En tercer lugar, la extensa base de las investigaciones disponibles sobre los instrumentos del MMPI los hacen ideales para la investigación transcultural, ya que la subjetividad y los sesgos pueden ser sustancialmente menores que con otros métodos psicológicos. Existe una investigación internacional en rápido crecimiento

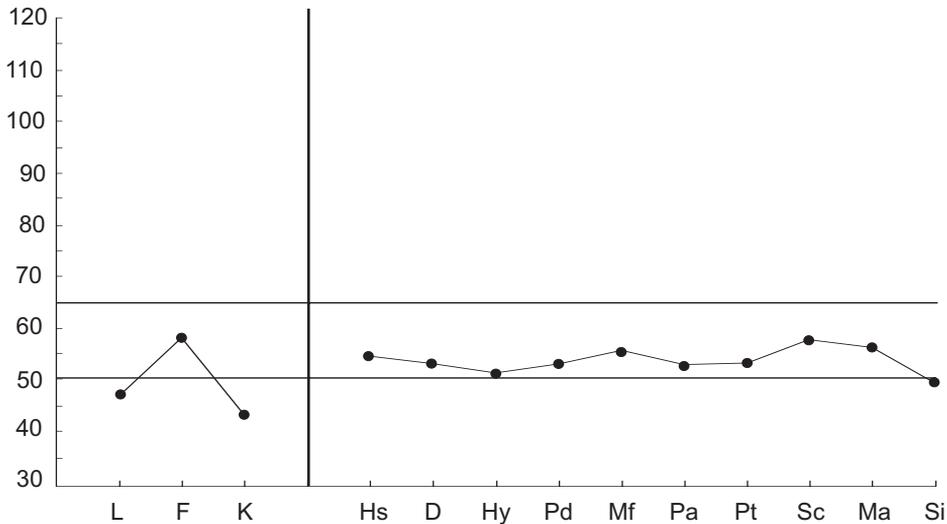


Figura 2-2. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres hispanas normativas ($N = 38$) trazado sobre normas estadounidenses ($N = 1\ 462$). Véase figura 2-1 para las definiciones de la escala.

sobre el MMPI-2 y el MMPI-A que brinda la seguridad de que los instrumentos tienen validez de constructos en otras culturas (Butcher, 1996a; Butcher *et al.*, 2003; Butcher, Derksen *et al.*, 2003; Butcher & Pancheri, 1976; G. M. E. Lucio & Reyes-Lagunes, 1996).

En cuarto lugar, existe una metodología de adaptación de pruebas claramente establecida disponible para guiar a los desarrolladores de pruebas interesados en adaptar los instrumentos a su propia cultura (Butcher, 1996a; Butcher & Pancheri, *ob. cit.*). Por último, el editor de del MMPI-2, la *University of Minnesota Press*, ha apoyado las adaptaciones internacionales de la prueba y está dispuesto a dar una licencia por este instrumento registrado a los psicólogos y editores internacionales que puedan desarrollar una versión equivalente en su país y aseguren una distribución adecuada.

Nos dirigimos ahora a una investigación histórica más detallada del uso del MMPI y del MMPI-2 en muchos países de habla hispana, en algunos de los cuales se comenzó hace 55 años. Esto ayudará a que el lector comprenda la generalización y adaptabilidad de los instrumentos objetivos de evaluación en esos países.

LA EVALUACIÓN CON EL MMPI Y EL MMPI-2 EN CUBA

A pesar de casi medio siglo de deplorables relaciones entre Cuba y EUA y el embargo estadounidense contra aquel país que dio lugar a varias limitaciones en los

intercambios intelectuales, los psicólogos cubanos han logrado persistir en sus esfuerzos por desarrollar la profesión de la psicología mediante un uso continuo de la prueba de personalidad Minnesota en la evaluación clínica y de salud (Quevedo & Butcher, 2005). El desarrollo y uso del MMPI y del MMPI-2 en Cuba es una historia interesante que resulta muy pertinente para este libro, puesto que muchos cubanos han emigrado a EUA.

El MMPI original fue introducido en Cuba hace más de 55 años, en 1949, cuando el psicólogo cubano Alfonso Bernal del Riesgo consultó con una de las personas que desarrollaron el MMPI original, Starke Hathaway, con la intención de llevar la nueva tecnología de evaluación a la psicología cubana. Antes de la revolución cubana, en 1959, el MMPI se usaba en varias clínicas de Cuba. A pesar de que la enseñanza y la práctica de la psicología sufrieron cambios drásticos después de la revolución, cuando la psicología Cubana adaptó modelos de la psicología soviética con el fin de liberarse de la influencia estadounidense, muchos psicólogos en Cuba continuaron su trabajo clínico y sus investigaciones sobre el MMPI.

Quevedo & Butcher (ob. cit.) señalaron que durante los primeros años de la revolución cubana, la actitud hacia las pruebas psicológicas comenzaba a ser negativa como resultado de la influencia antipuebas de la psicología soviética. Sin embargo, esta actitud no impidió el uso del MMPI en los contextos de salud mental durante esos años, porque de acuerdo con Valcarcel & Ríos (1974), la mayoría de los contextos de práctica psicológica incluyeron la prueba en su batería diagnóstica.

Las investigaciones publicadas en Cuba en este periodo abordaron varios temas, entre los cuales estaban, por ejemplo, la utilidad de las escalas de validez (Valcarcel & Ríos, ob. cit.), la personalidad antisocial (Valdes, 1979), la extensión de la escala (Barroso *et al.*, 1982), el hipertiroidismo (Alvarez *et al.*, 1982; Gonzalez *et al.*, 1983), los problemas psicosomáticos (Arqué *et al.*, 1987), enfermedades como las de transmisión sanguínea (Triana *et al.*, 1999; Triana *et al.*, 1987; Triana *et al.*, 1995; Triana *et al.*, 1988; Triana *et al.*, 2000), los pacientes con cáncer (Gomez de Borda *et al.*, 1988), la depresión entre hemofílicos (Loy *et al.*, 1981) y las características psicológicas en la lepra (Rincon & Lastra, 1987). Para una discusión detallada de esta historia, véase la revisión de Quevedo & Butcher (ob. cit.).

Los psicólogos cubanos practicantes encontraron que el MMPI cubano era efectivo para abordar los problemas de salud mental en Cuba durante este periodo. Sin embargo, en 1993, poco después de la publicación de la traducción al español del MMPI-2, Guillermo Arias, de la Universidad de la Habana, se reunió con James Butcher en la *University of Minnesota* para adaptar la versión revisada, el MMPI-2 versión hispana de García-Azan (García-Peltoniemi & Azan Chaviano, 1993) para su uso en Cuba. Arias regresó a Cuba entusiasmado por usar una revisión que prometía mucho, ya que presentaba mejoras psicométricas y lingüísticas. En los últimos años, Arias ha aplicado la traducción de García-Azan del MMPI-2 tanto a

pacientes psiquiátricos como a personas no psiquiátricos o normativas (Quevedo & Butcher, 2005). Recopiló una muestra sustancial de personas con problemas clínicos y personas normales en toda Cuba para determinar la comparabilidad del MMPI-2 entre culturas.

Arias *et al.* (2002), reportaron la efectividad del MMPI-2 en las poblaciones cubanas. Al parecer, los perfiles del MMPI-2 tanto para las muestras cubanas clínicas como para las no clínicas son similares en términos generales a los de los grupos estadounidenses comparables tanto para las muestras psiquiátricas como para las no psiquiátricas.

AL SUR DE LA FRONTERA: EL USO DEL MMPI Y DEL MMPI-2 EN MÉXICO

Los desarrollos del MMPI, el MMPI-2 y el MMPI-A en México son puntos importantes que revisar ya que estas adaptaciones de las pruebas tienen una gran influencia en nuestras estrategias actuales de interpretación de las pruebas con pacientes hispanos que viven en EUA. Por ello, estos desarrollos serán cubiertos aquí a profundidad.

A fines de los 60, cuando los investigadores del MMPI en EUA comenzaban a cuestionar algunos de los ítems del MMPI original y discutían la necesidad de una revisión del instrumento, la prueba se publicó en México por primera vez, adaptada al español por Rafael Núñez, en 1976. El MMPI se convirtió en uno de los inventarios de personalidad más usados en México, aunque algunas personas pusieron en tela de juicio la extensión de la prueba y muchos temas culturales que se manifestaban en algunos ítems. En ese momento, se usaban las normas estadounidenses para evaluar a los mexicanos.

En 1992, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los psicólogos comenzaron a trabajar con la nueva versión del inventario: el MMPI-2 (G. M. E. Lucio y Reyes-Lagunes, *ob. cit.*). Desde ese momento, los psicólogos mexicanos han adquirido una amplia experiencia con la prueba y han concluido de manera inequívoca, como se resume en esta sección, que esta nueva versión es sumamente útil como un medio de evaluar a los mexicanos. El desarrollo de la adaptación mexicana siguió varios pasos.

1. *Traducción literal.* Se realizó una traducción preliminar a cargo de cinco psicólogos bilingües. Uno de ellos era estadounidense, el otro era mexicano-estadounidense y los otros tres eran mexicanos. Todos los ítems del MMPI-2 se tradujeron sin considerar la traducción anterior del MMPI original al español.

2. *Adaptación semántica y cultural.* Esta versión fue corregida por uno de los investigadores participantes en el proyecto, quien trabajó en colaboración con un traductor bilingüe experto para examinar el contenido semántico y sintáctico así

como los temas culturales y clínicos relevantes. De esta forma se obtuvo una versión en español revisada que incluía una redacción más culturalmente apropiada. Uno de los investigadores del proyecto era psicólogo clínico y el otro era psicólogo con experiencia en instrumentos de medición.

3. *Validez externa.* A continuación, la versión en español obtenida por medio de este procedimiento fue examinada por psicólogos externos expertos en el MMPI, quienes se ocuparon de las cuestiones de validación. Se obtuvo una aceptación de más de 90% de la interpretación de los ítems por parte de los jueces. Esta versión también se administró a un grupo de alumnos de distintos países de América Latina (Venezuela, Nicaragua y Puerto Rico) para determinar su idoneidad para otras poblaciones latinoamericanas.

4. *Reajuste del contenido.* Los investigadores tomaron en cuenta los comentarios y los elementos resultantes del análisis para completar la versión final al español del inventario.

5. *Traducción inversa.* Después, un traductor bilingüe que desconocía el MMPI tradujo la versión en español aceptada nuevamente al inglés. Luego, las dos versiones en inglés se compararon para examinar la idoneidad de la formulación de los ítems. En general, los resultados mostraron un alto grado de coincidencia.

6. *Investigación de equivalencia.* Los adaptadores de las pruebas, a menudo, realizan un estudio de equivalencia de la versión terminada del inventario para asegurar que el nivel de lectura permita que los participantes entiendan la redacción de los ítems de la prueba en forma adecuada. Una vez que se terminó la traducción del inventario, se llevó a cabo un estudio inicial con estudiantes mexicanos para evaluar esta equivalencia. El estudio se realizó en la UNAM, la universidad más grande de América Latina, debido a su población estudiantil heterogénea: muchos de sus alumnos provienen de diversas regiones de México. La muestra representativa probabilística de este estudio se obtuvo por medio del método de Clúster. De acuerdo con esta técnica, se seleccionaron tres de las escuelas del campus principal de la UNAM: ciencias, artes y administración. Se sometió a pruebas a alumnos de 71 cursos, tomando en cuenta sus horarios y turnos. La muestra original comprendía 2 246 participantes, o casi 10% de la población de la UNAM. Un total de 254 participantes fueron eliminados, ya que no cumplieron con una o más de las variables de inclusión: edad (de 17 a 36 años de edad), género establecido claramente, índice de Gough de F menos K por debajo de un puntaje de +9, porcentajes de cierto y falso no mayores a 80 y menos de 30 respuestas negativas, un *TRIN* (Inconsistencia de Respuestas Verdaderas) de entre 5 y 13, un *VRIN* (Inconsistencia de Respuestas Variables) máximo de 13, y una escala F (Infrecuencia) máxima de 11.

La muestra final para el estudio de comparabilidad inicial constó de 1 920 participantes (813 hombres y 1 107 mujeres). En este primer estudio, los grupos se compararon con la muestra normativa universitaria estadounidense publicada por

Butcher, Dahlstrom y Bowman (1990). Los resultados sugirieron que los alumnos y las alumnas mexicanos presentaron escalas clínicas y de validez significativamente distintas, a excepción de las escalas *L* (Mentira) y 8 (Esquizofrenia). Así, como también se encontró en EUA, se requerían normas separadas para hombres y mujeres (E. Lucio, Reyes-Lagunes y Scott, 1994). Los resultados también indicaron que hubo diferencias estadísticas significativas entre los universitarios mexicanos y estadounidenses en todas las escalas de validez y clínicas, excepto en la Escala 4 (Desviación psicopática). Las diferencias más grandes se encontraron en las Escalas *L*, 2 (Depresión) y 6 (Paranoia). Hubo diferencias significativas entre las universitarias mexicanas y estadounidenses en todas las escalas, excepto en las Escalas *F* (Infrecuencia), 1 (Hipocondriasis) y 3 (Histeria). Las diferencias entre las universitarias mexicanas y estadounidenses fueron mayores que las encontradas entre los universitarios mexicanos y estadounidenses. La mayor diferencia entre las universitarias mexicanas y estadounidenses se encontró en la Escala 5 (Masculinidad-Feminidad), lo cual puede deberse a factores culturales. Las diferencias obtenidas en este estudio no fueron tan grandes como las que se encontraron en el MMPI original en México, lo cual mostró que las poblaciones normales tenían índices patológicos elevados (E. Lucio, 1976; Navarro, 1971; Núñez, 1979).

El análisis factorial con el grupo de estudiantes mexicanos (Durán, Lucio y Reyes-Lagunes, 1993) mostró una gran similitud con los estudiantes estadounidenses. Muchos estudios confirmaron la coherencia interna, la fiabilidad y la validez discriminante del MMPI-2.

7. Estudio de la población general. Se usó un procedimiento de muestreo probabilístico multietápico para desarrollar la muestra normativa. La población mexicana general fue clasificada usando ciertos criterios cualitativos para lo cual se tuvo en cuenta las diferentes regiones del país en que la prueba se aplicaría y se consideró el tipo de poblaciones a las que podría aplicarse el instrumento en México. Los criterios empleados fueron el género, la edad y el nivel académico.

El instrumento se aplicó a 2 077 voluntarios. Se excluyó al quince por ciento ($n = 330$) de la muestra inicial por medio de los criterios de exclusión que sigue el proyecto de restandarización del MMPI-2. Así, la muestra normativa constó de 1 744 voluntarios adultos (860 hombres y 884 mujeres) con edades de 18 a 80 años. La media de edad fue de 31.4 años para los hombres y de 31.6 años para las mujeres.

Los niveles educativos de estos hombres y mujeres respectivamente fueron los siguientes: enseñanza media básica, 15.1% y 9.8%; enseñanza media superior, 44.6% y 44.3%; enseñanza superior, 33.7% y 39.2% y postgrado, 4.7% y 4.5%. Se consideró que la muestra era representativa sólo de los segmentos de la población general que poseía un nivel de alfabetización lo suficientemente alto como para tomar la prueba, de acuerdo con los datos mostrados en el censo de 1990. Los participantes provenían de diferentes regiones del país. Respondieron el inventario de manera anónima, en grupos de 10 a 100. En este estudio, se siguió cuidadosamen-

te el procedimiento usado para estandarizar el MMPI-2 en EUA (Butcher *et al.*, 1989), pero hubo ciertas diferencias metodológicas; por ejemplo, se remuneró a los participantes estadounidenses, mientras que no fue así para los estudiantes mexicanos. Se desarrollaron programas de *software* especiales (Monzon & Lucio, 1996) para calificar la prueba y obtener los puntajes T uniformes que se usan con el MMPI-2.

Se obtuvieron las medias y las desviaciones estándar respecto a las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias. También se calcularon las diferencias entre las normas mexicanas y estadounidenses en todas las escalas con la prueba *t*. Se publicaron los resultados de las diferencias entre las normas mexicanas y estadounidenses con respecto a las escalas básicas (Lucio, Ampudia, Duran, Leon y Buchter, 2001). En relación con las escalas básicas, los resultados muestran que hubo algunas diferencias entre la población mexicana y la estadounidense. Sin embargo, la mayoría de esas referencias se relacionaban con la actitud de los mexicanos hacia el inventario, ya que los puntajes de la población mexicana no mostraron índices psicopatológicos como con el MMPI original. Parecía haber menos diferencias respecto a las escalas de contenido (véase el capítulo cinco de este libro). Los resultados obtenidos con relación a este grupo de escalas indican mayores diferencias en las escalas *CYN* (cinismo), *FRS* (Miedos) y *ASP* (Personalidad antisocial) con respecto a los hombres. En estas escalas, los mexicanos obtuvieron puntajes más altos que los estadounidenses. La mayor diferencia con respecto a las mujeres se encontró en las mismas escalas que en los hombres: las escalas *ASP*, *FRS* y *CYN*. En estas tres escalas, las mexicanas obtuvieron puntajes más altos que las estadounidenses. Las diferencias entre las mexicanas y las estadounidenses también fueron menores en este grupo de escalas. Es posible que las diferencias en este grupo de escalas se deban a determinantes culturales o sociales, mientras que la elevación en la escala *FRS* se relacionó con condiciones socioeconómicas y la elevación de la escala *ASP* se relacionó con el hecho de que cada cultura tiene diferentes conceptos de lo que puede considerarse antisocial.

Con relación a las escalas suplementarias, se observaron algunas diferencias en las escalas *O-H* (Hostilidad sobrecontrolada), *R* (Represión) y *GM* (Rol de género masculino). En las escalas *O-H* y *R* los mexicanos obtuvieron puntajes más altos, mientras que en la *GM* los estadounidenses obtuvieron puntajes más altos. Respecto a las mujeres, se encontraron diferencias en las escalas *O-H*, *R* y *GF* (Rol de género femenino). En las escalas *O-H* y *R*, las mexicanas obtuvieron puntajes más altos, mientras que en la *GF* las estadounidenses obtuvieron puntajes más altos.

Se desarrollaron las normas para el MMPI-2 sobre la población normativa mexicana (véase apéndice C). Véase la muestra normativa mexicana en comparación con las normas estadounidenses sobre las escalas de validez y clínica en la figura 2-3 para los hombres y la figura 2-4 para las mujeres.

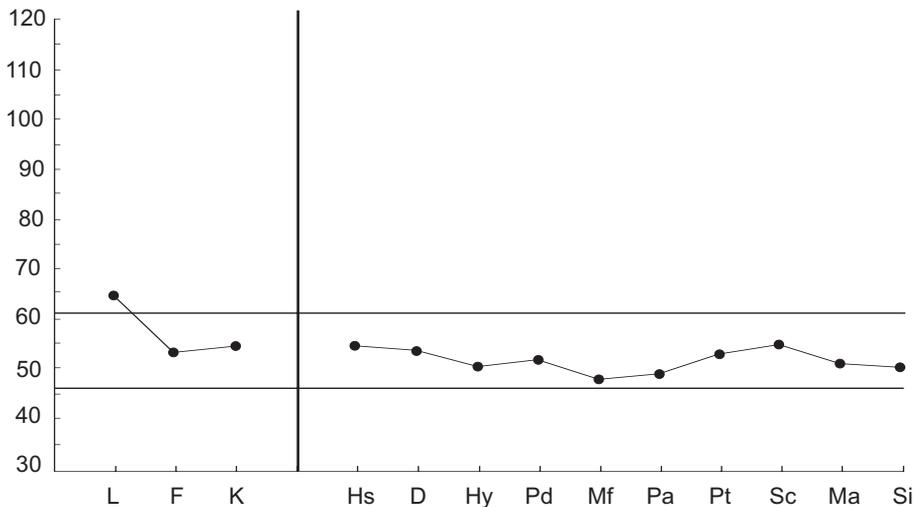


Figura 2-3. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres mexicanos ($N = 860$) trazado sobre normas estadounidenses ($N = 1\ 138$). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

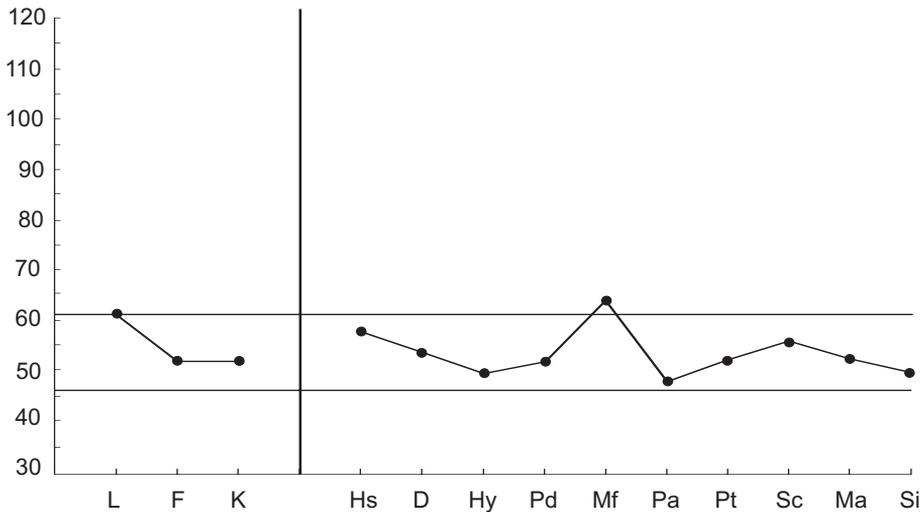


Figura 2-4. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres mexicanas ($N = 884$) trazado sobre normas estadounidenses ($N = 1\ 462$). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

Ya que la prueba se aplicaría a los participantes de 18 a 80 años, el grupo de investigación mexicano quiso saber si había diferencias de edad dentro de la muestra normativa. La muestra normativa se dividió en cuatro grupos de acuerdo con la edad. Los puntajes de los 355 participantes de mayor edad se compararon con los otros tres grupos. Se analizaron los datos por medio de un análisis de la varianza

(ANOVA) para obtener las diferencias en todas las escalas del inventario entre los cuatro grupos. Los resultados indicaron que el grupo de mayor edad mostró una mayor elevación en algunas escalas, por ejemplo, en las escalas *L*, *F* y *FRS*. El grupo de mayor edad mostró puntajes más bajos en las Escalas 6 (Paranoia), *LSE* (Baja autoestima) y *Es* (Fuerza del yo). Estos resultados fueron similares a los obtenidos en otros estudios en EUA. A partir de este estudio, se concluyó que muchas de estas diferencias pueden deberse a cambios en el rango de vida, a los que el MMPI-2 es sensible. Las diferencias se observaron sólo en estas escalas y, a pesar de que es necesario tenerlas en cuenta, estas diferencias muestran que no se requiere tener normas especiales para este grupo de edad.

Investigación comparativa en México

Varios estudios realizados completados en México proporcionan información valiosa sobre la utilidad de la prueba en las poblaciones mexicanas. Es necesario considerar varios puntos culturales al administrar la prueba a los mexicanos. El primero es que ellos tienden a obtener puntajes más altos en la escala *L* en comparación con los estadounidenses, probablemente porque los miembros de las comunidades mexicanas son más proclives a proyectar una buena imagen de ellos mismos que los estadounidenses. Esto puede ser producto de dos o más factores: la sociedad mexicana es más tradicional que la estadounidense; los mexicanos pueden pensar que si son demasiado explícitos, pueden ser juzgados de forma más estricta; o puede ser que simplemente tengan dificultades para entender los dobles negativos en algunos de los ítems. Cualquiera que sea la razón, el terapeuta debe esforzarse por motivar a los pacientes para que sean honestos cuando se les administren las pruebas y así obtener resultados válidos. Cuando se administra el MMPI-2 a las personas de niveles socioeconómicos bajos, es probable que tengan mayores dificultades para entender algunos ítems y en especial los dobles negativos, de tal modo que resulta necesario dar instrucciones muy claras y llevar a cabo evaluaciones de su comprensión de estos ítems.

Otros estudios realizados con el MMPI-2 en México

El MMPI-2 ha estado disponible en México por varios años, así que la prueba es muy utilizada para evaluar estudiantes, en poblaciones clínicas y también en la selección de personal. Destacamos algunos de los estudios publicados para brindar al lector una perspectiva de los esfuerzos de investigación con la prueba.

Estudios con grupos clínicos

Consumidores de sustancias en exceso. León & Lucio (1999) realizaron un estudio para evaluar la validez y la fiabilidad de las escalas de abuso de sustancias: MAC-R

CUADRO 2-1.
Análisis multivariado de la varianza de las escalas de abuso de sustancias del MMPI-2 para mexicanos con alcoholismo ($n = 136$) y voluntarios no alcohólicos ($n = 136$)

Escala	Alcohólicos		Voluntarios		<i>F</i> (1,270)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
MAC-R	27.30	4.47	22.47	4.02	87.56*
APS	24.19	3.64	19.54	3.55	113.46*
AAS	6.02	2.15	1.65	1.48	371.60*

Nota: Lambda de Wilks = 27.87. MAC-R = Escala Revisada de Alcoholismo de McAndrew; APS = Escala de Potencial de Adicción; AAS = Escala de Reconocimiento de las Adicciones. * $p = .00$

(Escala Revisada de Alcoholismo de McAndrew), AAS (Escala de Reconocimiento de las Adicciones) y APS (Escala de Potencial de Adicción). Este estudio se llevó a cabo con el objetivo de determinar la coherencia interna y la efectividad de la prueba para obtener un diagnóstico exacto de los pacientes mexicanos con alcoholismo. Este estudio se enfocó en la utilidad del MMPI-2 para evaluar los rasgos de personalidad en pacientes mexicanos alcohólicos, ya que se obtuvo una validez adecuada y una coherencia interna con un grupo de 136 pacientes alcohólicos en comparación con un grupo de 136 voluntarios. Se obtuvieron puntajes más altos en el grupo de pacientes que en el grupo de voluntarios, así que se concluyó que la prueba podía discriminar entre los dos grupos. Los resultados de los análisis multivariados de la varianza, por medio de usar todas las escalas del MMPI-2, también indicaron la existencia de diferencias entre los participantes de la muestra normal y la muestra de pacientes alcohólicos, en especial en las escalas de adicción: *MAC-R*, *APS* y *AAS* (véase cuadro 2-1). De esto modo, estas escalas discriminan un grupo de otro. Las mayores diferencias en las escalas básicas se observaron en las escalas *F*, *K* (Actitud defensiva), *D* (Depresión), *Pd* (Desviación psicopática), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social). Las diferencias más significativas dentro de las escalas suplementarias se observaron en las escalas *A* (Ansiedad), *Es* (Fuerza del yo), *MAC-R*, *Re* (Responsabilidad social); *Mt* (Inadaptación escolar), *PK* (Trastorno por estrés postraumático de Keane), *PS* (Trastorno por estrés postraumático de Schengler), *Fb*, *APS* y *AAS*.

Se llevó a cabo un análisis estadístico basado en la teoría de detección de señales (Berry, 1996; Egan, 1975; Macmillan & Creelman, 1991; Swets, 1988) con el fin de obtener la puntuación de corte más adecuado usando las curvas de características operantes del receptor. Para obtener la sensibilidad y la especificidad fue necesario considerar los datos proporcionados por las dos muestras estudiadas. Los resultados indicaron que para determinar la mejor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de las personas alcoholdependientes con una prevalencia de 50%, los puntajes de corte más adecuados para las escalas de adicción fueron 24 para la *MAC-R*, 22

para la APS y 4 para la AAS. Para las escalas suplementarias, también se obtuvo un modelo adecuado de acuerdo con cuatro predictores que proporcionan la clasificación, $\chi^2(4, N = 272) = 243.19, p < .001$, con 88.24% de precisión; las escalas incluidas en la ecuación fueron GM, GF, Fb y AAS. Por último, al usar las escalas de adicción, se obtuvo un buen modelo, de acuerdo con dos predictores que proporcionan la clasificación, $\chi^2(2, N = 272) = 227.53, p < .001$, con 88.60 % de precisión de clasificación; las escalas incluidas en la clasificación fueron la MAC-R y la AAS.

A partir de este estudio, los investigadores concluyeron que las escalas de MMPI-2 proporcionan un diagnóstico diferencial preciso de las personas con alcoholismo. En este trabajo, se estableció la validez de las escalas de abuso de sustancias del MMPI-2 para la población mexicana con respecto a las diferencias en los rasgos de personalidad en un grupo de pacientes alcohólicos y en un grupo de voluntarios que no consumían alcohol en exceso. Se dio así el primer paso para validar que las escalas pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes alcohólicos identificados, porque no existe otro instrumento en México que calcule el abuso del alcohol en relación con otros factores de la personalidad.

Otro paso en el uso del MMPI-2 con pacientes alcohólicos fue determinar la sensibilidad discriminativa del conjunto de ítems esenciales de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel como indicadores de alcohol. Se compararon las respuestas en la versión en español del MMPI-2 de 122 alcohólicos y de 122 no alcohólicos (G. M. E. Lucio *et al.*, 2002a, 2002b). Los participantes de la muestra alcohólica estaban en tratamiento por abuso de sustancias. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los 17 grupos entre ambas muestras con la prueba *t* para estudiantes ($p = .001$). Los valores *t* más altos obtenidos se encontraron en la Depresión e Ideación Suicida (16.5), el Estrés situacional debido al alcoholismo (28.4), la Confusión mental (16.02), la Actitud antisocial (16.21), el Conflicto familiar (12.06), la Depresión y preocupación (15.17) y el Abuso de sustancias (19.85). Se encontraron puntajes altos dentro de la muestra alcohólica en los grupos de Depresión e Ideación Suicida ($M = 8.75, SD = 4.33$), Estado de ansiedad aguda ($M = 7.34, SD = 3.97$), Síntomas Somáticos ($M = 6.34, SD = 3.80$) y Depresión y Preocupación ($M = 6.00, SD = 3.31$), mientras que en la muestra no alcohólica los puntajes más altos se encontraron en el grupo de Ansiedad ($M = 2.04, SD = 1.81$), Ideación Suicida Deprimida ($M = 1.70, SD = 1.87$), Actitud antisocial ($M = 1.40, SD = 1.23$) y Síntomas somáticos ($M = 1.81, SD = 11.87$). Los hallazgos apoyan la existencia de diferencias relevantes en las respuestas que los alcohólicos y los no alcohólicos dieron a los 17 grupos de Koss- Butcher y Lachar-Wobel de ítems esenciales, en donde los conjuntos 2, 4, 5, 7, 8, 14 y 16 exhibieron los valores *t* más altos. Por lo tanto, los ítems esenciales pueden usarse con efectividad como indicadores de alcoholismo que facilitan la integración de estrategias de diagnóstico e intervención. Además, se sugiere usarlos como directrices para las entrevistas con el fin de abordar puntos específicos en los perfiles inválidos del MMPI-2.

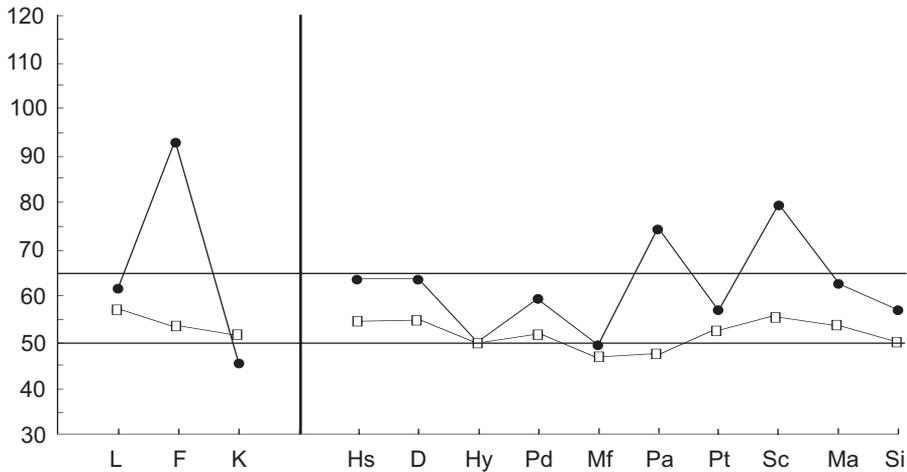


Figura 2-5. Perfiles de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de hombres de un hospital psiquiátrico mexicano ($N = 135$; línea con puntos negros) comparados con hombres de una población universitaria ($N = 813$; línea con cuadrados blancos). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

Pacientes psiquiátricos. Con el propósito de evaluar la efectividad del MMPI-2 para detectar problemas de salud mental en México, los psicólogos que adaptaron la escala llevaron a cabo un estudio que comparó las respuestas de los pacientes psiquiátricos con una muestra de no pacientes (G. M. E. Lucio *et al.*, 1999). En tres hospitales de México se obtuvo una muestra de pacientes psiquiátricos internos con un diagnóstico de trastornos graves de la personalidad o psicóticos de acuerdo con la tercera edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. La muestra constó de 233 pacientes (135 hombres y 98 mujeres): 41% tenía esquizofrenia, 15% tenía psicosis orgánica, 8% tenía psicosis tóxica, 10% tenía depresión mayor, 8% tenía trastorno distímico, 4% tenía psicosis crónica, 6% tenía trastornos por personalidad antisocial y 8% tenía otros diagnósticos. La edad de los pacientes fluctuó entre los 17 y los 67 años, con una media de edad de 32.79 años. La muestra control de comparación incluyó individuos normales (estudiantes universitarios) que se ofrecieron a tomar el MMPI-2 como parte del estudio de adaptación de la prueba (G. M. E. Lucio & Reyes-Lagunes, 1996).

El desempeño de los pacientes psiquiátricos en las escalas clínicas del MMPI-2 (véase figura 2-5 y figura 2-6) muestra que los pacientes psiquiátricos en México respondieron de manera semejante a las muestras de pacientes internos en EUA. Para una discusión de la evaluación con el MMPI-2 de pacientes internos, véase Nichols & Cowhurst (2006; véase también Butcher *et al.*, ob. cit.).

Pacientes con enfermedades médicas. Se realizó un estudio para evaluar los rasgos de personalidad de un grupo de 44 pacientes que sufren una enfermedad: dermatitis. Estos pacientes, 33 hombres y 11 mujeres, asistían a uno de los principales

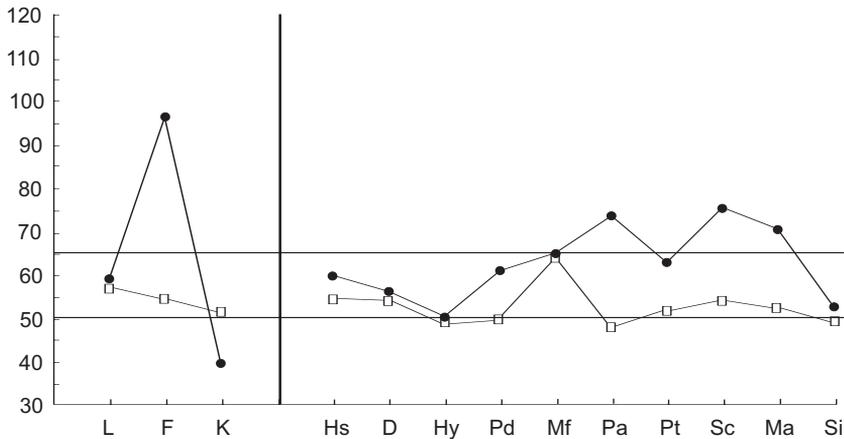


Figura 2-6. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres de un hospital psiquiátrico mexicano ($N = 98$; línea con puntos negros) comparados con mujeres de una población universitaria ($N = 1107$; línea con cuadrados blancos). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

centros dermatológicos en la Ciudad de México. Todos ellos recibieron diagnósticos por parte de dermatólogos. Los rasgos de personalidad de los pacientes se compararon con las normas de estudiantes mexicanos. Todos los participantes se ofrecieron a participar como voluntarios y se les pidió que contestaran el inventario mientras que esperaban su turno con los especialistas. Sólo se consideró para el estudio a aquellos pacientes que habían terminado la enseñanza básica. La hipótesis principal fue que las escalas *Hs* (1, Hipocondriasis) y *HEA* serían elevadas. Se observaron varias diferencias entre ambos grupos. Con respecto a los participantes de sexo femenino, las mayores diferencias en el grupo de las escalas básicas se observaron en las escalas *Hs* ($t = 3.43$, $p = .01$) y *Es* ($t = 5.41$, $p = .01$), en las que las pacientes obtuvieron puntajes más altos que las estudiantes. También hubo una diferencia importante en la escala *F* ($t = 5.45$, $p = .01$), en la que las pacientes obtuvieron puntajes más altos que las estudiantes. En lo referente a las escalas de contenido, las mayores diferencias se encontraron en las escalas *ANG* ($t = 4.19$, $p = .01$); *DEP* ($t = 4.74$, $p = .01$); y *TRT* ($t = 4.73$, $p \leq .01$). En el grupo de escalas suplementarias las diferencias más grandes se observaron en las escalas *Es* ($t = -6.13$, $p \leq .01$); *Do* (Dominancia) ($t = -6.01$, $p \leq .01$), en el que las pacientes obtuvieron puntajes más bajos; también en la escala *DEP* ($t = -4.08$, $p \leq .01$).

Con respecto al grupo de participantes de sexo masculino, las diferencias más importantes fueron las siguientes: en el grupo de escalas básicas, hubo diferencias significativas sólo en las escalas *F* ($t = 4.33$, $p \leq .01$) y *K* ($t = 3.45$, $p \leq .01$). En la escala *F*, los pacientes obtuvieron puntajes más altos que los estudiantes, mientras que en la escala *K*, los pacientes obtuvieron puntajes más bajos que los estudiantes. Respecto a las a las escalas de contenido, las mayores diferencias se encontraron

en las escalas *HEA* ($t = 3.73, p \leq .01$) y *DEP* ($t = 3.89, p \leq .01$) en las que los pacientes obtuvieron puntajes más altos que los estudiantes.

Las diferencias en el grupo de mujeres fueron similares a las observadas en el grupo de hombres. A partir de los resultados obtenidos, la hipótesis principal se probó de manera parcial, ya que en el grupo de mujeres hubo puntajes más altos en las escalas *Hs* (1) y *HEA*, pero en el grupo de hombres no hubo puntajes altos en la *Hs* (1). Los resultados también muestran que hubo diferencias significativas en el grupo de mujeres en comparación con el de hombres. Por ejemplo: las mujeres presentaron actitudes negativas hacia el tratamiento y, sorprendentemente, obtuvieron puntajes altos en la *SOD* (Incomodidad Social; p. ej., indicaron que evitaban las relaciones con los demás), lo cual puede ser producto de que la enfermedad afectó de forma negativa su autoimagen. Los puntajes para la *Es* fueron bajos en ambos grupos, lo cual indica, junto con el hecho de que los puntajes de estrés postraumático fueron altos, que no tuvieron suficientes recursos para enfrentar el estrés. Es necesario que los médicos que tratan la enfermedad tengan en cuenta la elevación en las escalas del MMPI-2 que sugiere problemas emocionales como la ansiedad. Los resultados de este estudio condujeron a una propuesta para introducir sesiones grupales de apoyo con estos pacientes.

Se llevó a cabo un segundo estudio con un grupo más grande de pacientes con dermatitis, 64 mujeres y 26 hombres, para examinar la relación entre los rasgos de la personalidad y los sucesos de vida recientes. Los puntajes más altos en este segundo estudio fueron semejantes a los puntajes altos en el primer estudio, y también se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los rasgos de la personalidad y los sucesos de vida recientes. Este estudio trató de descubrir cómo los problemas emocionales detectados con el MMPI-2 se relacionaban con el ambiente en el que estos pacientes vivían.

Algunos de los sucesos de vida relacionados con la dermatitis fueron el divorcio, la muerte de un ser querido, los conflictos, las pérdidas económicas, las dificultades laborales, las dificultades económicas y las agresiones. Estos dos estudios muestran la utilidad del MMPI-2 con grupos mexicanos en los contextos médicos.

Trastornos de personalidad. Se efectuó un estudio de pacientes con trastorno de personalidad fronteriza (Ordaz & Villegas, 2000) para obtener la validez discriminante de la prueba entre los pacientes fronterizos previamente diagnosticados por un psiquiatra de acuerdo con el *DSM-IV* sobre el Eje II; el otro grupo incluyó controles con las mismas características que los pacientes fronterizos pero sin ningún diagnóstico psiquiátrico. Los resultados confirmaron las hipótesis de que los pacientes fronterizos mostrarían puntajes más altos en muchas de las escalas del inventario que el grupo de comparación. Las escalas en las que hubo diferencias más altas entre ambos grupos fueron las siguientes: en las escalas clínicas, las diferencias más notables se encontraron en las escalas 2 (*D*; $t = 5.31$), 4 (*Pa*; $t = 4.98$) y 8 (*Sc*; $t = 4.31$); en las escalas de contenido, las diferencias más altas se encontra-

ron en las escalas *DEP* ($t = 5.36$) y *LSE* ($t = 4.58$); y en el grupo de escalas suplementarias, las mayores diferencias estuvieron en las escalas de estrés postraumático ($t = 5.06$ y $t = 4.97$ para los pacientes y controles, respectivamente).

Estudios con el MMPI-2 en los contextos de tratamiento

Díaz *et al.* (2003), llevaron a cabo un estudio que evaluó si el MMPI-2 podía discriminar a los pacientes que siguieron en tratamiento psicoterapéutico por un largo periodo de los pacientes que abandonaron el tratamiento psicológico en etapas tempranas. Para lograr esto, aplicaron el MMPI-2 a todos los estudiantes universitarios que acudieron a un servicio de salud mental durante un periodo de siete meses. El estudio también evaluó los rasgos de personalidad relacionados con la asistencia al tratamiento, de tal modo que los estudiantes pudieran recibir suficientes sesiones para asegurar un efecto terapéutico permanente.

Se hizo un estudio de comparación descriptiva con dos grupos independientes usando un método de muestreo por cuotas. Se consideró para tal estudio a todos los alumnos que solicitaron una derivación a tratamiento psicológico durante siete meses. La muestra final constó de 163 participantes (106 mujeres y 57 hombres). En un principio, se administró el MMPI-2 a todos los estudiantes que acudieron una segunda sesión de psicoterapia. Un total de 258 estudiantes se presentaron a esta segunda sección, aunque más tarde 67 participantes no asistieron, así que 28 protocolos no fueron válidos. Ya que se trataba de una muestra clínica, los criterios de validez fueron los siguientes: Escala *F* de hasta 23, *Fp* de hasta 16, *VRIN* de hasta 13, *TRIN* de entre 5 y 13 y *CNS* (No sé) de hasta 30. Se dividió a los participantes en dos grupos. Un grupo asistió a cuatro o menos sesiones, y el otro grupo continuó el tratamiento y asistió de cinco a 20 sesiones.

Se analizaron los datos a través del ANOVA para tener en cuenta el sexo y el número de sesiones. Los resultados muestran que las diferencias estadísticamente significativas se obtuvieron en las siguientes escalas. Con respecto a las escalas clínicas, las diferencias se encontraron en las escalas 2 (*D*), ($F = 2.321$, $p \leq .02$) y *Hi* ($F = 3.00$, $p \leq .003$) en las que el grupo que asistió en más sesiones obtuvieron puntajes más altos. Con relación a las escalas de contenido, las diferencias entre ambos grupos se encontraron en las escalas *HEA*, ($F = 2.06$, $p \leq .04$) y *ANG* (Enojo; $F = 2.39$, $p \leq .01$). Además, en la escala suplementaria, *Es*, los estudiantes que asistieron a más sesiones tuvieron un puntaje más bajo ($F = 1.97$, $p \leq .05$). Respecto al género, las diferencias significativas se obtuvieron en la escala *L* ($t = 2.10$, $p = .03$), *Hs* (1; $t = 4.3$, $p \leq .001$); *Hi* (3; $F = 2.5$, $p \leq .01$), en el que las estudiantes obtuvieron un puntaje más alto. También hubo una diferencia significativa en relación con la escala 5 (Masculinidad-Feminidad), en la que los estudiantes obtuvieron un puntaje más alto.

En lo referente a la interacción entre el género y el número de sesiones a las que se asistió, hubo diferencias significativas en tres escalas *Hs* ($F = 7.5$, $p \leq .001$), *Hy* ($F = 5.7$, $p \leq .001$) y *HEA* ($F = 3.93$, $p \leq .01$). Se concluyó que hubo escalas en

el MMPI-2 que pueden predecir la adherencia al tratamiento psicológico. Parece que cuando las personas se sienten más deprimidas y manifiestan más síntomas, asisten a más sesiones de tratamiento psicológico. También acuden a más sesiones cuando sienten que no tienen suficientes recursos para enfrentar sus problemas. Además, parece que aquellos que expresan una mayor necesidad de apoyo emocional permanecen más tiempo en psicoterapia.

En este estudio algunos de los estudiantes también recibieron terapia farmacológica. Así, resultaría deseable realizar más investigaciones con el MMPI-2 con el fin de obtener resultados más precisos en los efectos de la medicación sobre la continuación en el tratamiento.

Delincuentes

Villatoro & Ramírez (1998) realizaron un estudio en un contexto forense para determinar los rasgos de personalidad de un grupo de 200 delincuentes en una de las prisiones preventivas más grandes de la Ciudad de México. Los participantes se dividieron en cuatro grupos de acuerdo con los cuatro delitos más frecuentes cometidos en México según el delito cometido: robo o agresión, posesión o tráfico de sustancias prohibidas, homicidio y violación. De esta muestra de 200, 40 fueron excluidos debido a los problemas de validez con el MMPI-2. El grupo considerado finalmente incluyó a 160 reclusos: 38 por violación, 43 por robo, 38 por homicidio y 41 por tráfico y posesión de sustancias prohibidas. La prueba se administró en las instalaciones en grupos pequeños de no más de cinco reclusos. Los resultados muestran que hubo diferencias significativas entre los cuatro grupos sólo en las escalas *FRS* y de McAndrew. En la escala *FRS*, los grupos de homicidio y de tráfico y posesión de sustancias prohibidas obtuvieron un puntaje clínico relevante ($T = 67$), mientras que los otros dos grupos obtuvieron un puntaje más bajo ($T = 60$). Esta elevación tal vez se deba a que sabían que recibirían un castigo más grave. En la escala de McAndrew, el grupo de robo obtuvo el puntaje más alto ($T = 60$), mientras que los otros tres obtuvieron puntajes de menos de 55. Esto tal vez se deba a que, en México, el robo suele asociarse con la adicción.

Resulta obvio que la mayoría de los puntajes de los cuatro grupos fueron más bajos de lo esperado, probablemente porque los participantes no dijeron la verdad: la prueba se aplicó en las instalaciones y estuvo a cargo de psicólogos, quienes, a pesar de que no trabajaban en la prisión, pudieron haber influido en el castigo de los reclusos. Es posible concluir esto, ya que los cuatro grupos tuvieron un puntaje *L* de $T = 70$ o más.

Otro hallazgo importante fue que a excepción del grupo de robo ($T = 62$), los otros tres grupos presentaron una elevación significativa en *O-H* (Hostilidad sobrecontrolada), que es una escala que se relaciona con un subtipo de violencia. Aunque este estudio es exploratorio y puede haber otras variables externas que expliquen los resultados, se demostró la utilidad del MMPI-2 con esta población.

Como las investigaciones en México lo muestran claramente, el MMPI-2 es una adaptación efectiva que proporciona información comparable sobre los mexicanos que toman la prueba en español. La importancia de esta equivalencia se destaca más adelante en este libro cuando se ilustren las normas de esta versión de la prueba por medio de casos en EUA.

USO DEL MMPI-2 EN PUERTO RICO

En Puerto Rico, los psicólogos clínicos con nivel doctoral entrenados en EUA le han dado un uso clínico al MMPI desde la década de los 50. Su uso continuó siendo sobre todo clínico en el proceso de diagnóstico y la selección de personal hasta los años 90, cuando se publicó la versión hispana del MMPI-2 y la versión hispana del MMPI-A. Desde entonces, el MMPI-2 y el MMPI-A se han empleado con regularidad para evaluar a los pacientes derivados a tratamiento psicológico, hospitalización psiquiátrica evaluaciones neuropsicológicas, evaluación forense y para la selección de personal. Existen más probabilidades de que el MMPI-2 y el MMPI-A se administren a los puertorriqueños en español porque es el idioma dominante en la isla, aunque puede haber algunos puertorriqueños que tomen la prueba en inglés, dependiendo de su dominio de la lengua. Ciertamente, los puertorriqueños fueron incluidos en las normas para la versión en español de MMPI-A. En 1996, Cabiya publicó el primer resumen de la investigación en Puerto Rico en el libro, *International Applications of the MMPI-2* (Butcher, 1996a). El capítulo se enfocó en la adaptación de la traducción en español al español de Puerto Rico, y en él se recomendó una reinterpretación específica en ocho ítems.

Las investigaciones indican, de manera constante, que el MMPI-2 ha hecho una correcta diferencia entre las muestras normales y clínicas, por ejemplo entre las muestras normales y las muestras de pacientes depresivos y psicóticos (Cabiya & Davila, 1999b), de reclusos (C. Pena *et al.*, 1995) y de mujeres maltratadas (Cabiya *et al.*, 2001). También se ha mostrado que el MMPI-A establece correctamente diferencias entre adolescentes normales, pacientes adolescentes depresivos y delincuentes juveniles (Cabiya *et al.*, 2001). Así, estos resultados sugirieron que las pruebas pueden ser herramientas válidas en la evaluación de la psicopatología en los puertorriqueños. Estos patrones de resultados coinciden con los reportados por Cabiya (1996), E. Lucio *et al.* (1994), Whitworth & McBlaine (1993) y Whitworth & Unterbrink (1994) con otras muestras latinas en EUA.

Sin embargo, aún se requiere llevar a cabo estudios con puertorriqueños que residen en EUA para determinar el grado en que la investigación en Puerto Rico es aplicable a ellos. Por ejemplo: los puertorriqueños en EUA son una minoría numérica, mientras que los de la isla representan la mayoría. También hay muchos puertorriqueños que en la actualidad mantienen una residencia permanente en

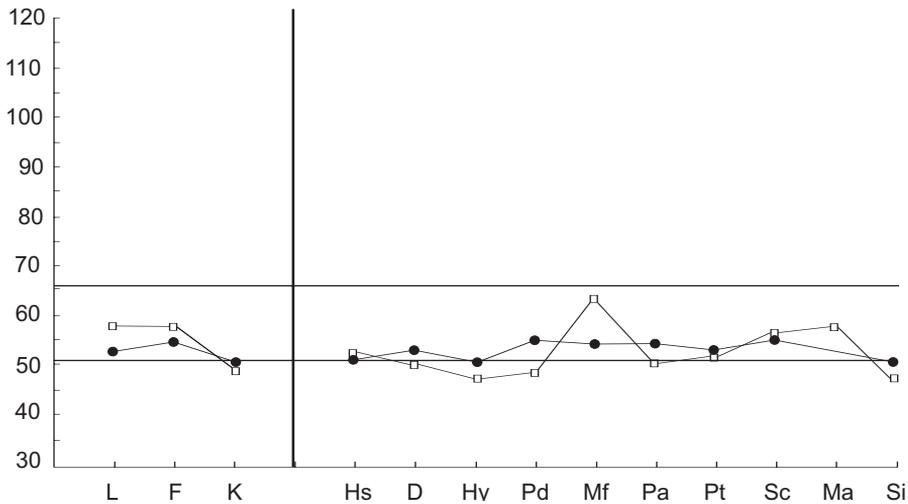


Figura 2-7. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 de la media grupal de alumnos mexicano-estadounidenses de nivel superior ($N = 173$; línea con puntos negros; Whitworth & McBlaine, 1993) y mujeres puertorriqueñas ($N = 117$; línea con cuadrados blancos; Cabiya, 1996). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

EUA, mientras que otros van y vienen de Puerto Rico con frecuencia. Se necesitan más estudios para establecer si este “cambio cultural” y si la condición de mayoría-minoría afectan su desempeño en el MMPI-2. Asimismo, se requiere estudiar el papel de la aculturación del desempeño en el MMPI-2 de los puertorriqueños tanto en EUA como en la isla. Hasta la fecha, todos los estudios sobre el papel de la aculturación se han efectuado con chicanos. Claramente, los puertorriqueños enfrentan el estrés aculturativo tanto en EUA como en la isla. Por ejemplo, se necesitan más estudios para determinar si el estrés aculturativo afecta el desempeño en el MMPI-2 de los puertorriqueños que están más aculturados hacia una cultura tradicional que aquellos que están más aculturados hacia los valores europeos de la corriente dominante.

Las figuras 2-7 y 2-8 presentan el perfil del MMPI-2 para las muestras de estudiantes universitarios comparados con estudiantes universitarios mexicano-estadounidenses, reportado por Whitworth y McBlaine (1993). Los perfiles clínicos del MMPI-2 de los estudiantes puertorriqueños son muy similares a los de los estudiantes universitarios mexicano-estadounidenses estudiados por Whitworth y McBlaine. Además, esta media de perfiles se encuentra dentro del rango de los puntajes del MMPI-2 de los universitarios anglosajones que se han reportado en la literatura sobre las evaluaciones (Butcher *et al.*, 1990).

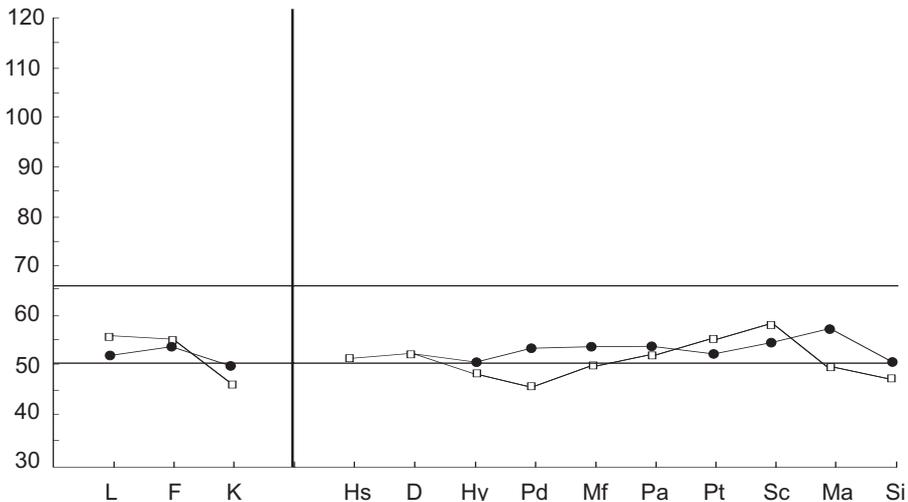


Figura 2-8. Perfil del MMPI-2 de la media grupal de alumnos mexicano-estadounidenses de nivel superior ($N = 40$; línea con puntos negros; Whitworth & McBlaine, 1993) y hombres puertorriqueños ($N = 94$; línea con cuadrados blancos; Cabiya, 1996). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

USO DEL MMPI-2 EN CHILE

Uno de los proyectos de evaluación más extensos en la psicología se ha realizado con el MMPI y el MMPI-2 en Chile. Las investigaciones para adaptar el MMPI original en ese país comenzaron en 1976, en la Universidad Católica de Chile. Para 1989, cuando el MMPI-2 se volvió disponible, los psicólogos chilenos adaptaron esta nueva versión para sus programas de investigación. Los psicólogos del Departamento de Asuntos Estudiantiles se interesaron en el desarrollo de un programa efectivo para evaluar a los alumnos que ingresan a la universidad con el objetivo de proporcionar servicios de orientación a quienes necesiten servicios de salud mental (Rissetti *et al.*, 1996). Durante un periodo de más de 20 años, el personal psicológico recopiló datos del MMPI sobre más de 40 000 alumnos.

Traducción y adaptación del MMPI original

La traducción y adaptación del MMPI original en Chile se efectuó de 1976 a 1978. Durante este tiempo, un comité disciplinario desarrolló la traducción del inglés para producir una versión en español por consenso. Esta forma de la prueba fue traducida nuevamente al inglés por un psicólogo bilingüe, y el comité comparó la versión en español con la versión original, e hizo los ajustes necesarios a la versión en español. James Butcher y Rosa Garcia, de la *University of Minnesota*, revisaron la traducción final. La forma chilena del MMPI se administró a estudiantes

universitarios y se realizaron análisis de los ítems para evaluar la comparabilidad de las frecuencias de aprobación para los chilenos en comparación con los estudiantes estadounidenses (Rissetti & Maltes, 1985a). Una vez que se concluyó la traducción, se hicieron varios estudios para estandarizar y validar los instrumentos destinados a las poblaciones chilenas en general (Rissetti *et al.*, 1979a, 1979b, 1979c; Rissetti *et al.*, 1978), para la población de estudiantes universitarios (Rissetti & Maltes, ob. cit., 1985b) y para la población adulta en general (Rissetti *et al.*, 1989a, 1989b).

Durante el programa de investigación, el MMPI se administró a estudiantes de primer ingreso a la universidad que cursaban su primer año. Esta prueba proporcionó una base de datos para los profesionales de la salud mental del Departamento de Salud Estudiantil. Por ejemplo: los estudiantes que posteriormente se encontraron en el servicio de orientación o estaban interesados en la orientación vocacional tuvieron acceso a esta información inicial. A medida que aumentó la información sobre las características psicométricas del inventario, se llevaron a cabo varios estudios prospectivos acerca de grupos de alto riesgo entre estudiantes universitarios para proporcionar información sobre las condiciones de salud mental de los estudiantes de la universidad.

Antes de que el MMPI se usara en evaluaciones clínicas en Chile, se seleccionó, de manera aleatoria, una gran muestra normativa de 3 325 estudiantes de la universidad (con edades de 16 a 25 años). Se computaron puntajes T lineales de acuerdo con el método estándar propuesto por Butcher & Pancheri (1976). Rissetti *et al.* (1996), encontraron que las administraciones subsiguientes del MMPI mostraron la gran estabilidad de las normas locales. Además, un estudio analítico-factorial de un subconjunto de la población estudiantil mostró que la estructura factorial coincidía con los análisis factoriales de los conjuntos de datos del MMPI reportados por Butcher & Pancheri (ob. cit.; véase Rissetti & Maltes, 1985a, 1985b). La prueba mostró una validez discriminante en la diferenciación de los individuos normales de los anormales (Himmel *et al.*, 1979; Rissetti & Maltes, 1985a).

Normas para las poblaciones generales

En 1988, Rissetti *et al.* (1989a), realizaron un estudio normativo ($N = 608$) de una población general tomada de un muestra aleatoria de chilenos para evaluar la utilidad del MMPI en las poblaciones generales. Como parte de su trabajo, los investigadores compararon la validez discriminante del MMPI para diferenciar a los pacientes clínicos ($N = 284$). Se derivaron los puntajes T lineales para las poblaciones de referencia (Rissetti *et al.* 1989a).

Traducción y adaptación del MMPI-2 en Chile

Después de que el MMPI-2 se publicó en 1989, el proyecto de adaptación para esta versión revisada de la prueba se inició en 1991. Se hicieron varias modificaciones en la traducción original para producir una versión chilena que fuera equivalente a la original en inglés. Dos versiones de un instrumento se consideran psicológicamente equivalentes cuando tienen las mismas propiedades psicométricas con respecto a los ítems y a las escalas. Los investigadores se aseguraron de que los porcentajes de aprobación de ítems y las estructuras factoriales fueran equivalentes. Un comité de traducción multidisciplinario constó de dos psicólogos, dos médicos y una persona con grado de maestría en educación y psicometría para desarrollar la adaptación del MMPI-2 (Rissetti *et al.*, 1996).

A continuación se presentan los pasos que siguieron en su labor de adaptación:

1. Cada miembro del comité tradujo por separado los 567 ítems del original en inglés a la versión española.
2. El comité comparó y evaluó las versiones traducidas de cada uno de los miembros para determinar su aceptabilidad.
3. Se dio esta versión combinada final a dos individuos bilingües que la tradujeron nuevamente al inglés.
4. Un estudio de test-retest bilingüe se llevó a cabo para determinar si las traducciones de los ítems daban como resultado una versión comparable del instrumento. Las correlaciones test-retest de los puntajes brutos de la escala para ambas administraciones tienen una alta correlación media de casi .80, lo cual confirma la compatibilidad de la traducción.
5. Se efectuó otro estudio de estandarización. Los investigadores trabajaron para obtener una muestra significativa de las cuatro regiones más representativas del país. Se reclutó a los participantes de varias instituciones y comunidades. El MMPI-2 se administró de manera grupal en condiciones controladas. La muestra normativa final incluyó 1 111 participantes (522 hombres y 589 mujeres). Los rangos de edad de los hombres y las mujeres participantes, respectivamente, fueron 52.1% y 45.0 %, menores de 24 años; 27.2% y 22.1%, entre las edades de 25 y 34; 11.5% y 13.4%, entre las edades de 35 y 44 años, y 9.2% y 19.6%, de más de 45 años. La media de edad de los hombres fue de 27.9 años ($SD = 10.8$) y de las mujeres, 31.9 años ($SD = 14.6$). Los niveles educativos de los hombres y las mujeres participantes, respectivamente, fueron 24.0% y 15.5%, con educación básica; 44.0% y 37.9%, con educación media superior; 9.0% y 16.5%, con educación vocacional, y 22.6% y 29.9%, con educación superior. Se consideró que esta composición de muestras era representativa de la población chilena en general.
6. Se obtuvo una gran muestra clínica para proporcionar una muestra de validación. Se administró el MMPI a 518 personas sometidas a tratamiento de

salud mental. Este grupo fue seleccionado para cumplir con los parámetros demográficos al igual que la muestra normativa. Sus problemas clínicos y sus diagnósticos de salud mental se definieron por la presencia de algún tipo de psicopatología al momento de tomar la prueba, previamente evaluado a través de juicios clínicos u otros procedimientos de evaluación que condujeron a un diagnóstico psiquiátrico y a la formulación de una estrategia de tratamiento. Todos los participantes estaban sometidos a tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico público o privado, con hospitalización o sin ella, al momento de tomar la prueba. Para mayor información acerca de la validez y la generalizabilidad del MMPI-2 chileno, véase Rissetti *et al.* (1996).

El estudio de estandarización chileno brindó evidencias sustanciales en torno a la congruencia del MMPI-2 en Chile. Los perfiles de las muestras normativas chilenas y estadounidenses fueron muy similares y la alta coherencia interna de las escalas, en ocasiones más alta que las encontradas en la versión original, apoyó la solidez psicométrica de la versión chilena (Rissetti *et al.*, 1996).

EL MMPI-2 EN ARGENTINA

El uso del MMPI ha sido muy popular en Argentina desde la década de los 60. El MMPI original fue traducido al español en ese país en 1964 por el Servicio de Evaluación Psicológica del Departamento de Orientación Vocacional de la Universidad de Buenos Aires (Casullo, 1964) y por Montoya (1977; véase también Barbenza *et al.*, 1978). Esta versión del MMPI no fue muy usada en los contextos clínicos pero sí en la selección de personal y para investigaciones clínicas. Casullo *et al.* (1996), comenzaron a desarrollar el MMPI-2 argentino en 1991 por medio de obtener la versión en español que Rissetti *et al.* desarrollaron para Chile (1989b).

Cuando estuvo lista la versión revisada, Casullo y coautores (ob. cit.) realizaron varios proyectos para adaptar el MMPI-2 en español para las poblaciones en Argentina. Al adaptar la versión chilena de la prueba, tuvieron en cuenta la necesidad de una equivalencia lingüística y conceptual para modificar los ítems traducidos. A medida que el proyecto se desarrolló, impartieron cursos de entrenamiento para el uso, administración, calificación e interpretación de las pruebas con el fin de facilitar el trabajo con los profesionales con el MMPI-2 en Argentina. Los investigadores llevaron a cabo varios estudios de la versión argentina del MMPI-2 (Casullo ob. cit.).

Procedimientos para la adaptación de la versión argentina del MMPI-2

La adaptación argentina del MMPI-2 se derivó de la traducción al español chileno de la prueba y de la traducción y traducción inversa desarrollada por dos psicólogos

bilingües. Casullo (ob. cit.) consideraron la equivalencia lingüística y conceptual de los ítems para la gente de Argentina. Además, tuvieron en cuenta la precisión y la sensibilidad cultural de los ítems, es decir, cambiaron algunas palabras para adaptarlas a las expresiones verbales argentinas. La precisión de la adaptación final se evaluó mediante dos estudios de traducción inversa al inglés. Cuando se presentaron discrepancias en los ítems, se modificó el contenido del ítem para que aplicara a los argentinos. Además, los investigadores siguieron otros pasos para facilitar la investigación del MMPI-2 en Argentina. Por ejemplo: elaboraron un manual de pruebas del MMPI-2 (Brenella *et al.*, 1992) para entrenar a las personas que participaran en las investigaciones y a estudiantes argentinos que no leen o hablan inglés. El manual brindó información actual sobre la historia, el desarrollo, la estructura, la administración y los procedimientos de calificación del MMPI-2. Casullo (ob. cit.) también incorporaron el MMPI-2 en el programa académico en un curso sobre evaluación psicológica impartido en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y desarrollaron varios talleres de entrenamiento para psicólogos y médicos profesionales que trabajan en los hospitales psiquiátricos y generales participantes en el proyecto y para los profesionales que trabajan en el Consejo Médico Forense.

Investigación sobre el MMPI-2 en Argentina

Casullo *et al.* (1996), llevaron a cabo investigaciones con varios grupos. En un principio, se recopilaron datos sobre una muestra constituida por 600 individuos argentinos normales provenientes de Belgrano y Buenos Aires, de dos universidades en el área metropolitana de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de La Plata, ubicada en la ciudad capital Buenos Aires. Los datos normativos sobre la población general incluyeron participantes con un nivel socioeconómico medio, quines vivían en dos grandes zonas urbanas de Buenos Aires y de La Plata. También se realizaron investigaciones sobre las escalas de validez y clínicas con el fin de brindar información respecto a los individuos normales. A pesar de que los hombres y mujeres argentinos, en comparación con los datos normativos estadounidenses, mostraron algunos puntajes medios más altos en varias escalas, estas diferencias fueron mínimas y la mayoría se localizaron dentro del error estándar de medición (Casullo ob. cit.).

Del mismo modo, se han llevado a cabo varios estudios sobre otras poblaciones, como los aspirantes al colegio militar, pacientes psiquiátricos, pacientes psiquiátrico-forenses, reclusos y estudiantes universitarios. Aunque puede haber algunas diferencias culturales, Casullo (ob. cit.) concluyeron que, en general, el MMPI-2 muestra una clara sensibilidad hacia los problemas psicológicos en Argentina. Reportaron que cuando se comparan los puntajes medios de la muestra de población general y la muestra de pacientes psiquiátricos no hospitalizados, el MMPI-2

diferencia una de la otra correctamente, del mismo modo que con los estudios reportados en otros países. Casullo (ob. cit.) concluyeron que los estudios argentinos actuales del MMPI-2 sugieren el valor de las investigaciones y de las evaluaciones clínicas de la personalidad futuras. La versión en español del MMPI-2 más fácil de conseguir para su uso en Argentina es la castellana (véase la discusión posterior y la información de los editores en el apéndice A).

USO DEL MMPI Y DEL MMPI-2 EN PERÚ

Más que traducir el MMPI o el MMPI-2 al español para su país, algunos psicólogos han optado simplemente por usar las versiones en español que han tenido éxito desarrolladas en otros países. Perú, por ejemplo, ha seguido esta estrategia con buenos resultados. El MMPI y el MMPI-2 tienen una larga historia de investigación y uso clínico en ese país. La versión original del MMPI fue el tema de varias investigaciones que incluían tanto la traducción de Núñez como la traducción de García (MMPI versión hispana). Por ejemplo, Manolo (1993) investigó los hallazgos de 20 estudios peruanos acerca del MMPI que se enfocaron en factores como la evaluación y la comparabilidad de los puntajes de las pruebas en varios grupos clínicos, el estudio de la efectividad de la prueba para evaluar las características de la personalidad del modo en que las miden varias elevaciones en las escalas clínicas, el examen de la relación del MMPI con otros instrumentos de medición de la personalidad, y la valoración de la utilidad de las versiones abreviadas de la prueba en un intento por hacer que la prueba fuera más fácil de administrar a los pacientes en Perú.

Las investigaciones en Perú han determinado que la versión de García-Azan del MMPI-2 en español con las normas estadounidenses es apropiado para su uso en evaluaciones clínicas en Perú (Scott & Pampa, 2000). Estos investigadores efectuaron un estudio comparativo del MMPI-2 sobre dos muestras de hombres y mujeres con un rango diverso de antecedentes laborales, educativos y socioeconómicos. Descubrieron que los participantes peruanos obtuvieron puntajes similares en las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2 que la muestra normativa estadounidense. El puntaje medio de sus muestras de hombres y mujeres de la población general aparece en la figura 2-9 para los hombres y en la figura 2-10 para las mujeres, trazado sobre normas estadounidenses. Como Scott & Pampa observaron, los puntajes de los peruanos están muy cerca de las medias para la población general estadounidense, con excepción de la escala *F* para las mujeres. Esta diferencia es similar a los resultados para México.

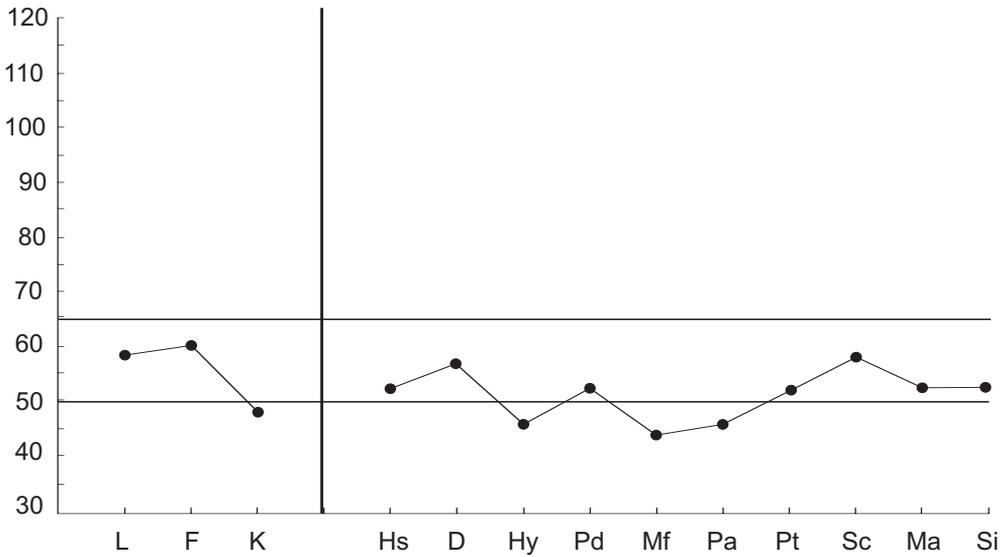


Figura 2-9. Puntajes de las escalas de validez y clínica del MMPI-2 de hombres peruanos ($N=56$) trazados sobre normas estadounidenses ($N = 1\ 138$; Scott & Pampa, 2000). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

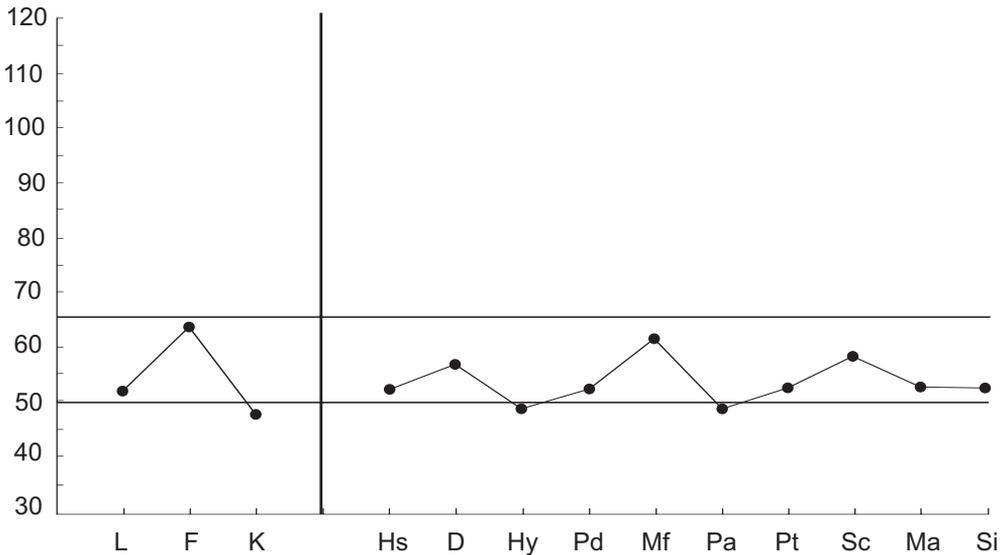


Figura 2-10. Puntajes de las escalas de validez y clínica del MMPI-2 de mujeres peruanas ($N=67$) trazados sobre normas estadounidenses ($N = 1\ 462$; Scott & Pampa, 2000). Véase el pie de imagen de la figura 2-1 para las definiciones de las escalas.

USO DEL MMPI Y DEL MMPI-2 CASTELLANOS EN ESPAÑA

El MMPI original se usó en España desde que fue traducido por primera vez en 1975 (Avila-Espada & Jimenez-Gomez, 1996). El uso más extenso del MMPI tuvo lugar en las áreas de selección de personal y asesoría académica; no obstante, varios profesionales clínicos también lo incluyeron en sus baterías de evaluación. Se suscitaron muchos problemas que impidieron que se difundiera la aceptación del MMPI entre los psicólogos. En primer lugar, la traducción al castellano del MMPI original fue un tanto problemática en aquel país (particularmente en la selección de pre empleo), ya que contenía varios ítems cuyos significados eran ambiguos, extraños o cultural y socialmente obsoletos. Algunos de los ítems provocaron preocupaciones legales porque se consideró que tal vez violaran la constitución española, la cual protege la libertad del individuo con respecto a sus ideas sociales, políticas y religiosas. Es decir, el MMPI original contenía varios ítems que preguntaban acerca de las creencias religiosas (estos ítems se suprimieron en la revisión del MMPI en 1989). La segunda razón de que la prueba no tuviera una aceptación general en España se debió a que la traducción inicial del instrumento contenía muchos ítems que no fueron traducidos con precisión. La tercera razón fue que las normas usadas no eran lo suficientemente amplias como para representar a la población general (Avila-Espada & Jimenez-Gomez ob. cit.). Había más normas españolas disponibles, publicadas por Seisdedos (1977) y Seisdedos & Roig Fuste (1986), pero no se incluyeron en el MMPI oficial (Avila-Espada & Jimenez-Gomez ob. cit.). Estos problemas con el MMPI original en español impulsaron la adaptación del MMPI-2 cuando éste se publicó en 1989. En 1992, se formó un equipo de investigación constituido por profesores e investigadores de 11 universidades españolas y coordinado por A. Avila-Espada, en la Universidad de Salamanca.

El MMPI-2 castellano

El equipo de investigación siguió las normas de traducción disponibles para la adaptación de pruebas desarrollada por la *University of Minnesota Press*. Al principio, tradujeron directamente los ítems como se explica a continuación. Seis psicólogos profesionales con experiencia en traducción (tres de los cuales eran totalmente bilingües) tradujeron los ítems por separado. Los traductores fueron instruidos con el fin de que tuvieran cuidado de considerar el sentido original de los ítems y asegurar que las oraciones fueran comprensibles para los participantes con niveles culturales de medio a bajo y de diferentes zonas geográficas de España. Después, el equipo se reunió y desarrolló una versión por consenso. Como resultado del esfuerzo empleado para alcanzar un banco de ítems consensuados, se administró la versión acordada a dos grupos de estudiantes de posgrado de psicología clínica y a varias personas de la población general para determinar si los ítems eran com-

prensibles. Estos resultados permitieron que el equipo de investigación refinara aún más la versión de la prueba (Avila-Espada y Jimenez-Gomez, ob. cit.).

El equipo de investigación realizó un estudio normativo de la versión castellana del MMPI-2 por medio de conseguir una población normal que constó de varias muestras de diversos subgrupos de población de acuerdo con el censo de 1989. Obtuvieron muestras de todas las áreas geográficas de España de hombres y mujeres de tres rangos: de 19 a 29 años, de 30 a 44 años y de 45 a 65 años. Además, la representatividad sociodemográfica también fue una consideración importante.

Características estructurales de la versión castellana con la población normal

La población normativa para la versión castellana del MMPI-2 mostró patrones de aprobación similares a los de la población normativa en EUA (Avila-Espada y Jimenez-Gomez, ob. cit.). Los puntajes medios, aunque un poco más altos entre la población española, por lo general coincidieron con las normas estadounidenses. Además, en su mayoría, los patrones de aprobación de ítems entre las muestras estadounidenses y españolas fueron similares. Las correlaciones de los porcentajes de aprobación fueron de .850 para las mujeres y de .871 para los hombres, lo cual confirmó aún más la equivalencia entre el MMPI-2 en inglés y la versión castellana. Asimismo, la estructura factorial de la versión castellana fue comparable al análisis factorial de la muestra normativa estadounidense.

Sobre todo, los estudios psicométricos de la muestra normativa española proporcionaron un claro apoyo para la coherencia transcultural del MMPI-2 y, en particular, para la equivalencia de las versiones castellanas y estadounidenses en las poblaciones generales.

RESUMEN

Para obtener una visión completa de la utilidad del MMPI y del MMPI-2 en la evaluación de pacientes hispanos en EUA, es importante tener un panorama amplio del uso del instrumento en el contexto internacional, en particular de los países hispanohablantes. Este capítulo ha brindado una revisión histórica del uso del MMPI y del MMPI-2 en varias naciones de habla hispana con el fin de ilustrar su carácter general. El MMPI original fue traducido y usado en muchos países aunque fue difícil traducir y adaptar culturalmente algunos de los ítems. Se ha estimado que existen más de 150 traducciones del MMPI original en todo el mundo. La revisión del MMPI en 1989 incluyó cambios en los ítems que hicieron que el instrumento fuera más adaptable a otros idiomas y culturas. Existen 33 traducciones disponibles del MMPI-2, y 12 del MMPI-A. En la revisión del MMPI-2, se intentó proporcionar una muestra normativa más representativa de los participantes afroamericanos, hispanos

nativos norteamericanos y asiáticos para equipararlas con la constitución de la población estadounidense. A pesar de las tensas relaciones entre Cuba y EUA, los psicólogos cubanos han conservado su interés en usar la prueba estadounidense (el MMPI) para evaluar problemas clínicos.

En este capítulo, se revisaron las amplias investigaciones sobre adaptación y validación de la versión en español del MMPI-2 para México. Las normas para la versión mexicana de la prueba son similares en general a las normas estadounidenses. El uso del MMPI-2 es muy difundido en las evaluaciones de la personalidad en México desde su publicación en la década de los 90. Asimismo, se revisaron las investigaciones sobre la prueba en otros países de habla hispana.

SÍNTESIS

- El uso del MMPI original fue muy difundido en Cuba entre los años 50 y 90. El MMPI-2 versión hispana se incorporó en la investigación y en las aplicaciones clínicas en Cuba en la década de los 90.
- El MMPI y el MMPI-2 se han usado en México desde su publicación en 1967 y en los 90, respectivamente. Se han realizado amplias investigaciones de adaptación y validación con la versión mexicana del MMPI-2.
- El MMPI se ha usado en Puerto Rico desde la década de los 50, con adaptaciones de las versiones del MMPI versión hispana y del MMPI-2 versión hispana, realizadas en los años 90. Ambas versiones de la prueba han tenido un uso difundido en la evaluación clínica y en la investigación en Puerto Rico.
- Uno de los proyectos de traducción y adaptación más extensos se ha efectuado con el MMPI y el MMPI-2 en Chile. Las investigaciones para adaptar el MMPI original en Chile comenzaron en 1976. Se tradujo y se normó el MMPI-2 en Chile después de que se publicó en 1989.
- El uso del MMPI ha sido difundido en Argentina desde su publicación en 1964. Al principio, su uso se enfocó en la selección de personal y en la investigación clínica. Cuando se publicó la versión revisada en Chile, los psicólogos argentinos también comenzaron a usarla.
- Los psicólogos en Perú adaptaron el MMPI y, en años más recientes, el MMPI-2 para la investigación y el uso clínico en ese país. El MMPI original, tanto la traducción de Núñez como la de García, fue objeto de varios estudios en Perú. Los investigadores han concluido que la traducción del MMPI-2 realizada por García-Azan usada con las normas estadounidenses funciona de manera satisfactoria para caracterizar los problemas de salud mental en Perú.
- El MMPI original empezó a usarse en España en 1975 principalmente para la selección de personal y la asesoría académica. El MMPI-2 se tradujo con sumo cuidado al español castellano y se recopilaron nuevas normas a partir de un muestreo diverso de la población de acuerdo con el censo de 1989.



3

USO DEL MMPI-2 PARA EVALUAR A LOS PACIENTES HISPANOS QUE VIVEN EN EUA

La evaluación de los pacientes de orígenes culturales distintos puede plantear varios desafíos al terapeuta. Este capítulo aborda el uso del MMPI y del MMPI-2 con pacientes hispanos que viven en EUA. Puede ayudar a determinar si un inmigrante mexicano acusado de un delito capital es culpable a causa de una enfermedad mental.

La meta de este capítulo es proporcionar una visión general de las consideraciones que son importantes para los terapeutas que evalúan a pacientes de habla hispana con el MMPI-2. En primer lugar, se presenta una perspectiva histórica sobre las investigaciones anteriores y sobre las aplicaciones del uso de las distintas formas del MMPI con hispanos en EUA, seguida de la información pertinente sobre los antecedentes necesarios para evaluar a los pacientes hispanoparlantes en contextos aplicados.

PANORAMA GENERAL DE LAS INVESTIGACIONES

El uso de los instrumentos del MMPI para evaluar a los pacientes de origen hispano que viven en EUA tiene una larga historia e involucra varias versiones del MMPI, tanto en inglés como en español.

Uso de la versión en inglés del MMPI-2 con pacientes hispanos

El uso de la versión en inglés del MMPI-2 es muy difundido con pacientes hispanos que viven en EUA, así como lo fue el MMPI. El uso de la versión en inglés de la prueba se basa en la suposición de que el paciente entiende y lee en inglés. Esta forma de la prueba a menudo se usa para los pacientes bilingües o que han vivido, trabajado o asistido a la escuela en EUA por cierto tiempo. Es claro que el uso de la versión en inglés del MMPI-2 resulta una forma apropiada para los hispanos que pueden leer y comprender los ítems y conocen la cultura estadounidense; los datos

de los censos sugieren, como se dijo en el capítulo uno, que una gran proporción de los hispanos que viven en EUA sí comprenden y leen en inglés lo suficiente y están lo suficientemente versados en la cultura estadounidense como para que se les aplique la prueba en inglés. Además, se incluyó a los hispanos en la población normativa cuando las normas del MMPI-2 fueron recopiladas en la versión en inglés (Butcher *et al.*, 1989) y, como ya se mencionó, los puntajes medios de la muestra normativa hispana en las escalas clínicas no presentaron diferencias sustanciales con relación a la muestra caucásica.

La traducción de Núñez del MMPI al español

Aunque la primera versión cubana del MMPI original (Bernal & Fernandez, 1949) se ha usado de manera experimental en EUA, la versión en español del MMPI más usada en EUA durante los años 60 y 70 fue la traducción realizada por Rafael Núñez. Esta versión del MMPI en español fue publicada en 1967 (véase Núñez, 1967, 1979, 1987) para su uso en México y también se utilizó en EUA como un medio para evaluar a los pacientes hispanos que no podían leer ni entender la versión en inglés.

En la década de los sesenta, Núñez, un profesor de psicología en la Universidad de las Américas de la Ciudad de México, estudió durante un breve periodo con Starke Hathaway en Minneapolis. A su regreso a México, inició una traducción de los ítems con la ayuda de estudiantes bilingües de la universidad que tradujeron el banco de ítems. Los ítems se dividieron, de tal modo que cada uno de los estudiantes que participaron sólo tradujo un subgrupo. No se llevaron a cabo traducciones inversas o estudios test-retest bilingües antes de que el uso de la prueba se popularizara; así, el inventario contenía varios ítems que no habían sido traducidos adecuadamente. También la traducción de Núñez del MMPI original se terminó antes del desarrollo de las normas estrictas actuales para la traducción de ítems y, en consecuencia, no se tradujo ni adoptó para México con la rigurosidad que hoy en día se aplica a los instrumentos.

El MMPI versión hispana y el MMPI-2 versión hispana

García *et al.* (1983), desarrollaron el MMPI versión hispana para brindar una traducción más precisa de los ítems. Esta versión fue publicada por *National Computer Systems*, el distribuidor del MMPI, en 1984. Esta traducción se efectuó con sumo cuidado con traducciones iniciales realizadas por profesionales de la salud mental provenientes de Cuba, México y Ecuador. Una traducción inversa de la traducción terminada aseguró que los ítems lograran la equivalencia (Butcher & García, 1978). Además de la versión en el formato de cuadernillo, el editor también publicó una versión audiograbada de los ítems. Los psicólogos que usaban el MMPI versión his-

pana ajustaron los resultados sobre las normas estadounidenses para el MMPI y siguieron las estrategias tradicionales de interpretación de pruebas. La disponibilidad de esta traducción del MMPI permitió que los psicólogos sometieran a pruebas a los pacientes con un nivel mínimo de comprensión de lectura en inglés y su uso se difundió en los contextos clínicos y forenses.

Cuando el MMPI-2 reemplazó al MMPI original en EUA, Rosa Garcia y Alex Azan desarrollaron el MMPI versión hispana en 1993 (Garcia-Peltoniemi & Azan Chaviano, 1993) para proporcionar un medio de evaluar a los pacientes de origen hispano que viven en EUA, pero que no hablan inglés lo suficientemente bien como para responder la prueba en ese idioma. La versión traducida del MMPI-2 fue desarrollado a partir del MMPI versión hispana de Garcia (ob. cit.). Azan (1989) tradujo los ítems adicionales del MMPI-2 que no estaban incluidos (y traducidos en el MMPI original) y realizó un estudio de adaptación y de comparabilidad de la prueba con hispanos en EUA (Azan, ob. cit.). La versión de Garcia-Azan del MMPI-2 se ha propagado en EUA y en Puerto Rico y también se usa en Argentina, distribuida por la editorial Paidós de Buenos Aires. Como con el MMPI versión hispana original, las normas estadounidenses para el MMPI-2 se usan en parte con esta forma del MMPI-2 de acuerdo con la comparabilidad que Azan encontró.

Dado que existen muchas traducciones posibles al español, surge la pregunta de si una sola traducción al español podría no ser suficiente para todos los países de habla hispana, como sucede con la versión en inglés en países angloparlantes como Canadá, Inglaterra, Irlanda y Australia. Sin embargo, los psicólogos en los distintos países de habla hispana han notado que algunas interpretaciones de los ítems no transmiten el mismo significado en todas las naciones hispanohablantes y es necesario modificarlos. Por ejemplo, Cabiya (1994) encontró que sería necesario alterar los 22 ítems de la traducción chilena del MMPI-2 para que fuera posible aplicar el instrumento en Puerto Rico. Sin embargo, descubrió que sólo ocho ítems de la traducción de Garcia-Azan tenían que modificarse a nivel local. En términos generales, se consideró que la versión del MMPI-2 de Garcia-Azan era la forma más apropiada para usarse en Puerto Rico (Cabiya, ob. cit.).

Las investigaciones que incluyen diseños test-retest bilingües han mostrado que los puntajes del MMPI-2 son comparables. Las evaluaciones test-retest bilingües del MMPI-2 versión hispana realizadas por Velasquez *et al.* (1998), y Cruz-Niemec (2004) verificaron que la versión en español es equivalente a la forma en inglés. Se sometió a prueba a 57 hispanos (42 mujeres y 15 hombres) con el MMPI-2 de Garcia-Azan (véase el cuadro 3-1 para las correlaciones test-retest entre las dos formas). También se comparó a hispanos que hablan español con las versiones hispana y mexicana del MMPI-2 en un diseño contrabalanceado y no se encontraron diferencias entre las dos traducciones al español. Las investigaciones en torno al MMPI-2 en español han mostrado que esta versión del MMPI-2 es una traducción efectiva y equivalente del inventario. Scott & Pampa (2000) concluyeron que la

CUADRO 3-1

Correlaciones test-retest bilingües (español-inglés) para la validez del MMPI-2 y las escalas clínicas del MMPI-2 hispano y el retest semestral de 30 participantes seleccionados aleatoriamente de la muestra normativa de 200 (Cruz-Niemiec, 2004).

Escala	Estudio test-retest de una semana	Estudio test-retest semestral
<i>L</i>	.68	.56
<i>F</i>	.66	.84
<i>K</i>	.76	.75
<i>Hs</i>	.60	.40
<i>D</i>	.76	.73
<i>Hy</i>	.68	.51
<i>Pd</i>	.62	.63
<i>Mf</i>	.77	.61
<i>Pa</i>	.76	.32
<i>Pt</i>	.77	.68
<i>Sc</i>	.76	.68
<i>Ma</i>	.77	.56
<i>Si</i>	.63	.88

Nota: Las escalas incluyen *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-Feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social). Tomado de Velasquez, Callahan *et al.* (1998) y Cruz-Niemiec (2004).

versión de Garcia-Azan del MMPI-2 constituyó un avance significativo respecto a la primera traducción de Núñez para evaluar a los pacientes en Perú.

Investigación de la validez en el MMPI-2 versión hispana

La validez de la versión de Garcia-Azan del MMPI-2 (estudios que implican la administración en español y las normas estadounidenses) se ha establecido en varios estudios de investigación en distintas áreas de problemas clínicos. Estas áreas incluyen a los pacientes psiquiátricos hospitalizados (Callahan, 1997; Colón, 1993), la experiencia traumática (Álamo *et al.*, 1995), maltrato y negligencia por parte de los padres (Garrido *et al.*, 1997), delitos por conducir bajo la influencia de alcohol o drogas (Flores *et al.*, 1996), pacientes con depresión hospitalizados y no hospitalizados (Cabiya & Dávila, 1999b) y el mejoramiento en la terapia (C. Pena *et al.*, 1995).

Se han llevado a cabo varios estudios con adictos usando la versión en español del MMPI-2 tanto en EUA como en Puerto Rico. Se ha encontrado que los hombres hispanos con problemas de abuso de alcohol y drogas presentan características de personalidad según el MMPI-2 similares a las de los euro-estadounidenses (Flores *ob. cit.*; Lapham *et al.*, 1997; Steinman, 1993; Velasquez *et al.*, 1997). Por último, el Sistema Megargee de Clasificación de Delincuentes desarrollado para el MMPI-2 funcionó igualmente bien para los reclusos hispanos y afroamericanos que para los caucásicos (Garrido *et al.*, 1998). En este estudio, se les dio a los reclusos la opción

de tomar el MMPI-2 en inglés o en español ya fuera en formato de cuadernillo o audiograbado.

Cabiya y sus colegas (Cabiya, ob. cit.) realizaron varios estudios de validación externa sobre el MMPI-2 versión hispana. En un estudio, Cabiya (ob. cit.) evaluó la efectividad del MMPI-2 para detectar los problemas de salud mental en una muestra psiquiátrica en comparación a una muestra no psiquiátrica de estudiantes. En este estudio, los investigadores sometieron a prueba a 30 pacientes de sexo masculino y a 33 pacientes de sexo femenino y compararon sus respuestas con las de una muestra de no pacientes de 198 estudiantes del sexo masculino y 146 estudiantes de sexo femenino. Las mediciones clínicas del MMPI-2 diferenciaron de manera significativa estas poblaciones, así como los resultados de G. M. E. Lucio *et al.* (1999), en México y Rissetti *et al.* (1996), en Chile. En otro estudio, C. Pena *et al.* (ob. cit.), efectuaron una evaluación de la muestra representativa de reclusos en Puerto Rico. Estos resultados son comparables a los estudios de muestras hispanas de correccionales en EUA (Garrido *et al.*, 1999).

Versiones en español del MMPI-2 importadas

Como se describió en el capítulo dos, el MMPI-2 ha tenido varias adaptaciones en los países de habla hispana. Podría resultar apropiado, por ejemplo, administrar a algunos inmigrantes recientes a EUA provenientes de un país latino una versión en español diferente desarrollada en otro país (p. ej. México o Chile).

La versión en español importada más común que se usa en EUA para evaluar a pacientes hispanos es la versión mexicana del MMPI-2 por G. M. E. Lucio y Reyes Lagunes (1996; véase el capítulo dos de este libro). En consecuencia, en el apéndice C aparecen las normas mexicanas (cuadros de conversión del puntaje T) para el MMPI-2, y en el apéndice D se presentan los puntajes T para el MMPI-A con el fin de ayudar a los psicólogos a trazar perfiles sobre estas normas.

Las figuras que acompañan el siguiente caso ilustran la similitud de perfil cuando la prueba se califica sobre normas estadounidenses y mexicanas:

Juan G., un trabajador inmigrante mexicano de 38 años, fue admitido en una institución psiquiátrica en EUA. Él había estado en ese país por aproximadamente nueve meses cuando sus síntomas psiquiátricos se agravaron al grado de requerir hospitalización. Al momento de ingresar al hospital, Juan G. presentaba desorganización y delirios; amenazó con asesinar a su primo y a un compañero de trabajo con quienes vivía. Durante la entrevista de admisión, Juan parecía muy perturbado y desorientado. Reportó alucinaciones visuales. Después de haber estado dos semanas en el hospital, se le administró la versión audiograbada del MMPI-2 versión hispana (véase figura 3-1 para el perfil trazado sobre normas estadounidenses). También se trazó su perfil sobre normas mexicanas (véase figura 3-2).

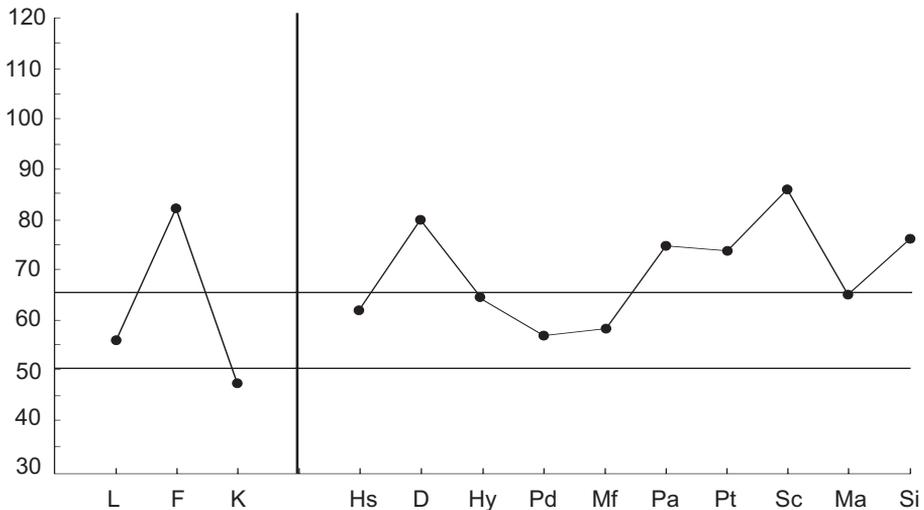


Figura 3-1. Perfil clínico y de validez del MMPI-2 para Juan G., un trabajador mexicano inmigrante que vive en EUA (trazado sobre normas estadounidenses). Las escalas incluyen *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-Feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social).

Críticas del uso de pruebas psicológicas con hispanos

Como se mencionó en el capítulo uno, se han publicado dos críticas del uso de pruebas psicológicas, como el MMPI-2, con pacientes hispanos, y es necesario apreciarlas desde la perspectiva adecuada (Dana, 1988; Hays, 2001). Ambas revisiones, aunque presentan algunas conclusiones válidas acerca de la necesidad de atender factores culturales en las evaluaciones, son, en esencia, extremas y contrarrestan el uso razonado de procedimientos de evaluación psicológica en contextos culturales. Si siguiéramos sus consejos indiscriminadamente, ¡todas las investigaciones internacionales sobre la evaluación de la personalidad se reducirían!

En el capítulo uno también se vio que estas críticas no han considerado varios hechos demostrados: a) los ítems del MMPI abordan con claridad los problemas universales (como un amplio rango de síntomas de salud mental, creencias y actitudes) que son relevantes y apropiados para las personas de culturas diferentes; b) las escalas del MMPI agrupan estos síntomas en formas descriptivas significativas (o escalas) que han ampliado su generalidad y validez, y c) las estructuras factoriales de estas dimensiones de los ítems se mantienen en culturas diferentes (véase Butcher & Pancheri, 1976). La gran amplitud de los ítems representado en el banco de ítems del MMPI-2 brinda una revisión suficiente de la salud mental o una investigación sobre la evaluación de esa salud en distintas culturas.

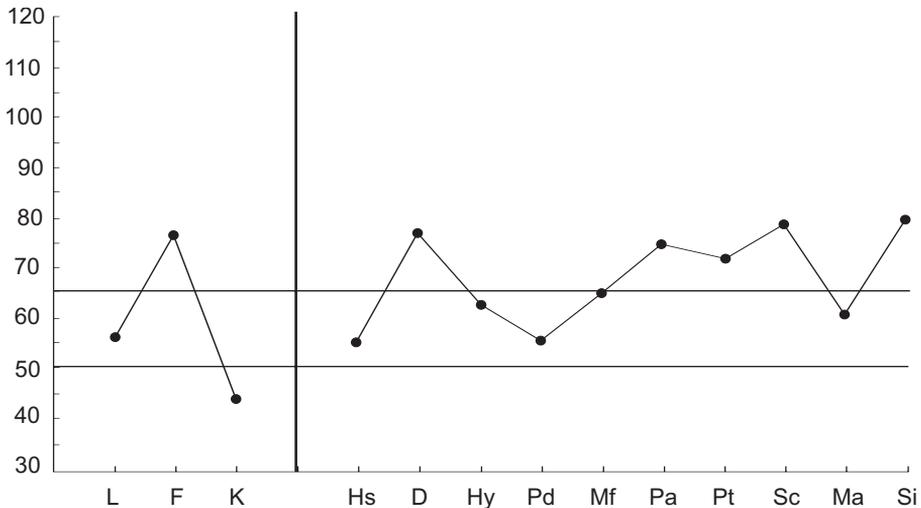


Figura 3-2. Perfil clínico y de validez del MMPI-2 para Juan G., un trabajador mexicano inmigrante que vive en EUA (trazado sobre normas mexicanas). Véase el pie de imagen de la figura 3-1 para las definiciones de la escala.

Los puntos de vista “culturalistas” extremos no logran distinguir ni reconocer la dispersión cultural y las similitudes lingüísticas y culturales entre las personas de culturas diferentes. Estas críticas tienden a usar la idea de la exclusividad cultural en la misma forma que los antropólogos: para contrarrestar los puntos de vista universalistas en las comparaciones transculturales.

Resumen de las investigaciones del MMPI y del MMPI-2 con hispanos en EUA

Velasquez *et al.* (1998), revisaron la literatura de las investigaciones existentes acerca del uso del MMPI y del MMPI-2 con hispanos y reportaron los resultados de 173 estudios con personas de esa procedencia en muchos contextos diferentes, incluidos aquellos con adolescentes (18), en contextos universitarios (36), en contextos comunitarios (siete), en contextos correccionales (21), con el personal en contextos laborales (cinco), con pacientes psiquiátricos (33), en contextos de rehabilitación (15) y con personas que presentan abuso de sustancias (22). Velasquez *et al.*, notaron que muchos de los estudios, aunque consistentes, nunca se publicaron y a menudo es difícil consultarlos. Es posible encontrar un resumen de muchos de estos estudios en el manual de Velasquez *et al.* (ob. cit.). Estos autores proporcionaron una perspectiva favorable hacia el uso de pruebas como el MMPI para evaluar a pacientes hispanos cuando se tienen en cuenta factores como la aculturación y la comprensión de lectura. (Para una lista de referencias relevantes, véase el apéndice B.)

Hall *et al.* (1999), publicaron una revisión bien organizada e incluyente de una vasta investigación con varios grupos étnicos para examinar los efectos potenciales de la condición de la minoría étnica sobre los perfiles de personalidad. Estos investigadores llevaron a cabo un meta-análisis de la relación de la investigación con los grupos étnicos y el MMPI y MMPI-2. Efectuaron análisis de varios estudios comparativos del MMPI y del MMPI-2 de las siguientes muestras: 1 428 hombres afroamericanos y 2 837 hombres euroestadounidenses (25 estudios); 1 053 mujeres afroamericanas y 1, 470 mujeres euroestadounidenses (12 estudios); y 500 hombres hispano estadounidenses y 1, 345 hombres euroestadounidenses (13 estudios). Descubrieron que la membresía étnica tiene una influencia mínima sobre la personalidad medida.

En un estudio de padres hispanos y euroestadounidenses enviados a evaluaciones de competencia parental por parte de una oficina estatal de protección infantil, Garrido *et al.* (1997), usaron las versiones tanto en inglés como en español del MMPI-2. Incluso con diferencias sociodemográficas entre los padres hispanos y los euroestadounidenses (p. ej., los hispanos tuvieron niveles más bajos de logros académicos, índices más bajos de empleo y familias más numerosas), el MMPI-2 reveló relativamente pocas diferencias significativas. Una de éstas, constituida por los puntajes más altos en la escala *L* (Mentira) en la muestra hispana, es congruente con los hallazgos de estudios anteriores en varios contextos. En este estudio, también se observaron diferencias significativas en las escalas básicas *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión) y *Sc* (Esquizofrenia), las cuales fueron más altas para los hispanos. Del mismo modo, las escalas de contenido *FRS* (Miedos), *HEA* (Preocupaciones por la salud) y *BIZ* (Pensamiento extravagante) fueron más altas para los hispanos. La existencia de estas diferencias, junto con la importancia de la familia y del rol parental entre los hispanos (p. ej., Cooney, 2001; Ortega, 2001) indica que el MMPI-2 proporciona información útil acerca del funcionamiento de los padres hispanos mientras que, al mismo tiempo, es sensible hacia las características socioculturales particulares de estos padres.

El MMPI-2 también se ha usado para describir las características de los reclusos hispanos y euroestadounidenses y para predecir su adaptación en la prisión. En un estudio con reclusos de prisiones estatales en espera de su sentencia, Garrido *et al.* (1998), encontraron que, de acuerdo con las investigaciones previas, los reclusos hispanos obtuvieron puntajes más altos en las escalas *L*, *Hs*, *Pt* (Psicastenia), *Sc*, *HEA* y *BIZ* en comparación a los reclusos euroestadounidenses. Cuando se aplicó el Sistema Megargee de Clasificación de Delincuentes a esta muestra, no hubo una relación estadísticamente significativa entre la etnicidad y el tipo de criminal, así como lo mostraron los resultados previos del MMPI (Carey *et al.*, 1986). No obstante, las limitaciones en el tamaño de la muestra requieren que este instrumento se presente con sumo cuidado y sugieren la necesidad de otras investigaciones con una muestra más grande. El MMPI-2 también fue capaz de discriminar entre los

reclusos con pocas o ninguna sanción disciplinaria y aquellos con sanciones frecuentes. El análisis reveló que las escalas *Ma* (Hipomanía), *ASP* (Prácticas antisociales), *FAM* (Problemas familiares) y *TPA* (Tipo A) fueron, en conjunto, los predictores más fuertes. Para los reclusos hispanos la escala de contenido *FAM* surgió como el predictor individual más fuerte de varias acciones disciplinarias, aunque no fue un predictor significativo para los reclusos euroestadounidenses. Esto sugiere que para los reclusos hispanos la calidad y las características de sus relaciones familiares pueden tener una poderosa influencia sobre su adaptación general a la experiencia de encarcelamiento. Esto también sugiere que la habilidad del MMPI-2 para captar un aspecto culturalmente significativo del funcionamiento de estos reclusos, con implicaciones para su adaptación institucional. Por último, este estudio examinó la habilidad del MMPI-2 para predecir el tipo de infracciones disciplinarias (ninguna, infracciones violentas e infracciones no violentas). Tanto la edad como las escalas del MMPI-2 que confirman las dimensiones antisocial e impulsiva brindaron la diferenciación más sólida entre los tipos de infracciones cometidas.

Según estas comparaciones generales de la vasta investigación sobre la comparabilidad y uso de la prueba con poblaciones hispanas, concluimos que una utilización meticulosa del MMPI-2 puede proporcionar hipótesis valiosas en torno al funcionamiento de la personalidad y a la conducta sintomática.

GUÍAS DE ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN

A continuación abordaremos factores importantes que los terapeutas deben considerar cuando usen el MMPI-2 con pacientes hispanos.

Evaluación culturalmente sensible

Como se dijo en el capítulo uno, una consideración importante que revisar en el uso de cualquier procedimiento de evaluación psicológica con pacientes hispanos es la idoneidad de la situación y de los procedimientos de la prueba (*American Psychological Association*, 2002). Los terapeutas que realizan las evaluaciones con el MMPI-2 de hispanos en cualquier contexto deberían guiarse por la consideración tanto de las características psicológicas individuales como de los contextos familiares, socioculturales y sociodemográficos. Los terapeutas deben contestar las siguientes preguntas: ¿Con qué apoyos económicos, familiares, de salud y comunitarios cuenta este paciente? ¿Cuál podría ser el impacto de la presencia (o ausencia) de estos recursos sobre la evaluación de esta persona? ¿Cuáles son las suposiciones culturales del paciente en torno al presente tema (p. ej., competencia como padre, la existencia de angustia emocional, manejo de la pérdida, el cambio u otras

transiciones en la vida), y cómo se distinguen estas suposiciones de aquéllas de la sociedad de acogida?

Con este fin, los terapeutas deben hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿He construido un *rapport* adecuado con el paciente por medio de proporcionarle una explicación adecuada de los propósitos de esta evaluación? ¿Le expliqué claramente los límites y obligaciones de mi papel como evaluador?
2. ¿Mi entrevista incluye preguntas acerca de la experiencia, valores y educación con la familia de origen, así como de la experiencia socioeconómica?
3. ¿Mi entrevista incluye preguntas acerca de las circunstancias de obligación, posibles conflictos sociopolíticos que pudieran haber afectado a la familia, y la posible violencia y/o trauma relacionados con la migración?
4. ¿Mi entrevista explora las fortalezas o las fuentes potenciales de apoyo de este paciente incluso ante alguna desventaja socioeconómica o de cualquier otro tipo?
5. ¿Mi entrevista le da al paciente la oportunidad de describir las maneras en las que podría ayudársele en una forma culturalmente congruente?
6. ¿Qué tan apropiados son los instrumentos específicos de la prueba que estoy considerando para esta evaluación en términos de idioma, traducciones y normas? ¿Cómo influirá esto en la forma que debo interpretar los resultados? ¿Qué explicaciones alternativas debo considerar, en especial cuando los resultados estandarizados aparecen fuera del rango “normal”?

Consideraciones para la aplicación de la prueba

Antes de que se aplique el MMPI-2, el terapeuta necesita asegurarse de que el paciente esté cómodo en el contexto de la prueba, con el fin de maximizar la cooperación. Los terapeutas necesitan tomarse el tiempo para decirle al paciente cómo se usarán los resultados de la prueba y quién tendrá acceso a ellos. Es importante asegurarle que los resultados serán confidenciales y que él o ella necesitan firmar una forma correspondiente de publicación antes de que los resultados se pongan a la disposición de cualquier otra parte.

El terapeuta debe tener una imagen clara de los antecedentes y la experiencia del paciente con las pruebas, así como una comprensión de su historia cultural. Por ejemplo, Velasquez *et al.* (1997) señalaron que la mayoría de los pacientes mexicano-estadounidenses son buenos candidatos para la evaluación con el MMPI-2, ya que están acostumbrados a responder a las encuestas o a los cuestionarios relacionados con la salud o sus opiniones. Sin embargo, es posible que muchos pacientes inmigrantes mexicanos no hayan estado expuestos a este tipo de proceso evaluativo en México.

Muchos pacientes recién llegados a EUA, procedentes de México, sólo hablan español y pueden poseer un nivel educativo bajo o tener experiencias limitadas con el sistema de salud mental ya sea en EUA o en México. Por lo tanto, tienen menos probabilidades de comprender el propósito o significado de este estilo de pruebas en un contexto de salud mental o de atención médica. Estos individuos también pueden presentar menos probabilidades de revelar abiertamente sus problemas emocionales por miedo a acentuar los sentimientos de marginalidad, alienación o desesperanza. Malagdy *et al.* (1987), señalaron que existe la necesidad “de una evaluación preliminar de la dominancia y preferencia lingüística del paciente, así como una evaluación específica a la situación del grado de identificación del paciente con la cultura anglo-estadounidense o la hispana” (p. 233).

Otro factor que necesita tenerse en cuenta, como se observó en el capítulo uno, es la posibilidad de que los nuevos inmigrantes a EUA tengan un conjunto de respuestas diferentes que las personas que han estado viviendo en ese país durante algún tiempo, por ejemplo: pueden tener una fuerte necesidad de aprobación que se refleje en un perfil cuestionable (para una discusión de la validez del protocolo de evaluación, véase el capítulo cuatro de este libro). Pueden, por ejemplo, responder a ítems en una forma más socialmente deseable, ya que su propia cultura enfatiza un sentido de privacidad o de restricción personal y la creencia de que los extraños, incluso el consejero o el trabajador social, no deben tener acceso a sus sentimientos relacionados con la marginalidad, la inadaptación social o la enfermedad mental. Así, para muchos pacientes la tarea de evaluación puede resultar intrusiva y lo cual puede hacer que minimicen sus problemas.

Idioma de la prueba

Es importante que el terapeuta determine el idioma más apropiado para evaluar a los pacientes hispanos con el MMPI-2. Los pacientes hispanos que viven en EUA pueden hablar sólo español, sólo inglés o ser bilingües (Butcher & Garcia, ob. cit.; Velasquez *et al.*, 1997). Si son bilingües, su lengua dominante puede ser el inglés o el español, o su nivel de dominio del inglés o del español puede variar dependiendo de muchos factores, como el tiempo que llevan en EUA o su exposición al inglés en México. La mejor manera de determinar qué idioma usar consiste simplemente en preguntarles a los pacientes acerca de su dominio de la lengua, su preferencia de idioma al momento de revelar sentimientos o actitudes, o el idioma que usan con más frecuencia para relatar o resolver problemas emocionales (Velasquez *et al.*, 1997).

Malagdy *et al.* (ob. cit.), señalaron que

cuando... el bilingüismo [en los pacientes] ...se reconoce, surgen las siguientes preguntas: ¿En qué idioma, inglés o español, las personas bilingües expresan una mayor

psicopatología? Y, por supuesto, ¿Qué idioma transmite la verdadera naturaleza y el grado de la patología? (p. 231)

Velasquez *et al.* (1997), notaron que los pacientes bilingües pueden presentar el fenómeno del *cambio de lengua*, en el que el paciente cambia del inglés al español y nuevamente al inglés, dependiendo de la profundidad o la intensidad de los problemas o sentimientos que se discuten. Puede suceder que las diferencias observadas en el tipo de psicopatología que el paciente manifiesta se deban al uso del idioma.

¿Qué versión del MMPI-2 debe usarse con un paciente en particular? Es necesario que el psicólogo que está eligiendo la manera apropiada del MMPI-2 considere varios factores para usarla con un paciente hispanohablante en EUA. Existen varias formas posibles del MMPI-2 que pueden elegirse para evaluar a los pacientes hispanos. Tanto la versión en inglés como la versión en español están disponibles en formato de cuadernillo y de audiocinta. El MMPI-2 en inglés puede usarse con los pacientes cuya comprensión y habilidades de lectura en inglés son mayores a un nivel de sexto grado. Esta forma del instrumento es equivalente a la versión en español y es apropiada para usarse con hispanos que entiendan inglés.

El MMPI-2 versión hispana se recomienda para los pacientes en EUA que no hablan inglés y para los pacientes en Puerto Rico. Las investigaciones en torno a la versión hispana del MMPI-2 en EUA y Puerto Rico muestran que el MMPI-2 versión hispana es un instrumento con una traducción adecuada que puede usarse con individuos instruidos evaluados en contextos clínicos en EUA, es decir, cuando se realiza la evaluación con fines de valoración en este país (Cabiya, *ob. cit.*).

Otras alternativas para los pacientes son la versión mexicana del MMPI-2 (formato de cuadernillo, *El Manual Moderno*) y una versión diferente traducida (p. ej., la traducción para Chile o España) para los nacionales de esos países que se evalúan en EUA. Es posible evaluar a los inmigrantes que han estado en EUA por un corto periodo (p. ej., menos de un año) y que prefieran ser evaluados en el español de su país de origen con una adaptación lingüística apropiada para su país natal, por ejemplo, la versión mexicana del MMPI-2 (véase G. M. E. Lucio & Reyes-Lagunes, 1996). Esta versión usa expresiones idiomáticas a las que los inmigrantes mexicanos recientes están más acostumbrados.

En resumen, el terapeuta debe decidir qué versión particular del MMPI-2 usar en la evaluación de acuerdo con las consideraciones descritas anteriormente. De cualquier modo, las normas estadounidenses (las normas estándar del MMPI-2) deben usarse para todos los casos excepto cuando se use la versión mexicana o la versión para España o Chile, las cuales tienen sus propias normas establecidas. Es importante que el terapeuta administre todo el MMPI-2 en cualquiera de sus formas.

NORMAS PARA LOS PACIENTES HISPANOS EVALUADOS EN EUA

¿Qué normas deben usarse al evaluar a los pacientes de habla hispana que viven en EUA? En opinión de Hathaway (1970), coautor del MMPI original, es necesario evitar el desarrollo de los distintos conjuntos de normas para poblaciones diferentes. En cambio, así como tenemos unidades estándar de medición para la longitud y el peso, Hathaway sintió que debíamos medir la psicopatología en una forma comparable con un estándar único de referencia en vez de un conjunto de valores múltiples. Sin embargo, hay que considerar otros factores necesarios para asegurar que los problemas de un paciente sean ponderados de manera apropiada, por ejemplo: el nivel de comprensión, el grado de aculturación a la población normativa y el grado al que la base normativa particular es representativa en términos generales de las experiencias culturales del paciente.

Es necesario considerar varias cuestiones para determinar qué normas deben usarse para evaluar un paciente en particular. ¿Es apropiado usar las normas en inglés estadounidense para el MMPI-2 desarrolladas en EUA, las normas en español desarrolladas en EUA, o las normas basadas en una versión en algún otro idioma (p. ej., la versión mexicana) que se han sido desarrolladas en el país de origen del paciente? La pregunta de si es conveniente usar las normas estadounidenses para evaluar a los pacientes que han emigrado de otros países es importante, ya que existen varios formatos de administración posibles y normas apropiadas disponibles. Es preciso considerar varias posibilidades.

Las normas en inglés estadounidense

En caso de que el terapeuta haya determinado que el paciente lee y entiende el idioma inglés lo suficientemente bien como para responder el MMPI-2 en esa lengua, entonces es posible aplicar las normas estándar del MMPI-2 en inglés porque la muestra normativa incluye un subconjunto de individuos hispanos. Este grupo normativo podría ser considerado como la muestra de comparación más apropiada para las evaluaciones de los hispanohablantes que viven en EUA siempre y cuando su nivel de comprensión de lectura en inglés sea de sexto grado y que hayan vivido en EUA durante un tiempo suficiente como para familiarizarse con la cultura estadounidense.

Por ejemplo, Whitworth (1988) concluyó que

Por el contrario, estos resultados sugieren que si los mexicano-estadounidenses tienen la fluidez suficiente como para realizar pruebas en inglés, en caso de poder optar por inglés o español, entonces las diferencias en el desempeño en el MMPI entre los dos grupos étnicos debe ser relativamente pequeña y debe tener un efecto mínimo sobre las interpretaciones clínicas del MMPI. (p. 896)

Parece que las normas estadounidenses funcionan con eficacia al evaluar a los pacientes hispanos (Cabiya, ob. cit.). Varios estudios brindan un fuerte apoyo para el uso de las normas estadounidenses para evaluar a los pacientes hispanos que viven en EUA. Muchos estudios del MMPI-2 en los que se administró la versión inglesa a los pacientes hispanos y en los que se los calificó de acuerdo con las normas estadounidenses proporcionan la validación de constructos. Un estudio reportó que los pacientes caucásicos e hispanos con trastorno por estrés postraumático produjeron resultados comparables (Mason, 1997). En otro estudio, Haskell (1996) encontró esencialmente el mismo patrón para los pacientes hispanos y anglosajones con sólo una pequeña diferencia en la escala *L*. Rowell (1992), usando la versión en inglés del MMPI-2 y las normas estadounidenses, descubrió que no había diferencias étnicas (hispanos, afroamericanos o euroestadounidenses) sino que el instrumento discriminó correctamente entre los bebedores problemáticos y los bebedores no problemáticos.

También es necesario destacar que las investigaciones sobre un instrumento paralelo (el MMPI-A en español para EUA) han dado un apoyo adicional a la relevancia e idoneidad de las versiones en español en EUA. En el estudio normativo de adolescentes, se desarrollaron normas separadas para el MMPI-A para los adolescentes hispanos que viven en EUA (Butcher, Cabiya *et al.*, 1998). Como se discutirá en el capítulo siete, esta investigación mostró que las normas para adolescentes especialmente construidas con jóvenes de Florida, San Juan, California y México produjeron normas que eran similares a las estadounidenses para el MMPI-A. Los puntajes T generados de los dos conjuntos de datos tienen varios puntos de comparación y no dan como resultado diferentes interpretaciones.

A la fecha no existen normas disponibles sobre una población estadounidense hispanohablante por varias razones. En primer lugar, una población normativa apropiada es un tanto difícil de definir, ya que es un grupo en constante cambio y muy diverso que incluye a hispanos de grupos culturales diferentes (p. ej., Puerto Rico, México, Perú, etc.) y no una población única homogénea. En segundo lugar, el acceso para muchas personas en este grupo para desarrollar un estudio normativo suele ser difícil. Por ejemplo: durante el tiempo en que el comité de revisión del MMPI-2 estaba recopilando normas para la revisión, la meta de obtener una gran muestra representativa de hispanos se vio frustrada por factores como, entre otros, la dificultad de localizar a los participantes y la renuencia de los participantes objetivo a participar en el proyecto por miedo a entorpecer su condición de inmigración. No importa qué tanto lo intentemos, es improbable que el intento de estandarización de la prueba diera como resultado una muestra adecuadamente representativa y resistente al paso del tiempo; no se trata de una población homogénea. Aunque ha habido algunas investigaciones preliminares para desarrollar las normas para el MMPI-2 versión hispana en EUA y en Puerto Rico (Butcher, 2004; Cabiya *et al.*, 2002) no hay un conjunto efectivo de normas en este momento. Sin

embargo, la generabilidad de las normas en inglés y la disponibilidad de las normas mexicanas dan opciones claras para que los terapeutas tengan un grupo de referencia relevante con el fin de evaluar los perfiles de los pacientes. Puede utilizarse la población de referencia más apropiada, o el terapeuta podría trazar un perfil sobre las normas tanto estadounidenses como mexicanas, como se muestra en las Figuras 3-1 y 3-2, respectivamente. La ausencia de un conjunto específico de normas para esta población transitoria no es un impedimento para la aplicación del MMPI-2 con esta población cuando las circunstancias requieren tomar decisiones importantes relacionadas con la salud mental.

Normas de otros países

Las investigaciones han apoyado el uso del MMPI-2 en español que es más apropiado para el paciente, pero los psicólogos también deben considerar el uso de normas desarrolladas en México con hispanos que han estado en EUA por menos de cinco años y que no se comunican bien en inglés (G. E. Lucio *et al.*, 2001; G. M. E. Lucio *et al.*, 1999). Para un paciente que ha emigrado recientemente a EUA y no habla inglés ni comprende la cultura estadounidense, el terapeuta podría decidir que sería más apropiado administrar el MMPI-2 desarrollado en el país de origen del paciente, por ejemplo, México. El psicólogo podría entonces usar la versión de Lucio-Reyes del MMPI-2 para México y calificar la hoja de respuestas según las normas mexicanas y así obtener una evaluación más apropiada (véase <http://www.manualmoderno.com>). Aunque los puntajes T generados por las normas mexicanas son similares a las normas estadounidenses, podríamos decir que, dado que el paciente es recién llegado, podría ser mejor usar las normas mexicanas. Es probable que las interpretaciones sean similares.

Ya sea que se empleen las normas estadounidenses o las mexicanas, es importante recordar que deben ser considerados factores adicionales al evaluar a los pacientes hispanos. En el siguiente capítulo, abordamos una discusión de las consideraciones interpretativas importantes para los pacientes hispanos.

VERSIONES ALTERADAS Y MEDIDAS NO PROBADAS

Las insuficiencias de las formas alteradas del MMPI-2

En un esfuerzo por obtener una medición más breve, se llevaron a cabo varios estudios de las formas abreviadas del MMPI en los países de América Latina durante los años 70 y 80. Por ejemplo, en Costa Rica (Adis-Castro & Arayo-Quesada, 1971; Arayo-Quesada, 1967), en Perú (Mendizabal, 1993) y en Cuba (Barroso *et al.*, 1982). Estos investigadores se interesaron en obtener los puntajes de las escalas del MMPI

con un número reducido de ítems en la creencia de que los pacientes no querrían completar una administración estándar completa. Esta investigación se efectuó con la idea de que reducir los ítems administrados brindaría una evaluación adecuada y que sería una modificación apropiada. Ambas suposiciones han resultado incorrectas. En primer lugar, las formas abreviadas del MMPI no han tenido buenos resultados en los estudios de comparabilidad y su uso no ha sido recomendado para tomar decisiones clínicas. No se ha demostrado que las formas abreviadas de la prueba midan los constructos de la escala con validez y no logran evaluar las dimensiones importantes (Butcher & Hostetler, 1990). En segundo lugar, los editores de la prueba y el titular de los derechos de propiedad intelectual no han aprobado tales modificaciones.

Los problemas de las escalas invalidadas del MMPI-2

El desarrollo de nuevas escalas para el MMPI-2, que tal vez reflejen aproximaciones mejoradas hacia la descripción de los síntomas, puede causar una mejor discriminación de los problemas clínicos. Sin embargo, es importante que el que las desarrolla verifique de manera empírica las nuevas mediciones para las aplicaciones propuestas. Ha existido una tradición entre los investigadores del MMPI que consiste en desarrollar nuevas mediciones de evaluación para las características de la personalidad, y hubo cientos de escalas publicadas para el MMPI original que cubrían un amplio rango de características, muchas de las cuales no tuvieron un uso difundido (para una discusión de la plétora de escalas del MMPI, véase Dahlsstrom *et al.*, 1975). Es necesario investigar a consciencia las nuevas escalas y compararlas con mediciones existentes antes de que sea posible basarse en ellas para tomar decisiones acerca de las personas (para una discusión sobre el desarrollo de nuevas escalas, véase Butcher *et al.*, 2006).

Hay muchas escalas nuevas del MMPI-2 disponibles en EUA que aún carecen de investigación y validación suficientes con poblaciones hispanas o latinoamericanas. Las Escalas de Personalidad Psicopatológica (abreviadas como PSY-5) (Harkness *et al.*, 1999) y las Escalas Clínicas Reestructuradas (Tellegen *et al.*, 2003) no se incluyen para su interpretación en este libro porque son demasiado novedosas como para tener una base interpretativa establecida en este momento con poblaciones hispanas.

Por otra parte, las Escalas Clínicas Reestructuradas no han escapado de la controversia. Hay varias preguntas sin respuesta acerca de sus propiedades psicométricas que requieren ser aclaradas con nuevas investigaciones. Por ejemplo: se ha cuestionado (Butcher, Hamilton *et al.*, 2006) en qué medida esas escalas han capturado la esencia de las escalas clínicas originales postuladas en la publicación inicial (Tellegen *et al.*, *ob. cit.*). Además, su potencial falta de sensibilidad ante problemas psicológicos (por ejemplo: dos estudios reportaron que esas mediciones

no tienden a ser elevadas en aquellos casos clínicos en los que las escalas clínicas tradicionales sí lo son [Rogers, *et al.*, 2006; Wallace & Liljequist, 2005]) ha planteado la posibilidad de que las Escalas Clínicas Reestructuradas puedan proporcionar hipótesis contradictorias que den lugar a interpretaciones conflictivas de la prueba. Por último, hay algunas evidencias que sugieren que existen mediciones redundantes tanto en las escalas del MMPI-2 como en las escalas de contenido del MMPI-2 (Butcher, Hamilton *et al.*, *ob. cit.*), lo que confirma la necesidad de ser cautelosos en la interpretación de estas escalas hasta que los datos sean disponibles para poblaciones hispanas.

La aplicación de nuevas mediciones necesita estar apoyada en las investigaciones. Las Escalas Clínicas Reestructuradas (Tellegen *et al.*, *ob. cit.*) no han sido objeto de investigaciones suficientes (Rogers *et al.*, *ob. cit.*), en particular con poblaciones multiculturales (por ejemplo: no hay estudios publicados con hispanos) para usarlas clínicamente en este momento.

RESUMEN

Uno de los principales objetivos de este capítulo ha sido proporcionar una visión general de las consideraciones importantes para los terapeutas que están evaluando pacientes de habla hispana con el MMPI-2. Muchas versiones del MMPI, tanto en inglés como en español, han estado disponibles para esta población desde que la prueba se tradujo por primera vez en la década de los años 50. La versión en inglés del MMPI-2 se usa a menudo con los hispanos que viven en EUA, como lo fue el MMPI original, suponiendo que el paciente lee y entiende inglés. Las normas estadounidenses se usan por lo general con esta versión.

Una traducción única al español no es suficiente para todos los países de habla hispana, así como la versión en inglés no lo es en todos los países anglófonos como Canadá, Inglaterra, Irlanda y Australia. Los psicólogos en los distintos países hispanoparlantes han advertido que algunas interpretaciones de los ítems no transmiten el mismo significado en todos los países de habla hispana.

Los estudios de test-retest bilingües han mostrado que los puntajes de las escalas en el MMPI-2 son comparables ya sea que la prueba haya sido administrada en inglés o en español. La versión en español del MMPI-2 que se “importa” con más frecuencia y que se emplea en EUA para evaluar a los pacientes hispanos es la versión mexicana. Las investigaciones han mostrado que esta forma de la prueba es comparable a la versión (en inglés) estadounidense. Si el nivel de comprensión y las habilidades de lectura del paciente son lo suficientemente buenas como para tomar el MMPI-2 en inglés, entonces es posible usar las normas estándar del MMPI-2 en inglés, ya que la muestra normativa incluye un subconjunto de individuos hispanos.

SÍNTESIS

- Muchas de las primeras aplicaciones del MMPI original con hispanos que viven en EUA desde los años 60 y 70 incluyeron la traducción de Núñez. Algunas de las primeras críticas del uso del MMPI con pacientes hispanos por no ser equivalente a la versión estadounidense fueron producto de esta insuficiencia.
- Garcia *et al.* (ob. cit.), desarrollaron el MMPI versión hispana para proporcionar una traducción más precisa de los ítems. Esta versión, que utilizó las normas estadounidenses, fue publicada por el editor y el distribuidor del MMPI en 1984.
- En un principio, Azan (1989) desarrolló el MMPI-2 hispano a partir del MMPI versión hispana (para el MMPI original). El MMPI-2 fue entonces publicado por Garcia-Peltoniemi & Azan-Chaviano (ob. cit.). El uso de la versión de Garcia-Azan del MMPI-2, que utilizaba las normas estadounidenses, se ha propagado en EUA y Puerto Rico.
- Se ha establecido la validez de la versión del MMPI-2 de Garcia-Azan (estudios que incluyen la administración en español y las normas estadounidenses) en varios estudios de investigación.
- Las normas estadounidenses deben usarse en todos los casos excepto cuando se use la versión mexicana o las versiones para España y Chile; estas versiones poseen sus propias normas establecidas. Cabiya (ob. cit.) ha mostrado que las normas estadounidenses parecen funcionar con efectividad en la evaluación de los pacientes.



EVALUACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS A LAS PRUEBAS DE UN PACIENTE HISPANO

Independientemente de la forma que se utilice para aplicar el MMPI-2 a los pacientes hispanos o las normas empleadas con el fin de trazar los perfiles, la estrategia de interpretación de perfiles sigue siendo la misma que para la del MMPI-2 destinada a los pacientes en general. Es importante evaluar la validez del protocolo antes de dar cualquier interpretación en torno a los perfiles de las escalas clínicas y de contenido. El psicólogo evaluador necesita determinar si el perfil es válido e interpretable y que el paciente se haya acercado a la tarea con franqueza antes de efectuar inferencias clínicas. El terapeuta puede obtener un entendimiento inmediato del carácter genuino de la aproximación del paciente al momento de tomar la prueba mediante una consideración meticulosa de las escalas de validez. En la evaluación de los pacientes con orígenes culturales diversos es especialmente importante que se obtenga una perspectiva clara de la forma en la que el paciente comprende los ítems y su adaptación al entorno cultural en el que se lo está evaluando. Las escalas de validez del MMPI-2 pueden proporcionar claves acerca del nivel general de comodidad del paciente con la evaluación, información que puede darle al terapeuta una perspectiva de la disposición del paciente a ser evaluado.

Es posible que el terapeuta tenga una confianza considerable en la utilidad de las escalas de validez del MMPI-2 en la tarea de determinar la credibilidad del perfil que se evalúa. Se ha descubierto que las escalas de validez del MMPI-2 proporcionan información valiosa de la cooperación del paciente en la prueba en varios contextos transculturales. De este modo, es posible identificar a los pacientes que no han proporcionado datos adecuados (p. ej., respuestas defensivas o exageradas). Existe una vasta literatura sobre el uso de las escalas de validez del MMPI-2 para evaluar las condiciones que invalidan la prueba (para una revisión completa, véase Bagby *et al.*, 2006; para una lista de simulación de quejas somáticas y referencias defensivas, véase Pope *et al.*, 2006).

Varios estudios en otros idiomas y en otras culturas han verificado la utilidad de las escalas de validez del MMPI-2 para detectar los perfiles invalidados transculturalmente. En China, Cheung *et al.* (1991), encontraron que era necesario modificar

la escala *F* (Infrecuencia) del MMPI original debido a la especificidad cultural de su contenido (ítems religiosos). Estos ítems desaparecieron después en la revisión del MMPI, lo cual hizo que la escala *F* tuviera una mayor idoneidad cultural para otras sociedades. En Korea, Hahn (2003) llevó a cabo un estudio para determinar la utilidad de las escalas de validez del MMPI-2 coreano con el fin de diferenciar los perfiles de simulación de quejas somáticas y defensivos. Hahn administró el MMPI-2 dos veces a una muestra de 169 universitarios coreanos (82 hombres, 87 mujeres). Los participantes empezaron por contestar el MMPI-2 con instrucciones estándar para responder los ítems de acuerdo a la forma en que éstos aplicaban a sus vidas. Después, aplicó la prueba en una segunda condición en la que los participantes fueron asignados a una de tres condiciones experimentales para responder los ítems para a) fingir, b) negar problemas psicológicos o c) afirmación de virtud extrema. Hahn descubrió que las escalas *F*, *Fb* (*F* posterior) y los puntajes brutos de la escala *F* menos el índice del puntaje bruto de la escala *K* (Actitud defensiva) del MMPI-2 coreano lograron diferenciar a los participantes deshonestos de los honestos y de los pacientes psiquiátricos. También fue posible detectar a los participantes a quienes se les pidió que negaran sus problemas o afirmaran virtudes extremas a través de las escalas *L* (Mentira), *K* y *S* (Superlativo).

Ninguna de las muchas traducciones al español del MMPI-2 y del MMPI-A demuestra diferencias extremas en la frecuencia de ítems en la escala *F* como sucedía en el MMPI original con la muestra china. Las investigaciones en torno al uso del MMPI-2 con poblaciones hispano hablantes de México (G. M. E. Lucio & Reyes-Lagunes, 1996), Chile (Risetti *et al.*, 1996), España (Avila-Espada & Jimenez-Gomez, 1996) y Argentina (Casullo *et al.*, 1996) han usado las adaptaciones en español de la escala *F* sin modificaciones en los ítems.

Otras escalas de validez del MMPI-2 han funcionado también en otros países. En Australia, Shores & Cairstairs (1998) encontraron que el sistema de interpretación por computadora para el MMPI-2, el Informe Minnesota, detectó simulación de quejas somáticas. Sirigatti & Giannini (2000) en Italia y Crespo & Gomez (2003) en España encontraron que la escala *S* operaba de manera similar en sus países y en EUA al detectar la actitud defensiva.

Las investigaciones sobre el MMPI-A también han confirmado la generalizabilidad de los indicadores de la validez. G. E. Lucio, Duran *et al.* (2002) realizaron un estudio en México sobre las escalas *F* del MMPI-A y demostraron que estas escalas tuvieron el desempeño esperado sin modificaciones (G. E. Lucio *et al.*, 2002). Las escalas *F* del MMPI-A funcionan en China al igual que en EUA, de acuerdo con las investigaciones de Cheung & Ho (1997), quienes compararon a adolescentes chinos de acuerdo con normas estadounidenses y reportaron que los adolescentes chinos obtuvieron puntajes muy cercanos a la muestra normativa estadounidense en la escala *F*. No hicieron ninguna recomendación para modificar la escala *F* en el MMPI-A chino.

CONSIDERACIONES GENERALES

Matices culturales con los hispanos

Algunas investigaciones han revelado que la escala *F* y la escala *L* pueden ser un poco más altas en las muestras normales de los hispanos que viven en EUA como resultado de su falta de aculturación a este país (Whitworth & McBlaine, 1993). Además, las respuestas infrecuentes (de acuerdo con las mediciones de la escala *F*) pueden estar influenciadas por el estrés que el paciente podría estar experimentando (suceso común entre los inmigrantes). Es necesario tener en cuenta estos descubrimientos cuando se interpreten los perfiles por medio de permitir más evaluaciones (p. ej., un puntaje *T* de 5 puntos o la mitad de una desviación estándar) en estas escalas antes de considerarlas inválidas.

Las primeras revisiones que realizaron Greene (1987) y Hall *et al.* (1999) han señalado que, aunque en general las diferencias del MMPI entre los hispanos y los estadounidenses eran mínimas, se presentó una tendencia a puntajes más altos en la escala *L* y puntajes más bajos en la escala 5 (Masculinidad-Feminidad) entre los hispanos. Resulta interesante que se haya demostrado que la escala *L* refleja la influencia cultural en por lo menos un lugar: los Países Bajos. Se encontró que la escala *L* era ligeramente más alta (un puntaje bruto de casi 2 puntos) entre los entrevistados del grupo normativo holandés en comparación con los entrevistados del grupo normativo estadounidense, sin embargo, al parecer esto no ha disminuido la efectividad de la escala en la interpretación de los perfiles en los Países Bajos (véase Derksen *et al.*, 1993).

Se han encontrado algunas elevaciones en las escalas de validez para los grupos minoritarios. Greene *et al.* (2003) examinaron los correlatos empíricos de las escalas del MMPI-2 que mostraron una diferencia entre los nativos norteamericanos y los caucásicos y encontraron correlaciones importantes entre las elevaciones de las escalas y varios síntomas. Por ello, las diferencias en el MMPI-2 previamente identificadas parecen corresponder a los síntomas reales entre los participantes nativos norteamericanos más que solamente a sesgos en la prueba o diferencias en la autopresentación.

Evaluación de la validez del protocolo en los perfiles hispanos

Las escalas más pertinentes para determinar si la comprensión y las habilidades de lectura en inglés de los pacientes hispanos son suficientes para proporcionar un panorama válido de la prueba son los puntajes No Sé (CNS, por su nombre en inglés), las escalas de consistencia de respuestas (variables [VRIN] y verdaderas [TRIN]), y las escalas de infrecuencia (*F*, *Fb* y *Fp*). También es útil examinar los porcentajes de verdadero y falso para asegurar que el paciente no haya simplemente marcado todos los verdaderos o todos los falsos.

En las siguientes secciones, presentamos información más específica acerca del uso de cada una de las escalas de validez para evaluar la certificación del protocolo. Se plantean varios ejemplos de casos para ilustrar su uso.

RESPUESTAS INCONSISTENTES

Las siguientes escalas ayudan a determinar si el paciente entendió el contenido de la prueba y ha aprobado los ítems de una manera lo suficientemente cooperativa como para producir un perfil válido e interpretable.

Puntaje de la escala No Sé (CNS)

Esta escala evalúa el número total de ítems no contestados en la hoja de respuestas. El puntaje puede servir como un índice de la cooperación y puede sugerir los ítems que la persona no pudo leer o comprender. El examinador debe revisar la hoja de respuestas del paciente para ver qué ítems se han omitido y asegurarse de que la persona pudo entender el contenido. Este paso es de particular importancia con los pacientes hispanos que pudieran tener una comprensión de lectura deficiente en el idioma en que se administra la prueba.

El puntaje CNS puede reflejar la falta de disposición de parte de un paciente para responder los ítems. Si el paciente ha omitido ítems, el terapeuta puede preguntar si la persona dejó el ítem en blanco porque no entendió el contenido o evitó responder a un contenido en particular.

Inconsistencia de Respuestas Variables (VRIN)

Esta escala mide la tendencia a responder los ítems de forma inconsistente y aleatoria. Un puntaje elevado en esta escala de validez puede sugerir que el paciente no entendió el ítem; es necesario dar seguimiento en la entrevista a la posibilidad de que el paciente no haya entendido en su totalidad el contenido del ítem. Mientras tanto, el que aplica la prueba debe asegurar que las instrucciones sean claras y así destacar la posibilidad de que los conjuntos de respuestas sean el resultado de instrucciones confusas.

Si el paciente ha obtenido un puntaje alto en esta escala ($T \geq 10$), es probable que no haya respondido al contenido del ítem, ya sea como un medio de no cumplir con la prueba o porque no leyó o comprendió los ítems de la manera correcta. En todo caso, los perfiles resultantes tal vez no proporcionen información útil sobre la personalidad o los síntomas. Algunas investigaciones han sugerido que las escalas *TRIN* en el MMPI-A pueden estar influenciadas de cierto modo por factores demográficos (Schinka *et al.*, 1998).

Inconsistencia de respuestas verdadero/falso (*TRIN*)

Esta escala mide la tendencia a aprobar los ítems en una escala de inconsistencia de respuestas verdadero/falso. Los puntajes altos ($T \geq 100$) en esta escala sugieren un patrón en el que se dieron sólo respuestas verdaderas o sólo respuestas falsas. Algunos hispanos obtienen puntuales altos de *TRIN* a causa de factores culturales; tienden a responder Falso a varios ítems para negar sus problemas.

CASO: LA NECESIDAD DE VERSE BIEN EN LA EVALUACIÓN

Carlos V., un delincuente convicto de 23 años de edad, estaba en espera de una audiencia luego de haber cumplido seis de los 12 años de su sentencia por cargos de narcotráfico y posesión de armas por los que había sido declarado culpable. Como parte de la evaluación para la audiencia, se le administró una batería de pruebas psicológicas entre las que se encontraba el MMPI-2.

Carlos había llegado a EUA procedente de México con su madre y había vivido en el país por 11 años. Había asistido a la escuela secundaria y había cursado dos años de preparatoria antes de desertar en 12º grado. Aunque se consideró que sus habilidades en el idioma inglés eran suficientes para tomar el MMPI-2, Carlos optó por tomar la prueba en español, su lengua materna.

El perfil de validez del MMPI-2 en la figura 4-1 (la versión de Garcia-Azan calificada con normas estadounidenses) muestra un claro patrón de respuestas falsas extremas a lo largo del protocolo. El puntaje extremadamente alto en el *TRIN* indica que el paciente respondió “falso” a la mayoría de los ítems, sin importar el contenido de éstos; incluso respondió ítems muy parecidos en formas opuestas. Se demostró que esta aproximación extrema a la negación de los problemas también influyó en otras escalas de validez. La escala *L* (una escala en la que todos los ítems se califican en la dirección de falso) es muy elevada; la escala *K*, que refleja la actitud defensiva hacia la prueba, también es muy elevada, en parte por el alto número de respuestas falsas marcadas en la escala. Además, la actitud defensiva del paciente también se refleja en la gran cantidad de omisiones de ítems. Carlos tuvo 15 ítems CNS, lo cual indica una falta de disposición para responder a una gran cantidad de ítems. Todos estos indicadores sugieren que el perfil del MMPI-2 del paciente presenta probabilidades de reportar los problemas de forma insuficiente con la intención de aparentar que no tiene problemas. Las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2 no deben interpretarse en este caso, ya que es improbable que ofrezcan un panorama útil del funcionamiento de personalidad actual y de la conducta sintomática del paciente.

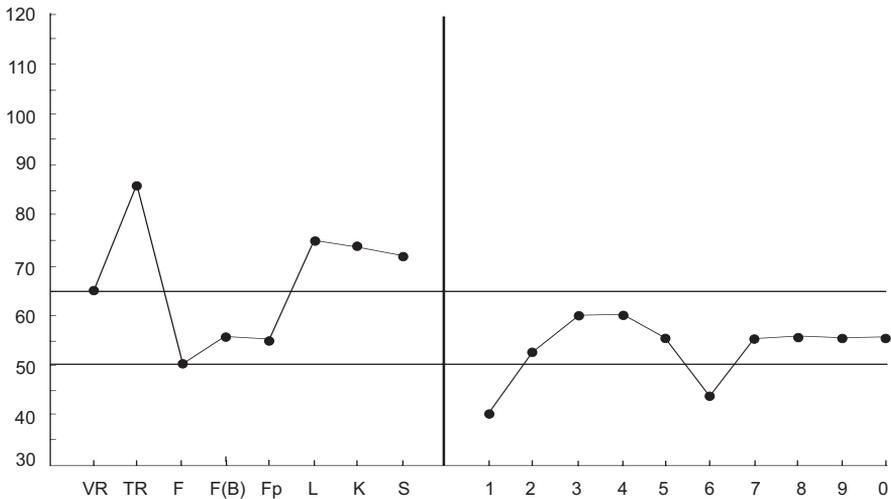


Figura 4-1. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 para Carlos V. con un patrón de actitud defensiva hacia la prueba y respuestas inconsistentes. Las escalas incluyen VR (Respuestas variables), TR (Respuestas verdaderas), F (Infrecuencia), Fb (Infrecuencia posterior), Fp (Infrecuencia psicopatológica), L (Mentira), K (Actitud defensiva) y S (Autopresentación superlativa). Las escalas numeradas incluyen 1 (Hs, hipocondriasis), 2 (D, Depresión), 3 (Hy, Histeria), 4 (Pd, Desviación psicopática), 5 (Mf, Masculinidad-Feminidad), 6 (Pa, Paranoia), 7 (Pt, Psicastenia), 8 (Sc, Esquizofrenia), 9 (Ma, Hipomanía) y 0 (Si, Introversión social).

EVALUACIÓN DE RESPUESTAS EXTREMAS

Se ha determinado que las respuestas extremas a los ítems se reflejan en los incrementos de las siguientes mediciones de la validez:

Escala de Infrecuencia (F)

Esta escala mide la tendencia a exagerar los problemas psicológicos o a declarar una cantidad extrema de problemas en la primera parte del cuadernillo; también detecta las respuestas aleatorias. Si la escala *F* se eleva en los rangos altos ($T > 90$), es probable que el paciente no haya tenido cuidado al responder al contenido de los ítems como una estrategia de inconformidad o sugiere que no leyó o entendió los ítems lo suficientemente bien como para proporcionar un resultado válido. Los altos puntajes en esta escala también podrían sugerir que el individuo está declarando un gran número de síntomas para llamar la atención a sus problemas. Sin importar cuál es el origen de exageración de los síntomas, la utilidad de los perfiles será limitada en los rangos altos de la elevación de la escala.

Cuando se evalúe la escala *F* para los inmigrantes recientes hay que recordar que, como grupo, tienden a presentar más ítems extremos en comparación con otras

poblaciones más aculturadas. Sin embargo, los puntajes *F* en un rango de 100-T o más indican con claridad que la persona presenta demasiados ítems extremos como para producir un registro interpretable. Las mediciones de la infrecuencia en el MMPI-A pueden estar influenciadas de algún modo por factores demográficos (véase Schinka *et al.*, ob. cit.).

Escala de Infrecuencia posterior (*Fb*)

Esta escala mide la tendencia a exagerar los problemas psicológicos. Al igual que con la escala *F*, si la escala *Fb* es elevada en los rangos altos (> 90 T) es probable que el paciente haya exagerado su presentación de síntomas al declarar una cantidad extrema de problemas hacia el final del cuadernillo. Este índice detecta las respuestas aleatorias a los ítems al reverso del cuadernillo. Al igual que con la escala *F*, si la escala *Fb* se eleva en los rangos altos (> 100 T), es probable que el paciente haya exagerado la presentación de síntomas hasta el punto de producir un registro inválido. Como con la escala *F* ya mencionada, cuando se evalúe la escala *Fb* para los inmigrantes recientes es necesario reconocer que tienden a presentar más ítems extremos que otras poblaciones más aculturadas. Sin embargo, los puntajes *Fb* en los rangos de 100-T o más indican claramente que la persona presentó demasiados ítems extremos como para producir un registro interpretable.

Escala de Infrecuencia psicopatológica (*Fp*)

Esta escala mide la tendencia a responder ítems extremos en comparación con una muestra psiquiátrica general. Si la escala *Fp* es elevada en los rangos altos (> 90 T), es probable que el paciente haya exagerado sus síntomas al declarar una cantidad extrema de problemas de salud mental que ni siquiera los pacientes psiquiátricos hospitalizados afirman tener.

Porcentaje de verdadero

Esta escala mide el grado al que el individuo ha presentado respuestas verdaderas. Este índice detecta las actitudes de respuestas condescendientes, por ejemplo: los registros con grandes cantidades de respuestas “verdadero” (más de 30%) sugieren que la persona ha respondido “verdadero” a los ítems sin considerar con cuidado su contenido.

Porcentaje de falso

Esta escala mide el grado al que el individuo ha presentado respuestas falsas de una forma increíble. Este índice detecta una actitud de respuestas de negación, por

ejemplo: es posible que los registros con grandes cantidades de respuestas “falso” (más de 30%) produzcan un registro inválido, ya que el individuo ha respondido “falso” a una gran cantidad de ítems en los que la mayoría de las personas respondería “verdadero”.

CASO DE ELANA G.: ¿ASUNTO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN, RESPUESTAS EXAGERADAS O NECESIDAD DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA?

El siguiente caso ilustra la tendencia a responder ítems extremos en el contexto de una evaluación de hospitalización psiquiátrica.

Elana G., una trabajadora inmigrante mexicana desempleada de 29 años que en la actualidad vive con su hermana en EUA, acudía a un centro de salud mental después de un intento de suicidio. Ha vivido en EUA durante cuatro años. Elana ahora está separada de su esposo, quien fue deportado a México debido a su condición de inmigrante ilegal, y ella cuida de sus dos hijos, de tres y de cuatro años de edad. Aunque podía comunicarse socialmente en inglés, la entrevista inicial se llevó a cabo en español, porque se sintió más cómoda para hablar de su situación problemática en ese idioma. Se le administró el MMPI-2 versión hispana y se calificó de acuerdo con las normas estadounidenses (véase el perfil en la figura 4-2). Debido a su bajo nivel de aculturación a EUA, el MMPI-2 también se calificó usando normas mexicanas (véase figura 4-3).

Elana fue llevada al centro de salud mental por su hermana, pues a ésta le preocupaba el estado de ánimo de la primera en los últimos meses. Elana reportó haber tenido dos intentos de suicidio en los dos meses previos a esa fecha. Había estado deprimida desde que llegó a EUA, sin embargo (de acuerdo con su hermana), su estado de ánimo se había deteriorado después de que su esposo fue arrestado y deportado a México y de que ella perdiera su trabajo como mucama en un hotel que había cerrado. En este momento, Elana vive con su hermana y sus hijos. No tiene ingresos a excepción de la ayuda financiera de la beneficencia para mantener a sus hijos.

Interpretación del MMPI-2 del perfil de Elana

El perfil del MMPI-2 que aparece en la figura 4-2 requiere una consideración metódica para asegurar que los puntajes del paciente se encuentran en un rango aceptable antes de llevar a cabo interpretaciones clínicas. El alto grado de respuestas extremas, como se reflejó en la elevación de la escala *F*, sugiere que el paciente ha respondido varios ítems en la dirección patológica. ¿Representa esto un problema de interpretación de los ítems? ¿O es un intento por simular enfermedades? ¿O esto podría reflejar una necesidad expresa de atención a sus problemas psicológicos

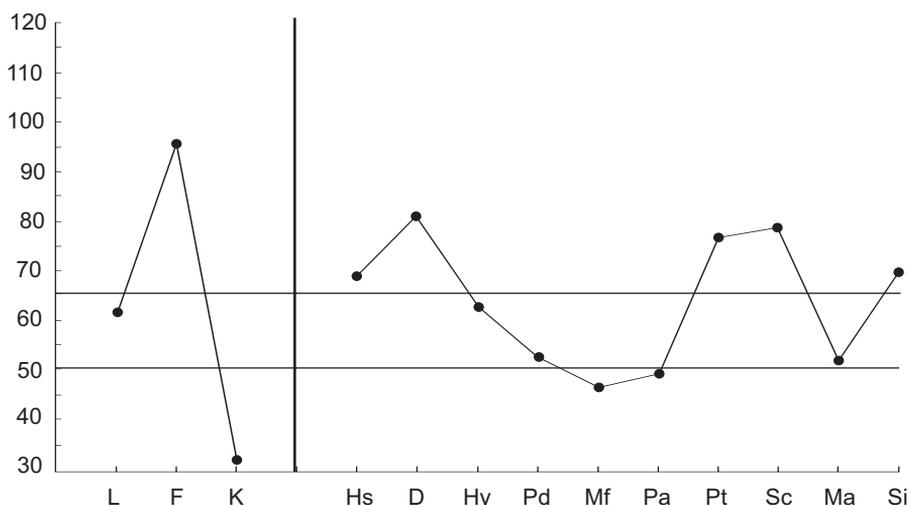


Figura 4-2. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI (normas estadounidenses) para Elana G. con un patrón de síntomas exagerados. Véase el pie de imagen de la figura 4-1 para las definiciones de la escala.

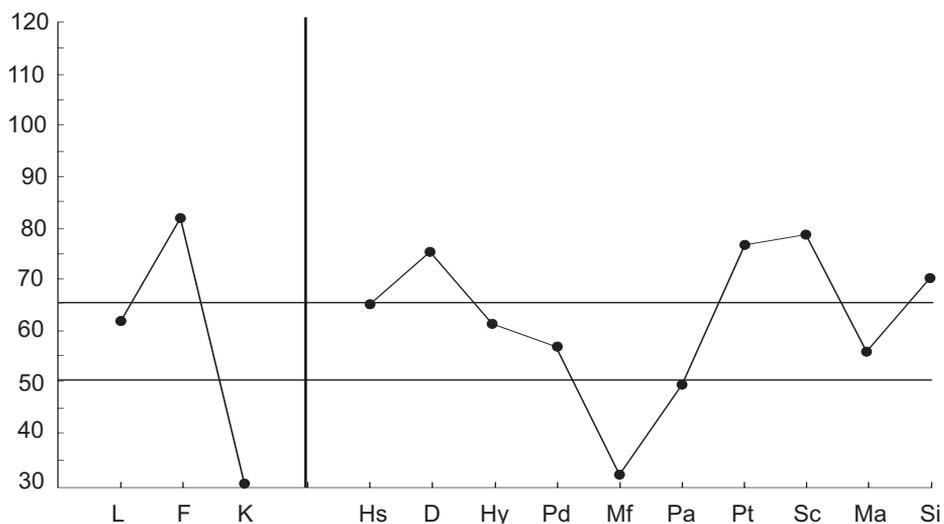


Figura 4-3. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 (normas mexicanas) para Elana G. que sugiere cierta exageración de síntomas. Véase el pie de imagen de la figura 4-1 para las definiciones de la escala.

genuinos? ¿Las escalas clínicas son interpretables? Para responder estas preguntas, hemos presentado el perfil en la forma en que fue calificado con las normas estadounidenses (figura 4-2) y con las normas mexicanas (figura 4-3).

Según las normas estadounidenses, el perfil de Elana sugiere que respondió varios síntomas extremos, como se reflejó en las altas elevaciones de las escalas *F* y *Fb*, aunque su escala *Fb* ($T = 75$) no sugiere invalidez. Con la escala *F* elevada, podríamos preguntarnos si la paciente tuvo una comprensión suficiente de los ítems como para producir un protocolo válido. No obstante, un examen de la escala *VRIN* ($T = 79$) sugiere que su elevado puntaje no es el resultado de respuestas aleatorias o descuidadas. Respondió los ítems de forma más bien consistente, lo cual muestra que sus respuestas infrecuentes las dirigió a ciertos ítems y no fue solamente una exageración sin sentido. Con toda seguridad, su declaración de un alto grado de síntomas extremos es resultado, en parte, de su psicopatología, pues su perfil clínico mostró una aceptación selectiva de síntomas y no sólo una expresión de problemas “en todos los niveles”. Sus bajos puntajes en las escalas *L* y *K* sugieren que no parece tener defensas operativas en este momento. En general, su perfil de las escalas de validez y clínicas es relativamente común entre los individuos que se evalúan en contextos de salud mental sin hospitalización.

El perfil clínico de Elana en el MMPI-2 sugiere que presenta problemas psicológicos graves en este momento. Reporta que está muy deprimida y ansiosa y se siente muy desalentada ante el porvenir. Muestra más síntomas de desorganización de la personalidad y un pensamiento inusual que puede llevarla a una conducta autodestructiva. Al parecer, se siente hostigada por sentimientos de baja autoestima y sentimientos de inadecuación. Tiende a ser una persona tímida e introvertida que no tiene confianza en sí misma y que se siente alienada de otras personas. Los individuos con este perfil pueden ser considerados por los demás como pasivos, distantes y tal vez apáticos. Elana es una mujer voluble que tiende a buscarse problemas y que tiende a sentirse herida con facilidad en sus relaciones. La inseguridad y la baja autoconfianza caracterizan su modo típico de interactuar con los demás.

Información proveniente del uso de las normas mexicanas

Cuando los puntajes de Elana se trazan sobre las normas mexicanas (véase apéndice C), vemos que obtuvo prácticamente el mismo patrón de escalas clínicas que las que obtuvo según las normas estadounidenses. La interpretación clínica del perfil del MMPI-2 sugiere síntomas crónicos y graves de problemas de salud mental (depresión, ansiedad grave, pensamiento disruptivo y aislamiento social extremo) independientemente del grupo de referencia usado.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEFENSIVAS

Del mismo modo, es importante determinar si el paciente ha cooperado con la evaluación al contestar los ítems de forma franca y abierta. Como ya se dijo, algunos

hispanos son demasiado condescendientes en la prueba y responden en una forma socialmente deseable sólo para complacer al examinador. Por ejemplo: no es raro que haya cierta elevación en la escala *L*. El análisis riguroso de las escalas de “autopresentación” *L*, *K* y *S* proporcionarán información de si el paciente respondió de manera demasiado positiva para impresionar al examinador con sus cualidades categóricamente fuertes a expensas de ser honesto acerca de sus problemas.

Escala Mentira (*L*)

Esta escala mide la tendencia a afirmar virtud excesiva o intentar presentar una imagen general favorable. Los puntajes altos ($T > 65$) indican que la persona se ha presentado en una forma demasiado positiva. Téngase en mente que en algunos estudios se ha descubierto que los hispanos, como grupo, obtienen puntajes *L* ligeramente más altos que los no hispanos. Al evaluar la elevación en la escala *L*, permítase un límite un poco más alto antes de concluir invalidez.

Escala actitud defensiva (*K*)

Esta escala mide la tendencia a verse a uno mismo en una forma irrealmente positiva. Un puntaje de 65 a 69 sugiere una tendencia a presentarse a uno mismo de un modo demasiado positivo. Es probable que los puntajes de las escalas más altos de 70 reflejen una actitud defensiva hacia la prueba que produce un perfil imposible de interpretar.

Autopresentación Superlativa (*S*)

Al igual que la escala *K*, esta escala mide la tendencia a presentarse a uno mismo de una manera extremadamente positiva o superlativa.

CASO: CANDIDATO A POLICÍA QUE PRESENTA UNA IMAGEN FAVORABLE

Eduardo F., de 25 años, fue evaluado en el contexto de un programa de evaluación de personal por un departamento de policía en California donde solicitó el puesto de oficial de policía. Eduardo había estado en EUA desde que tenía 12 años de edad y se había graduado de la preparatoria y de un instituto de educación superior en California. Se le administró el MMPI-2 en inglés y su protocolo de prueba se procesó con las normas estadounidenses (véase el perfil en la figura 4-4).

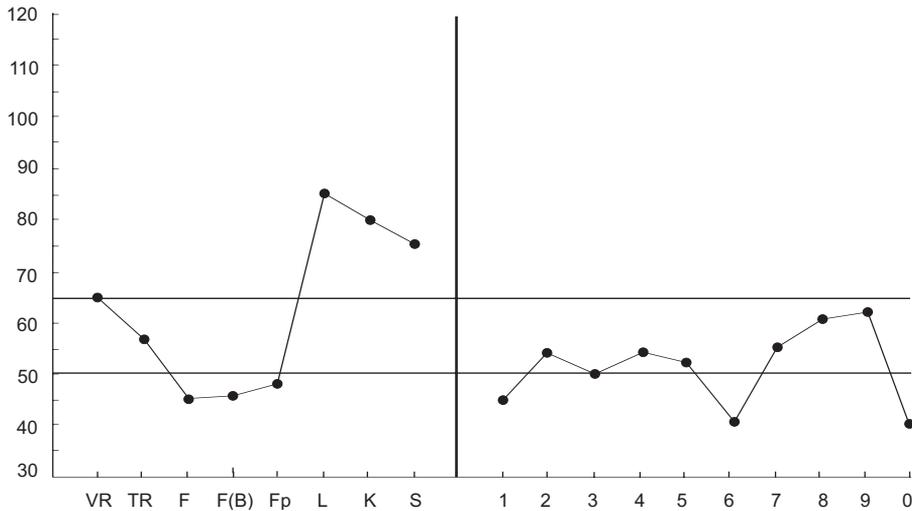


Figura 4-4. Perfil de la escala clínica y de validez del MMPI-2 para Eduardo F. con un patrón de respuestas defensivas hacia la prueba. Véase el pie de imagen de la figura 4-1 para las definiciones de la escala.

Interpretación del MMPI-2

Los puntajes extremos de Eduardo en las escalas *L*, *K* y *S* indicaron que no había respondido a los ítems de forma abierta y cooperativa. En cambio, presentó una imagen demasiado favorable de su personalidad y funcionamiento cotidiano. Su perfil del MMPI-2 es inválido como resultado de sus respuestas defensivas y no proporciona ninguna información útil que permita tomar decisiones.

Los perfiles defensivos tienen lugar con cierta frecuencia entre las muestras de candidatos a un empleo que se someten a pruebas de personalidad. Las personas en este contexto pueden intentar presentarse a sí mismos como bien adaptados y libres de cualquier debilidad o defecto en su personalidad; niegan incluso problemas mínimos que la mayoría de las personas reconocería, por lo que invalidan la prueba a causa de un informe insuficiente. La invalidez de la prueba de Eduardo tal vez no sea una función del hecho de venir de una cultura diferente sino que es el resultado de un contexto de solicitud de empleo (véase Buchter, Ones & Cullen, 2006). En consecuencia, su actitud defensiva hacia la prueba ha hecho que los resultados del MMPI-2 (y cualquier otra prueba de personalidad que se le hubiese administrado) sean inútiles para el proceso de reclutamiento.

Los psicólogos que emplean pruebas de personalidad como el MMPI-2 en la selección de personal deben estar conscientes del problema de la actitud defensiva hacia la prueba en este contexto y hacer un esfuerzo por obtener información más útil. Por ejemplo, una práctica bien establecida en la evaluación de personal

con el MMPI-2 implica un procedimiento de administración que produce resultados más válidos (menos defensivos): un procedimiento de retest en caso de que el solicitante haya invalidado la prueba debido a una actitud defensiva (para una discusión, véase Butcher, Ones & Cullen, ob. cit.). Este procedimiento implica readministrar el MMPI-2 a un candidato que haya invalidado la prueba con instrucciones de mostrar una actitud menos defensiva en la segunda vez. En la mayoría de los retests, los candidatos producen un protocolo de prueba válido y en casi 15% de los casos de retest los resultados de la prueba muestran una psicopatología demostrable (Cigrang & Staal, 2001; Fink & Butcher, 1972; Gucker & McNulty, 2004). En el caso de la prueba de Eduardo, no se usó este procedimiento de retest, por ende, se desconoce si él pudo haber producido un resultado más válido en él.

RESUMEN

Se ha encontrado que las escalas de validez del MMPI-2 proporcionan información valiosa acerca de la cooperación del paciente con la prueba en varios contextos transculturales. La interpretación cuidadosa de estas mediciones puede ayudar al terapeuta a tomar una determinación en torno a la credibilidad del perfil que se interpreta. Algunas investigaciones han mostrado que la escala *F* y la escala *L* pueden ser ligeramente más altas en las muestras no clínicas de hispanos que viven en EUA como resultado de la falta de aculturación o de las diferencias culturales. Es necesario tener en cuenta este hallazgo cuando se interpreten los perfiles por medio de permitir una mayor elevación (p. ej., un puntaje *T* de 5 puntos) en estas escalas antes de considerarlos inválidos.

Si las escalas de validez se encuentran dentro del rango interpretable, entonces es posible que el paciente fuera capaz de entender y responder a los ítems de forma apropiada. Los perfiles válidos pueden proporcionarle al intérprete la seguridad de que los correlatos de la escala clínica se aplicarán a los pacientes hispanos así como a la población general de estadounidenses.

SÍNTESIS

- Al evaluar los perfiles de los pacientes hispanos es importante considerar la validez del protocolo antes de hacer interpretaciones acerca de los perfiles de las escalas clínicas o de contenido.
- De particular importancia para la evaluación de la interpretabilidad de los perfiles para los pacientes hispanos es la necesidad de considerar si pueden leer y comprender los ítems lo suficiente como para responder de manera

adecuada al contenido, y para evaluar el grado de aculturación del paciente a la cultura estadounidense.

- Existe una vasta literatura disponible sobre el uso de las escalas de validez del MMPI-2 para evaluar las condiciones que invalidan la prueba y una creciente literatura sobre la utilidad de las escalas de validez del MMPI-2 para detectar los perfiles inválidos transculturalmente.
- A pesar de que se han encontrado diferencias mínimas en el MMPI entre los hispanos y los no hispanos en las investigaciones, algunos estudios sugieren que dos escalas de validez, *L* y *F*, requieren una consideración más cuidadosa debido a posibles influencias culturales.



PERSONALIDAD Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES HISPANOS

La aplicación de los procedimientos de evaluación estandarizados con los pacientes de una minoría requiere prestar atención cuidadosa a las posibles diferencias en la interpretación que resulta de los factores culturales. Aun con una prueba psicológica como el MMPI-2, el cual ha sido ampliamente usado con los pacientes de habla hispana alrededor del mundo, puede haber matices que causan una interpretación mejorada si se incorporan en las conclusiones.

Este capítulo revisa las principales mediciones clínicas y de contenido a través de las escalas correspondientes en el MMPI-2, con un énfasis especial en los factores que pueden influenciar su interpretación con los pacientes hispanos. En las siguientes páginas de este capítulo, se ofrece una estrategia interpretativa que puede ayudar al médico a aplicar las escalas del MMPI-2 en la evaluación de pacientes hispanos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA INTERPRETACIÓN CLÍNICA CON LOS PACIENTES HISPANOS.

Garrido & Velasquez (2006) y Greene (2000) indicaron que la investigación en curso con el MMPI-2 muestra que los hispanos que contestan las pruebas parecen obtener perfiles que son similares a los de los blancos no hispanos que toman las pruebas.

Este descubrimiento se aplica a la investigación con la versión en inglés del instrumento y con grupos normativos (no clínicos) (véase Velasquez *et al.*, 2002). Más recientemente, la investigación del MMPI-2 con hispanos se ha enfocado en explorar la comparabilidad de las versiones del MMPI-2 en inglés y en español. La investigación con estudiantes universitarios bilingües ha dado como resultado perfiles casi idénticos que en las versiones en inglés y español (Velasquez, Chavira, *et al.*, 2000).

Garrido & Velasquez (ob. cit.) resumieron varios aspectos culturales que podrían influenciar las respuestas de los pacientes hispanos en el MMPI-2, por ejemplo: su adherencia a las formas aprobadas social y culturalmente de interactuar dentro del

grupo cultural y con la sociedad en general. Proporcionaron lineamientos para interpretar los perfiles con el fin de evitar que los usuarios de las pruebas obtengan conclusiones inexactas o conclusiones que pueden reflejar perspectivas estereotipadas o un sobrediagnóstico de patológicas de los pacientes hispanos (véase recuadro 5-1).

La confianza en la interpretación del MMPI-2 con los hispanos es la consecuencia de la naturaleza universal de los constructos de las escalas clínicas, los cuales se han demostrado en la investigación. Como se describió en el capítulo dos, se ha mostrado que las escalas clínicas miden la psicopatología en diferentes culturas (Butcher & Pancheri, 1976; Butcher, Tsai *et al.*, 2006; Manos, 1985; Savacir & Erol, 1990).

ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS DEL MMPI-2

En la parte inferior se presenta un breve resumen de los constructos medidos por las escalas clínicas del MMPI-2 (para una revisión más detallada de estas escalas y de su base de investigación, véase Butcher, 2005a, 2006; Graham, 2006).

Escala 1: hipocondriasis (*Hs*)

Las personas que obtuvieron un puntaje alto en la escala del *Hs* presentan varios problemas físicos indeterminados. Tienden a responder los ítems que sugieren que son generalmente infelices, egocéntricos y hostiles hacia otros. A menudo se los ve como exigentes, llorones y quejumbrosos; prestan mucha atención a sus síntomas físicos, los cuales suelen ser muchos y, a veces, parecen exagerados, extensos y desconectados. Las personas con altos puntajes tienden a exigir atención a sus síntomas. Los problemas que manifiestan los pacientes con altos puntajes tienden a ser crónicos; los síntomas son por lo general resistentes a los esfuerzos de tratamiento psicológico.

Escala 2: Depresión (*D*)

La gente que tiene su mayor puntaje en la escala *D* ($T > 65$) reportó un estado de ánimo depresivo, baja autoestima y fuertes sentimientos de inadecuación. A menudo se describe a los individuos con un puntaje alto como melancólicos, pesimistas, angustiados, nerviosos, letárgicos y propensos a la culpa. Tienden a ser emocionalmente reservados y sobrecontrolados. Tienen rasgos característicos de personalidad introvertida, tales como ser tímido y desanimado. Un puntaje elevado refleja una gran incomodidad y una necesidad de cambio o de alivio sintomático. Estos pacientes tienden a responder al tratamiento.

RECUADRO 5-1**Algunas precauciones interpretativas aportadas por Garrido & Velasquez (2006)**

1. La manera en que los hispanos se acercan a las investigaciones estructuradas, como las encuestas o los cuestionarios, pueden influenciar la validez de estos métodos de recopilación de datos, como los perfiles del MMPI-2. Por ejemplo: se ha encontrado que algunos hispanos responden con respuestas extremas (p. ej., la tendencia a contestar que sí o la tendencia a contestar que no). Esta tendencia ha sido identificada especialmente entre los hispanos con bajos niveles socioculturales.
2. Muchas creencias acerca de la espiritualidad de los hispanos podrían inducir sus respuestas hacia algunos ítems relacionados con la personalidad. Por ejemplo: algunos son devotos a los santos de la fe católica y algunas nacionalidades hispanas (en especial las de origen caribeño) practican el espiritismo, la santería u otras variaciones de las religiones de origen africano. Algunas personas con antecedentes religiosos hispanos podrían adherirse a una orientación de valores más tradicionales del poder de los santos para influir en los resultados, como en el caso de su impacto sobre las enfermedades físicas o mentales. Estas creencias podrían influir en la forma en que se responden algunos ítems del MMPI-2 y podría dar como resultado elevaciones de las escalas en las mediciones que se asocian con las experiencias inusuales o los síntomas psicóticos, tales como las escalas Sc (esquizofrenia) o BIZ (pensamiento delirante).
3. Muchos hispanos dan una considerable importancia a la cualidad de las relaciones interpersonales a diferencia del individualismo, una cualidad que con frecuencia se conoce como *personalismo*, la cual se ha descrito como una característica de una cosmovisión colectivista. El *personalismo* describe valores como la dignidad y el respeto interpersonal, al centro de los cuales se encuentra el alto nivel de admiración a las cualidades internas y valor propio a diferencia de los logros materiales y la interdependencia a diferencia del individualismo y la competitividad. Esta tendencia se relaciona con la necesidad de algunos hispanos de presentar un *self* dignificado y de no revelar problemas personales públicamente, en especial a alguien que no pertenezca a la red familiar; la divulgación de problemas personales provocaría vergüenza al individuo y a su familia.
4. A menudo se presenta la expectativa de que los hispanos son socialmente competentes y se sienten cómodos rodeados de sus familias y de su red social pero que pueden alienarse de la cultura dominante e incluso de su grupo cultural de origen. Por lo tanto, para los hispanos, la interpretación de los puntajes en la escala *Si* (introversión social) debe tener en cuenta la existencia de las dificultades más allá de la ansiedad social experimentada internamente o de la incomodidad.
5. Debido a factores culturales, puede ser más aceptable para los hispanos responder los ítems relacionados con las preocupaciones somáticas y de salud en lugar de ítems que se relacionan directamente con los síntomas de angustia emocional. Por lo tanto, esta tendencia puede dar como resultado puntajes un tanto altos en escalas como la *Hs* (hipocondría) y la *HEA* (preocupaciones por la salud).
6. Muchos hispanos mantienen una fuerte unión y lealtad hacia sus familias, tanto nucleares como colectivas, lo cual se conoce como *familismo*. El *familismo* deriva de una cosmovisión colectivista que valora compartir las responsabilidades, el apoyo emocional y financiero cuando se necesita, y la participación en la toma de decisiones. Se fomenta la interdependencia como lo opuesto a la independencia. Se valora el contacto personal y directo con los familiares por encima de otras formas de comunicación tales como las llamadas telefónicas. Los hispanos que no tienen este nivel de acceso a sus familias podrían experimentar dificultades emocionales u otras dificultades de adaptación.

(continúa)

RECUADRO 5-1 (continúa)

7. La clara demarcación de los roles masculinos y femeninos dentro de la familia ha caracterizado a las familias tradicionales hispanas durante mucho tiempo. Los conceptos de *machismo* y de *marianismo* son muy importantes para comprender la perspectiva del rol de género de los hispanos. Es probable que estas perspectivas tengan implicaciones importantes para la interpretación de la escala *Mf* (masculinidad-feminidad) (por lo general a diferencia de los caucásicos) en el MMPI-2. El *machismo* se refiere a la responsabilidad, lealtad e integridad del hombre latino hacia su familia, a su comunidad y amigos más que a lo que con frecuencia se describe como un énfasis en la virilidad y el chovinismo en otras definiciones de machismo. El *marianismo* se refiere a la esperanza de que las mujeres adopten un papel de crianza, piedad, virtud y humildad en la familia. Garrido y Velasquez apuntado que los estudios recientes en torno a la escala 5 del MMPI-2 han encontrado que las mujeres muestran más variabilidad en esta escala que los hombres latinos, quienes tienden a obtener puntajes por debajo de 50 T. De hecho, algunas investigaciones han sugerido que la mujer latina muestra comparativamente menos adherencia a las expectativas tradicionales del rol de género, tal vez como resultado de un incremento en la independencia respecto a sus familias y de perseguir el progreso profesional.
8. La expresión de la agresión y de la angustia emocional que se encuentra en los hispanos podrían reflejar claras reglas culturales. Específicamente, no es inusual que muchos hispanos reporten síntomas somáticos subyacentes que pueden ser fuentes de aflicción emocional, como depresión, ansiedad y conflictos interpersonales o familiares.

Escala 3: Histeria (Hy)

Los pacientes en contextos de salud mental y médicos que obtuvieron puntajes altos en la escala *Hy*, desde la perspectiva psicodinámica, con frecuencia exhiben defensas neuróticas como la negación y la represión para enfrentar el estrés. Tienen a ser dependientes, ingenuos, extrovertidos, infantiles y narcisistas. Su cuadro sintomático suele estar mezclado. Frecuentemente muestran una falta de *insight* en relación con posibles causas subyacentes de los síntomas y sus propios motivos y sentimientos; a menudo son descritos como psicológicamente inmaduros, pueriles e infantiles.

Quienes obtienen altos puntajes suelen sentirse abrumados y tienen síntomas que podrían aparecer y desaparecer repentinamente; por lo general no parece que experimenten una confusión emocional aguda. Piensan que tienen problemas médicos y requieren tratamiento médico. Con frecuencia, reciben diagnósticos de trastorno por conversión, trastorno somatoforme o trastorno por dolor.

La gente con puntajes altos en el *Hy* suelen tener conflictos interpersonales y muestran un *insight* mínimo hacia los problemas. Altos niveles de estrés frecuentemente se acompañan del desarrollo de síntomas físicos (normalmente esta escala tiene el puntaje máximo entre los pacientes médicos femeninos que no tienen enfermedades diagnosticables.) Pueden reportar dolores de cabeza, malestar estomacal, dolores en el pecho, debilidad o taquicardia. Los pacientes con puntajes altos a menudo responden a la sugestión pero frecuentemente se resisten al tratamiento

orientado al *insight*. Pueden mostrar poco interés en examinar procesos psicológicos. Quienes tienen puntajes muy altos (puntaje T > 80) tienden a reaccionar al estrés y evadir la responsabilidad por medio de desarrollar síntomas físicos.

Escala 4: Desviación psicopática (*Pd*)

La escala *Pd* evalúa la conducta antisocial, como la rebeldía, las relaciones de familia desestabilizadas y el *acting out* impulsivo. La gente que obtiene puntajes altos en esta escala tiende a mostrar problemas académicos o laborales y con frecuencia tienen dificultades legales y se involucran en el abuso de alcohol o drogas. Tienden a mostrar rasgos asociados con el trastorno de personalidad, como la conducta antisocial. Quienes obtienen puntajes altos tienden a ser extrovertidos, sociables y simpáticos, pero también engañosos, manipuladores, hedonistas y exhibicionistas. Por lo general muestran un juicio deficiente y son poco confiables, inmaduros, hostiles y agresivos hacia los demás. Los problemas de la vida son comunes entre la gente que tiene la escala *Pd* como un perfil con puntaje alto (arriba de T = 65); pueden mostrar problemas maritales o familiares y tienen roces con la ley. Quienes obtienen puntajes altos en la escala *Pd* frecuentemente manifiestan problemas de carácter permanente que son muy resistentes al tratamiento. No es raro que quienes obtienen puntajes altos en la escala *Pd* terminen con el tratamiento psicológico de forma prematura en caso de estar comprometidos en realidad con la terapia.

Escala 5: Masculinidad-Feminidad (*Mf*)

Esta escala no es un instrumento de medición de la psicopatología sino de las actitudes del rol de género. De las escalas del perfil clínico estándar, ésta es la más susceptible a la variación cultural (los roles de género suelen diferir transculturalmente). Los hombres con altos puntajes en la escala *Mf* tienden a mostrar intereses tradicionalmente femeninos y niegan tener intereses tradicionalmente más masculinos; también tienden a reportar conflictos respecto a su identidad sexual y un bajo impulso heterosexual, mientras los hombres que obtienen un puntaje bajo admiten tener intereses más estereotipadamente masculinos y niegan los femeninos. La dirección del puntaje se invierte en las mujeres: las mujeres con puntajes altos muestran intereses más tradicionalmente masculinos y niegan más los roles estereotipadamente femeninos, mientras que las mujeres con un puntaje bajo consideran tener intereses estereotipadamente femeninos y niegan tener más masculinos.

Como ya se dijo, se ha descubierto que los puntajes en la escala *Mf* son más variables en las muestras hispanas y que difieren de alguna manera de aquellos de los grupos no hispanos. Con frecuencia, se ha determinado que las muestras de los hombres latinos de algún modo tienen puntajes medios más altos (G. E. Lucio,

Ampudia *et al.*, 2001), pero los puntajes son menores en otros grupos, tales como los puertorriqueños (Cabiya *et al.*, 2002). La interpretación en torno a los roles de género debería hacerse solamente con extrema precaución (la misma precaución que al interpretar a los pacientes hispanos en los Estados Unidos).

Escala 6: Paranoia (*Pa*)

Las personas con puntajes altos en la escala *Pa* son característicamente suspicaces, desconfiados y externalizan culpa. Por lo general son cautelosos, esquivos y distantes en las relaciones y es común que los demás los describan como malhumorados, precavidos y demasiado sensibles en las relaciones personales. Quienes obtienen puntajes altos tienden a proyectar culpa hacia otros, externalizar su hostilidad y albergar rencor hacia otros. Frecuentemente se les percibe como hostiles y obstinados. Los puntajes extremadamente altos en la escala *Pa* ($T > 75$) sugieren problemas cognitivos graves tales como las delusiones y la desorganización de la personalidad.

No es probable que los individuos que tienen la *Pa* como su puntaje de escala más alto se beneficien de la psicoterapia ya que por lo general no aceptan la responsabilidad de sus propias acciones y no son sensibles a cambiar su conducta en respuesta a las influencias externas.

Escala 7: Psicastenia (*Pt*)

La escala *Pt* mide la ansiedad y el desajuste general. Quienes obtienen altos puntajes responden los ítems que sugieren que se sienten tensos, ansioso, pensativos, preocupados, obsesivos, fóbicos y rígidos. Estos individuos frecuentemente tienen pensamientos obsesivo-compulsivos. La gente que tienen puntajes altos en la escala *Pt* a menudo se autocondena y son propensos a la culpa; estos individuos se sienten inferiores e inadecuados. Los pacientes con elevaciones en la escala 7 sobreintelectualizan, sobreracionalizan y se resisten a la interpretación psicológica en el tratamiento.

Escala 8: Esquizofrenia (*Sc*)

La escala *Sc* mide la conducta, síntomas y actitudes que con frecuencia se asocian con problemas graves de salud mental. La gente que tiene un puntaje alto ($T \geq 65$) tienen un estilo de vida poco convencional y esquizoide. Suelen ser apartados, tímidos y temperamentales. Por lo general reportan sentimientos de inadecuación, tensión y confusión. Pueden tener pensamientos inusuales o extraños, un juicio deficiente y estados de ánimo erráticos. Quienes obtienen puntajes altos en la escala *Sc* normalmente experimentan dificultades en las relaciones interper-

sonales. Es común que se los considere inusuales, extravagantes en su forma de pensar y en sus relaciones.

A las personas que obtienen puntajes muy altos (puntajes T de 80 o más) pueden tener un contacto deficiente con la realidad, experiencias sensoriales delirantes, delusiones y alucinaciones. La gente con altos puntajes podría tener dificultades para relacionarse en la terapia; generalmente carecen de autoconciencia y tienen habilidades deficientes de resolución de problemas. La escala Sc es el puntaje más alto en el perfil para los pacientes psiquiátricos mexicanos (G. M. E. Lucio, Palacios *et al.*, 1999) y para los puertorriqueños (Cabiya & Davila, 1999a, 1999b).

Escala 9: Hipomanía (Ma)

La escala *Ma* se diseñó como una medición de los factores de personalidad y los síntomas afectivos relacionados con la hipomanía, un síndrome subclínico del trastorno bipolar. Las personas con puntajes altos (T = 65 – 74) son considerados como sociables, extrovertidos, impulsivos, demasiado enérgicos y optimistas. Tienden a correr grandes riesgos y a tener puntos de vista morales demasiado relajados. Con frecuencia, se los considera frívolos, impulsivos e imponentes y demasiado optimistas en su aproximación a la vida. También son vistos como irritables e impacientes. Muchos individuos con elevaciones en la escala *Ma* beben de forma excesiva y desarrollan problemas de abuso de sustancias. Es normal que no lleven a cabo sus planes, sobrevaloren su autoestima y sean manipuladores. La gente con puntajes muy altos (T ≥ 75) puede mostrar trastornos afectivos, conducta extravagante, estados de ánimo erráticos, conducta impulsiva y alteraciones del pensamiento.

Escala 0: Introversión/Extroversión social (Si)

Quienes obtienen puntajes altos en la escala *Si* son vistos como introvertidos, tímidos, retraídos, reservados en sociedad, sumisos, sobrecontrolados, letárgicos, convencionales, tensos, inflexibles y propensos a la culpa. Aquellos que tienen puntajes bajos tienden a ser extrovertidos, sociables, gregarios, expresivos, oportunistas y poco sinceros en las relaciones sociales. El constructo de personalidad subyacente en la escala *Si* (introversión/extroversión) opera en las poblaciones mexicanas al igual que en las estadounidenses, por lo que muestra elevaciones del puntaje T comparables.

USO DE LOS TIPOS DE CÓDIGO DEL MMPI-2

En muchos casos, más de una escala clínica se eleva en el rango de interpretación, a o más allá de un puntaje T de 65. Al principio de la historia del MMPI, los médicos

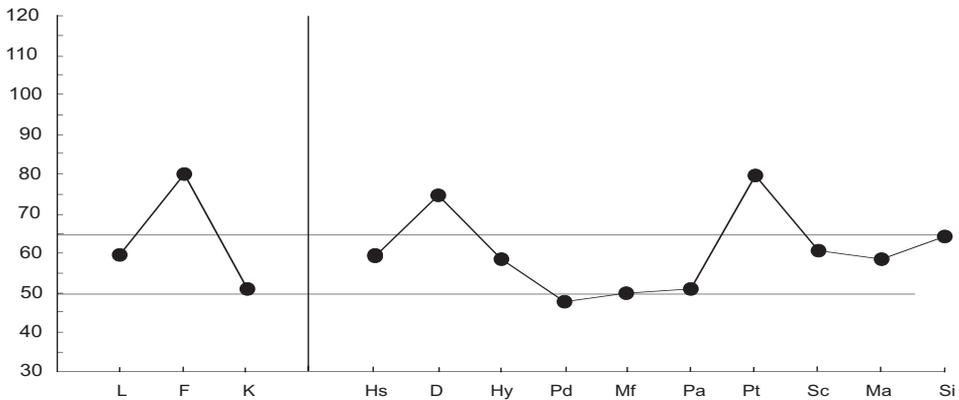


Figura 5-1. Perfil de validez y clínico del MMPI-2 que ilustra una definición de perfil alto. Las escalas incluyen *L* (mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (actitud defensiva), *Hs* (hipocondría), *D* (depresión), *Hy* (histeria), *Pd* (desviación psicopática), *Mf* (masculinidad-feminidad), *Pa* (paranoia), *Pt* (psicastenia), *Sc* (esquizofrenia), *Ma* (hipomanía) y *Si* (introversión social).

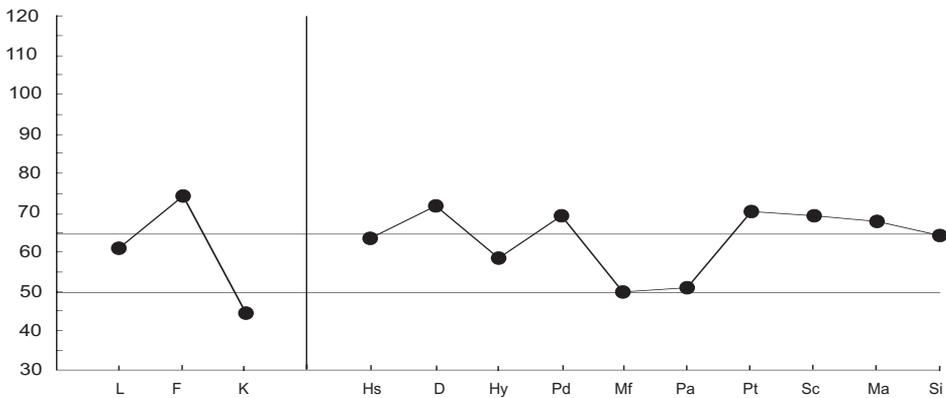


Figura 5.2. Perfil de validez y clínico del MMPI-2 que ilustran una configuración de escala "no bien definida". Véase el pie de imagen de la figura 5-1 para las definiciones de la escala.

observaron que muchos pacientes que manifestaban problemas clínicos similares produjeron patrones de perfil de MMPI similares con las múltiples elevaciones de escala. Por ejemplo: los perfiles de los pacientes con depresión solían tener elevaciones tanto en la escala 2 (*D*) como en la 7 (*Pt*). La interpretación de la configuración de la escala del perfil se volvió tan importante en la interpretación del MMPI como el uso de una sola elevación de escala. La configuración de la escala del perfil, o *tipo de código*, es simplemente la mayor elevación de los puntajes de las escalas en el perfil clínico; por ejemplo, un tipo de código de dos escalas se constituye por los dos puntajes más elevados, como el código 4/9 - 9/4 que describe un perfil en donde la escala 4 (*Pd*) y la 9 (*Ma*) son las escalas más altas en el perfil. Muchos tipos de

código de tres y cuatro escalas también han sido objeto de investigación. Estos tipos de código en los que tres escalas se elevan por arriba del puntaje T de 65; por ejemplo, tipo de código de perfil 2/7/8 describe elevaciones de las escalas 4 (*D*), 7 (*Pt*) y 8 (*Sc*) (véase la figura 5-1 para un perfil bien definido y la figura 5-2 para un perfil que no está bien definido).

Los descriptores bien investigados para muchos de los tipos de código del MMPI (agrupaciones basadas en dos, tres y algunas veces cuatro de las escalas más elevadas) están disponibles para los tipos de perfil que aparecen con más frecuencia (véase Archer *et al.*, 1995; Gilberstadt & Duker, 1965; Graham *et al.*, 1999; Gynther *et al.*, 1973, Marks *et al.*, 1974). Para una discusión más a fondo sobre la interpretación del tipo de código, véase Butcher (2005a) y Graham (ob. cit.).

Al interpretar los tipos de código del MMPI-2, también es importante analizar qué tan distinto es el código de perfil del resto del perfil. Es decir, el que interpreta el inventario debe tener en consideración qué tan claramente definido está el tipo de código de los puntajes T elevados sobre la siguiente escala más alta en el perfil. Este concepto se conoce como **definición de perfil**, o el grado al que un puntaje T de alguna escala del MMPI o tipo de código se eleva sobre la siguiente escala más alta. Muchos niveles de definición de perfil se consideran en la interpretación clínica. El código del perfil o puntaje de una sola escala que es 10 o más puntuaciones T más alto que el siguiente puntaje en el perfil se conoce como “muy bien definido”, el código o puntaje que es más de 5 puntuaciones T pero menos de 10 puntuaciones T más alto que la siguiente escala se considera **bien definido**, y los perfiles que son de cuatro puntuaciones T o menos que el siguiente puntaje más alto en el perfil se conocen como **no bien definidos** (véase la discusión en Butcher, 2005a).

Se considera que las escalas y los perfiles del MMPI-2 que están bien definidas o muy bien definidas son las más confiables con el transcurso del tiempo más que los perfiles que no están bien definidos. Además, es posible tener más confianza en que los correlatos de la personalidad que se han establecido para aquel código pueden aplicarse a los perfiles que están muy bien definidos o bien definidos. Los perfiles que no están bien definidos necesitan ser interpretados de cierta forma que sea más cuidadosa porque el patrón del perfil podría cambiar si el paciente vuelve a someterse a la prueba (Butcher, 2005a; Graham, ob. cit.).

CONTENIDO DE LOS ÍTEMS Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

Una vez que es posible asegurar la credibilidad de las respuestas de un paciente y los perfiles del MMPI-2 se consideran válidos, entonces podemos asumir que las respuestas de los ítems del paciente son representaciones verídicas de sus síntomas

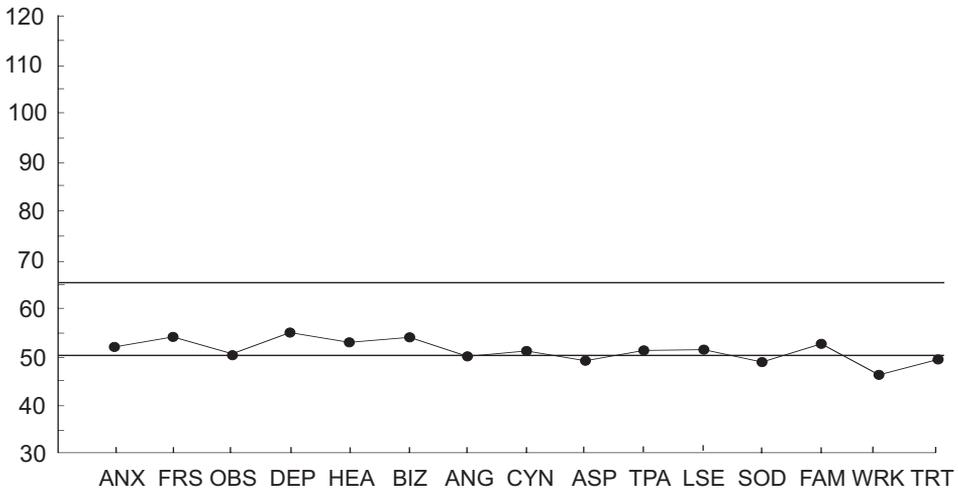


Figura 5-3. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 de hombres mexicanos normales ($N = 813$) trazado sobre normas estadounidenses (G.M.E. Lucio, Palacios *et al.*, 1999). Las escalas incluyen ANX (ansiedad), FRS (miedos), OBS (obsesividad), DEP (depresión), HEA (preocupación por la salud), BIZ (pensamiento delirante), ANG (enojo), CYN (cinismo), ASP (conductas antisociales), TPA (comportamiento tipo A), LSE (baja auto estima), SOD (Incomodidad social), FAM (preocupación por la familia), WRK (dificultades en el trabajo) y TRT (rechazo al tratamiento).

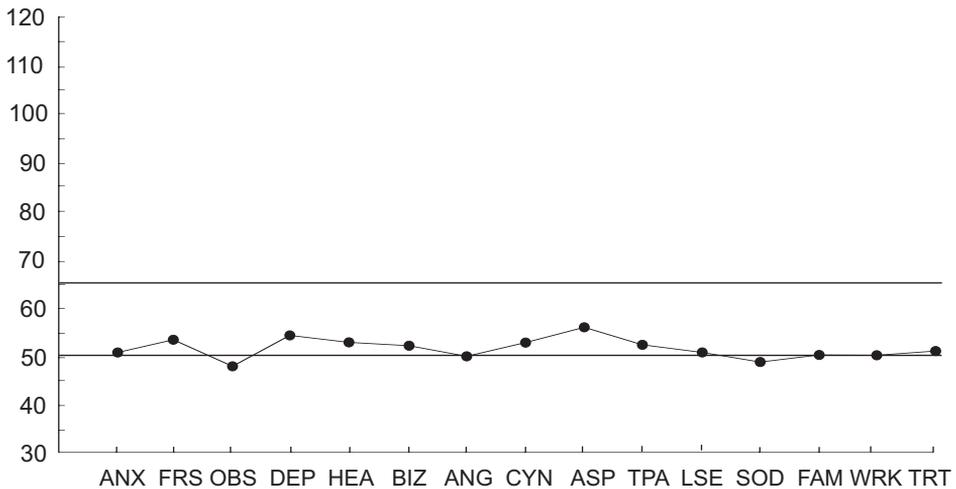


Figura 5-4. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 de mujeres mexicanas normales ($N = 107$) trazado sobre normas estadounidenses (G.M.E. Lucio, Palacios *et al.*, 1999). Véase el pie de imagen de la figura 5-3 para las definiciones de la escala.

y de su conducta. Las escalas de contenido del MMPI-2 son variables que sintetizan y proporcionan un marco de referencia normativo de la respuesta por parte del paciente de ítems similares o áreas problema. Por ejemplo: un puntaje alto en la

escala de contenido *D* (p. ej., una puntaje *T* de 80) indica que el paciente ha reconocido una gran cantidad de síntomas y conductas que están asociadas con la depresión y la ideación suicida. Es importante, en la evaluación clínica, prestar atención a esta información compartida y abordar esos sentimientos y esa posible conducta suicida en el contexto clínico.

La similitud en el desempeño de la población normal mexicana en comparación con una muestra normativa estadounidense para las escalas de contenido del MMPI-2 se muestra en las figuras 5-3 y 5-4. Además, las estadísticas de los ítems y las escalas de estas mediciones proporcionan desde una perspectiva transcultural la confianza en que están midiendo constructos similares en el idioma español y la cultura mexicana (G. M. E. Lucio & Reyes-Lagunes, 1996). En conjunto, la similitud en el desempeño de estos grupos sugiere que podemos tener una confianza considerable en que las escalas de contenido abordan problemas similares en las muestras hispanas. En la interpretación de un perfil de una escala de contenido del MMPI-2 con un paciente hispano (ya sea que se haya decidido que resulta más apropiado usar normas mexicanas o normas estadounidenses) podemos confiar en que estamos obteniendo una indicación de la descripción del problema reconocido por el paciente del modo en que se refleja en los puntajes elevados de las escalas de contenido.

Los constructos que evalúan las escalas de contenido del MMPI-2 son los siguientes:

Ansiedad (ANX, 23 ítems). Los individuos que obtienen puntajes por arriba de una *T* de 65 en la escala *ANX* están admitiendo una gran cantidad de síntomas generales de ansiedad, como tensión, problemas somáticos (p. ej., fuertes latidos cardiacos y falta de oxígeno), problemas para conciliar el sueño, incomodidad por la preocupación y tener una pobre concentración. Reportan que les preocupa enloquecer. Además, encuentran tensión en la vida y tienen dificultad para tomar decisiones. Admiten estar concientes de estos síntomas y problemas y desean discutirlos con los demás. El tratamiento psicológico podría dirigirse hacia la reducción de la ansiedad.

Miedos (FRS, 23 ítems). Un alto puntaje en la escala *FRS* (puntaje *T* > 65) indica que un individuo tiene muchos miedos específicos y se siente abrumado por ellos. Estos miedos pueden incluir ver sangre; lugares altos; manejo del dinero, animales como serpientes, ratones o arañas; irse de casa; fuego, tormentas y desastres naturales; agua; la oscuridad; estar en lugares cerrados y suciedad. Es probable que las personas con un puntaje alto en esta escala se sientan vulnerables a los periodos de ansiedad intensa.

Obsesividad (OBS, 16 ítems). Las personas que obtienen un puntaje en el rango clínico (puntaje *T* > 65) en la escala de contenido *OBS* reportan una gran dificultad para tomar decisiones. Son propensas a reflexionar en exceso acerca de estos temas y problemas (incluso problemas o eventos menores), lo cual causa que los otros se

vuelvan impacientes con ellas. Tienen mucha dificultad para realizar cambios y se angustian incluso por cambios menores en sus vidas. Suelen presentar ciertas conductas compulsivas, tales como contar compulsivamente o guardar cosas sin importancia. Son propensas a ser aprensivas en exceso algunos pueden sentirse abrumados por sus propios pensamientos.

Depresión (DEP, 33 ítems). La gente que tiene puntajes altos en la escala *DEP* (puntaje T > 65) experimenta pensamientos depresivos. Estos pacientes admiten sentirse deprimidos, inseguros acerca de su futuro y carentes de interés por la vida. Son propensos a reportar una infelicidad considerable, tienden a llorar con facilidad y no tienen esperanzas en el futuro. Quienes obtienen puntajes altos en la escala *DEP* también reportan pensamientos suicidas o deseos de morir. Tienden a creer que están condenados o que han cometido pecados imperdonables y pensar que las otras personas no los apoyan. Los pacientes que tienen el puntaje más alto en la escala *DEP* suelen estar abiertos a la intervención terapéutica y sienten necesidad de apoyo.

Preocupación por la salud (HEA, 36 ítems). Las personas que obtienen un elevado puntaje en la escala *HEA* (puntaje T > 65) admiten muchos síntomas físicos en muchos sistemas corporales, tales como problemas neurológicos (p. ej., convulsiones, mareos y ataques de desvanecimiento, parálisis), síntomas gastrointestinales (p. ej., estreñimiento, náuseas y vómito, problemas estomacales), problemas sensoriales (p. ej., problemas auditivos o de visión), síntomas cardiovasculares (p. ej., dolores en el corazón o de pecho), problemas de la piel, dolor (p. ej., dolores de cabeza, dolores de cuello) y problemas respiratorios (p. ej., tos, fiebre del heno, asma). Los pacientes que obtienen un puntaje alto en la escala *HEA* tienden a preocuparse excesivamente por su salud y a sentir que tienen una salud más deficiente que la mayoría de la gente o más de lo que es en realidad.

Pensamiento delirante (BIZ, 23 ítems). Esta escala evalúa el pensamiento poco usual. Quienes obtienen un alto puntaje en la escala *BIZ* (puntaje T > 65) admiten tener procesos de pensamiento psicóticos y pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias. Podrían reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Las personas que obtienen un puntaje alto en esta escala también admiten tener ideación paranoide (p. ej., la creencia de que conspiran contra ellos o que tratan de envenenarlos). Estos individuos podrían sentir que están en una misión especial o que tienen poderes especiales.

Enojo (ANG, 16 ítems). Esta escala evalúa los problemas de control de hostilidad y el enojo. Los puntajes altos en la escala *ANG* (puntaje T > 65) sugieren problemas relacionados con el temperamento y pérdida de control en la expresión de la agresión. Quienes obtienen puntajes altos en esta escala admiten ser irritables, gruñones, impacientes, impulsivos, fastidiados y necios. Indican que con frecuencia tienen ganas de maldecir y romper cosas. También podrían reportar abusar físicamente de los demás.

Cinismo (CYN, 23 ítems). Esta escala aborda una característica general de la personalidad que se centra en el desagrado y la falta de confianza hacia otras personas. Las creencias misantrópicas son temas centrales admitidos por quienes obtienen altos puntajes en la escala *CYN*. Tienden a ver a las otras personas desde una perspectiva negativa, sospechan de motivos ocultos y negativos detrás de las acciones de los demás, por ejemplo: creen que la mayoría de la gente es honesta simplemente por miedo a que los descubran. Creen que los otros no son de confianza porque las personas se usan entre sí y solamente son amistosas por razones egoístas. Tienden a manifestar actitudes negativas acerca de la gente que está cerca de ellos.

Prácticas antisociales (ASP, 22 ítems). Esta escala aborda los problemas de personalidad asociados con la conducta *acting out*, el estilo de vida impulsivo y la participación en conductas fuera de la ley. Los que obtienen altos puntajes en la escala *ASP* (puntajes $T > 65$) también tienden a manifestar actitudes misantrópicas similares a las de quienes obtienen puntajes altos en la escala *CYN*, pero quienes obtienen puntajes altos en la escala *ASP* reportan conducta antisocial (estar en problemas con la ley, asaltar o robar en tiendas). Reportan que algunas veces disfrutaban las actividades de los criminales y creen que está bien eludir a la ley.

Comportamiento Tipo A (TPA, 19 ítems). Esta escala evalúa las características conocidas como personalidad Tipo A. Los que obtienen puntajes altos en la escala *TPA* (puntaje $T \geq 65$) son vistos como individuos exigentes, activos y orientados al trabajo que con frecuencia son impacientes, irritables y molestos. A los pacientes que tienen puntajes altos en esta escala no les gusta esperar o que los interrumpan cuando están en una tarea. Se quejan de que no hay suficiente tiempo en el día para terminar sus tareas. Suelen ser directos, descorteses y arrogantes en las relaciones interpersonales.

Baja autoestima (LSE, 24 ítems) la gente que tiene puntajes altos en la escala *LSE* ($T > 65$) se caracteriza por tener opiniones devaluatorias sobre ellos mismos. Estos individuos se sienten como si los demás no los quisieran. Admiten muchas actitudes negativas acerca de ellos mismos, como la creencia de que son poco atractivos, torpes, descoordinados, inútiles y que son una carga para otros. Parece que carecen de autoconfianza y les es difícil aceptar cumplidos de otros. Algunas veces podrían estar abrumados por todos los defectos que ven en ellos mismos.

Incomodidad social (SOD, 24 ítems). Esta escala se desarrolló para proporcionar una medición del malestar en situaciones sociales y de la ineficacia personal en las mismas. Las personas que obtienen puntajes altos en la escala *SOD* ($T > 65$) se sienten incómodas en compañía de otros. Prefieren estar solas. En las situaciones sociales, es probable que se queden solas y no se unan al grupo. Se consideran tímidas y les disgustan las fiestas y otros eventos grupales.

Problemas familiares (FAM, 25 ítems). Esta escala fue creada para proporcionar una evaluación de las relaciones familiares del paciente y de sus actitudes hacia los

miembros de la familia. Los pacientes que obtienen puntajes altos en la escala *FAM* ($T > 65$) reportan tener considerables conflictos familiares. Describen a sus familias como carentes de amor, beligerantes y desagradables. Pueden admitir que odian a los miembros de su familia y considerar que en sus infancias fueron objetos de abuso y que sus matrimonios son infelices y carentes de afecto.

Dificultades en el trabajo (*WRK*, 33 ítems). Esta escala se desarrolló para evaluar las actitudes del paciente hacia el trabajo y su confianza respecto a la capacidad de trabajar. Un alto puntaje en la escala *WRK* es indicativo de conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un rendimiento laboral deficiente. Algunos de los problemas que se abordan en la escala se relacionan con una baja autoconfianza, dificultades de concentración, obsesividad, tensión y cuestionamientos personales de la elección de carrera. Varios ítems se enfocan en la relación con y posibles actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo.

Rechazo al tratamiento (*TRT*, 26 ítems). Esta escala se diseñó para evaluar las características de la personalidad y sus actitudes hacia el tratamiento. Un alto puntaje en la escala *TRT* indica una actitud negativa hacia los médicos y al tratamiento de la salud mental. Quienes obtienen puntajes altos aquí no creen que nadie pueda entenderlos o ayudarlos. Las personas que obtuvieron un puntaje alto ($T > 65$) son propensas a tener problemas o conflictos y no se sienten cómodas al discutirlos con alguien más. Pueden resistirse a cambiar algo en sus vidas. Es más, tal vez quienes obtienen puntajes altos en esta escala no sientan que el cambio es posible. Prefieren darse por vencidos en lugar de enfrentar una crisis o dificultad en sus vidas.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Las escalas suplementarias del MMPI-2, como los indicadores de abuso de sustancias, también han sido objeto de investigación en poblaciones de habla hispana (León y Lucio, 1999) y pueden ayudar en la exploración de problemas potenciales con los pacientes hispanos (véase el capítulo dos de este libro). Las escalas suplementarias incluyen las siguientes:

MacAndrew Revisada (*MAC-R*). Los que tienen altos puntajes en esta escala son propensos a desarrollar problemas de adicción, como el abuso de alcohol o drogas, juego patológico, etc.

Escala de potencial de adicción (*APS*). Esta escala de 39 ítems se desarrolló para el MMPI-2 usando una estrategia empírica de construcción de escalas creada por Leed *et al.* (1992). Esta escala evalúa el potencial para que los individuos desarrollen problemas de adicción como el abuso de drogas o alcohol.

Escala de reconocimiento de las adicciones (*ASS*). Esta escala de 13 ítems se desarrolló con métodos racionales-estadísticos de escalas para evaluar el grado al

que el individuo admite tener problemas de abuso de alcohol o drogas (Leed *et al.*, ob. cit.). Los puntajes altos ($T > 60$) sugieren una considerable aceptación de los problemas de uso de alcohol o drogas.

Escala de estrés postraumático de Keane (PK). Esta escala (Keane *et al.*, 1984) se desarrolló usando una estrategia empírica de construcción de escalas. En el desarrollo de la escala, los autores usaron un grupo de 100 hombres veteranos a quienes se les había sido diagnosticado trastorno por estrés postraumático (PTSD) en comparación con 100 hombres veteranos que sufrían otros problemas psiquiátricos. Encontraron que 49 ítems discriminaron de manera significativa al grupo PTSD de la muestra general psiquiátrica. Se halló que esta escala tiene 82% de índice de aciertos en la clasificación de veteranos con PTSD. Como se esperaba, la escala *PK* muestra una fuerte relación con otras escalas de ansiedad, tales como la escala *A* de Welsh y la escala *Pt* y se correlaciona de forma negativa con la escala *Es*.

Hostilidad Reprimida (Ho). Esta escala fue desarrollada por Cook & Medley (19-54) con el MMPI original y rediseñada para el MMPI-2 por Han *et al.* (1995), con el fin de identificar la habilidad de un individuo para trabajar en armonía con otros. Se encontró que la escala es efectiva para medir la hostilidad (Han *et al.*, ob. cit.). Los individuos que tienen puntajes altos en esta escala ($T \geq 65$) tienden a ser agresivos y confrontan abiertamente, aun cuando no se los provoque. Las investigaciones con respecto a esta escala han mostrado que es efectiva para evaluar la conducta relacionada con la salud, tales como el patrón comportamiento Tipo A, en el que el enojo a menudo desempeña un papel importante.

Escala de desadaptación matrimonial (MDS). El *MDS* es una escala de creación reciente para el MMPI-2 (Hjemboe *et al.*, 1992). La escala fue concebida y construida empíricamente para detectar problemas matrimoniales. Una muestra de 150 parejas en consejo marital se usó como el grupo de desarrollo primario. Se calculó la correlación de cada ítem del MMPI-2 con la escala de ajuste diádico de Spanier (DAS; Spanier, 1976), y se retuvieron los ítems con las mayores correlaciones entre hombres y mujeres. Después, se comparó éstos con las mismas correlaciones entre 392 parejas de la muestra normativa de reestandarización del MMPI-2 y aquellos ítems que mostraron fuertes correlaciones en esta muestra también se retuvieron. Se eliminaron otros ítems que fueron importantes, de acuerdo con su evaluación del desajuste general, por ejemplo: el contenido de ansiedad y depresión. Después, los ítems retenidos se correlacionaron con la escala de ajuste diádico y las escalas de contenido para permitir una comparabilidad directa con otros puntajes de las escalas estandarizadas del MMPI. En las pruebas de índice de acierto del *MDS* tanto para los asesorados como para la muestra normativa, los participantes reportaron un ajuste deficiente en un puntaje *T* de 60. Tanto en las muestras normativa y en la de asesorados, los niveles del ajuste diádico presentaron una clara disminución con una elevación en la escala *MDS*. Se reportaron los resultados solamente para los pacientes que indicaron que estaban casados o separados.

DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL MMPI-2 PARA PACIENTES HISPANOS

El desarrollo de los informes de pruebas psicológicas para los pacientes hispanos que se basa en o se deriva en parte de sus respuestas al MMPI-2, debería seguir una estrategia interpretativa sistemática (véase las afirmaciones de Butcher & Williams, 2000; Graham, ob. cit.). Este proceso debe tener en cuenta no sólo las grandes congruencias entre el desempeño del MMPI-2 hispano y estadounidense sino también algunas diferencias que se han observado. Así como en cualquier evaluación diagnóstica, se recomienda tener precaución al reportar los resultados de la prueba.

Al desarrollar el informe, es importante confirmar que la evaluación como un todo y la aplicación de la prueba en particular han proporcionado un resultado interpretable de la prueba; esto es, que la situación de la prueba fue controlada y monitoreada y que las instrucciones se entendieron. El examinador necesita asegurarse de que el paciente ha leído y entendido el idioma en el que se administra la prueba, ya sea en inglés o en español. También es importante proporcionar información acerca de cualquier factor extraño que pudiera afectar el rendimiento del paciente en la prueba. Por ejemplo: ¿el paciente hispano se condujo en la entrevista de manera que pudieron producir resultados cuestionables? ¿Conocía y se sentía cómodo con los procedimientos de evaluación para proveer de resultados creíbles en la prueba? Una vez que la situación de prueba se ha examinado, entonces el psicólogo puede tener la confianza de proceder.

El desempeño del paciente necesita coincidir con el de las personas que tomaron la prueba en la muestra de estandarización sobre la cual se desarrollaron las normas para producir resultados interpretativos. Esto es, para que las pruebas sean creíbles, las condiciones de la misma necesitan ser “estándar”. Asegúrese de que el paciente no haya omitido un número importante de ítems y que no haya un conjunto de respuestas invalidantes. Con todo cuidado, calcule el desempeño del paciente en las escalas de validez para garantizar un resultado significativo e interpretable. ¿Hay algunas escalas de validez elevadas en extremo? Teniendo en cuenta que algunos pacientes podrían obtener puntajes más altos en las escalas *L* (Mentira) o *F* (Infrecuencia) más que los pacientes no hispanos, considérese si la elevación en la escala fue suficiente para producir invalidación o advertencias. ¿Podría el paciente estar usando la prueba como una forma de decir algo, cómo “estoy desesperado y necesito ayuda”, o “soy una persona muy virtuosa que necesita ser tratada con gran respeto” o “necesito mostrar un *self* positivo y aceptable al terapeuta; no avergonzarme o avergonzar a mi familia”? La evaluación psicológica necesita estar basada en la conclusión de que la respuesta de las actitudes del paciente fue apropiada y creíble.

En la interpretación clínica, es importante entender los elementos sintomáticos principales del paciente (p. ej., ansiedad, depresión o deterioro cognitivo) para obtener un panorama de su estado emocional actual. Determinése en qué escalas clínicas o tipos de código se enfocará el informe. El terapeuta no da interpretaciones para todas las ocho escalas clínicas sino solamente para las más notables o las más importantes para describir los problemas del paciente. Se siguen muchos pasos para seleccionar cuál de las posibles escalas clínicas elevadas se interpretará. Primero, es importante considerar la elevación de la escala y la configuración de las escalas elevadas en el perfil que están en el rango clínico ($T > 65$). Luego, si más de una escala se eleva en este rango, se les presta más atención. ¿Cuál es la configuración de los puntajes en el perfil? ¿Hay tipos de código interpretables? Después, es importante calcular la fiabilidad de estas mediciones para la evaluación por medio de examinar la definición de la escala. ¿La definición del perfil es suficiente (p. ej., tener cinco puntuaciones que separan la siguiente escala) como para que se la considere estable o confiable con el paso del tiempo?

Bríndese una clara descripción de los síntomas expresados por el paciente en el momento del modo en que se reflejan en las escalas del MMPI-2 prominentes. Por ejemplo: ¿la persona está deprimida (elevaciones en la escala *D* o *DEP* > 65 T), delusional (elevaciones en *Sc* > 75 T o *BIZ* > 65 T) o ansioso (elevación en *Pt* o *ANX* > 65 T)?

Describa el funcionamiento de la personalidad del paciente que podría influenciar en las elevaciones del perfil. Por ejemplo: ¿el paciente es extrovertido (de acuerdo con las elevaciones en la escala de *Si*), la persona tiene un estilo de vida impulsivo (las *Pd* y/o *Ma* elevados) o la persona es obsesivo-compulsiva al aproximarse a las tareas o situaciones (elevaciones en *Pt* u *OBS*)?

¿Cuáles son los problemas sintomáticos mayores que se presentan en las respuestas al MMPI-2 del paciente? ¿Qué temas de contenido (como lo resumen las escalas de contenido y las escalas componentes de contenido) pueden verse como representaciones de las preocupaciones principales del paciente? ¿Estas expresiones de síntomas coinciden con la información obtenida en otra prueba o entrevista? ¿Hay “ítems fundamentales” particulares que necesitan abordarse? Por ejemplo: ¿cómo ha respondido el paciente a los ítems sobre suicidio?

Inclúyase una evaluación del grado de desajuste psicológico de acuerdo con el MMPI-2. ¿Hay problemas de personalidad o psicológicos que se reflejen en los perfiles? ¿Se consideraría que esta persona tiene trastorno de ajuste psicológico? ¿Qué tan graves serían los problemas psicológicos de acuerdo con las elevaciones del MMPI-2? ¿Las hipótesis derivadas de los resultados del MMPI-2 encajan en el patrón de personalidad y en la información diagnóstica obtenida en otros resultados de evaluaciones tales como la entrevista o un historial?

RESUMEN

Este capítulo ha proporcionado un marco interpretativo para el entendimiento y el desarrollo de evaluaciones psicológicas de pacientes hispanos. Resumimos los correlatos establecidos de la personalidad y sintomáticos para las escalas clínicas del MMPI-2; se revisaron algunas escalas clínicas o de contenido que, como se ha reportado, se ven afectadas por las diferencias culturales para los pacientes hispanos, y se sugirieron cambios interpretativos. Presentamos normas para interpretar perfiles como una ayuda para que los terapeutas desarrollen conclusiones acertadas acerca de los puntajes de los pacientes hispanos en la prueba. En algunos casos, se observaron algunas elevaciones de las escalas que podrían reflejar puntos de vista estereotipados e incluso patologías sobrediagnosticadas de los pacientes latinos. Presentamos una estrategia interpretativa para el MMPI-2 y describimos las preguntas pertinentes que hay que responder al desarrollar las interpretaciones del MMPI-2 para los hispanos.

SÍNTESIS

- Se dio una estrategia de interpretación para la comprensión y el desarrollo de una evaluación psicológica de los pacientes hispanos.
- Se resumieron los correlatos establecidos de la personalidad y somáticos para las escalas clínicas del MMPI-2. Se revisaron algunas escalas clínicas o de contenido que, como se ha reportado, se ven afectadas por las diferencias culturales para los pacientes hispanos.
- Se presentaron normas para la interpretación de perfiles para evitar que los terapeutas obtengan conclusiones inexactas o conclusiones que pudieran reflejar puntos de vista estereotípicos o incluso patologías sobrediagnosticadas de los pacientes hispanos.
- Se presentó una estrategia interpretativa del MMPI-2 y se describieron las preguntas pertinentes que se deben contestar al desarrollar las interpretaciones del MMPI-2 para los hispanos.



6 INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL MMPI-2 CON PACIENTES HISPANOS: ESTUDIOS DE CASO

En este capítulo presentamos varios estudios de caso que ilustran el proceso de interpretación del MMPI-2 con pacientes hispanos. Los casos fueron seleccionados de distintos contextos para destacar la utilidad de la prueba en la práctica contemporánea. En cada uno de ellos proporcionamos antecedentes relevantes e información sobre el envío del paciente con un especialista, los puntajes de los perfiles con la información pertinente para la prueba y un informe interpretativo obtenido por computadora para ilustrar la objetividad de la interpretación.

CASO 1: UNA INFANTICIDA EN PUERTO RICO

Daniella A. fue criada por su abuela luego de la muerte prematura de su padre, sin embargo, su madre fue muy importante en su vida; fue muy exigente con ella a la vez que le brindaba poco apoyo. Daniella siempre había estado resentida con su madre porque ésta no la educó del mismo modo que al resto de sus hermanos y hermanas.

Aunque su desempeño académico era promedio, Daniella abandonó la escuela para vivir con un hombre mayor cuando ella tenía 13 años. A los 17, dejó a este hombre para irse con otro que era alcohólico. En ese momento, consumía alcohol y marihuana en exceso. Luego, estudió y aprobó los exámenes para graduarse de la escuela preparatoria, además de terminar un curso de entrenamiento de un año para ser ayudante de oficina. Contrajo matrimonio y después tuvo dos hijos con un hombre que, con frecuencia, abusaba físicamente de ella.

Ya había dejado de beber y de consumir drogas en exceso y se había vuelto devota de una secta cristiana. Durante este tiempo también desarrolló una creencia delirante acerca de que la única forma en que podría salvar a sus hijos de las “torturas de esta vida” era matándolos. Asesinó a sus hijos en un aparente episodio psicótico en el que también trató de acabar con su propia vida.

Fue arrestada de inmediato y se le acusó de homicidio. En el juicio, fue declarada inocente debido a su locura y se le envió a un hospital psiquiátrico estatal.

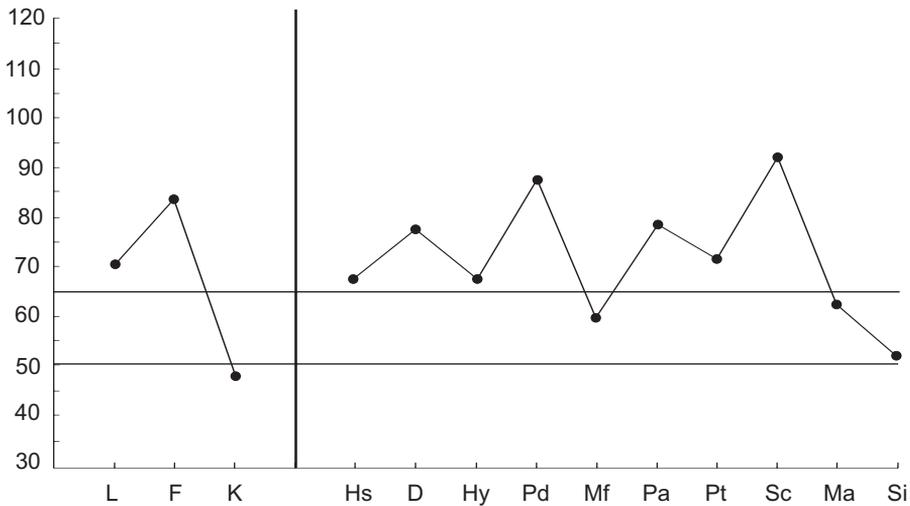


Figura 6-1. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-2 para Daniella A., una infanticida puertorriqueña. Las escalas incluyen *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social).

Después de 10 años en ese sitio, fue enviada con Jose Cabiya para una evaluación psicológica, ya que al personal no le parecía que fuera psicótica. El diagnóstico clínico de Daniella determinó esquizofrenia paranoide, aunque era asintomática. Como parte de la evaluación para determinar su estado mental, se le aplicó el MMPI-2 versión hispana. Su perfil básico en el MMPI-2 (trazado sobre las normas estadounidenses en inglés) aparece en la figura 6-1, y su perfil de la escala de contenido se muestra en la figura 6-2. La interpretación asistida por computadora del informe Minnesota de los perfiles en el MMPI-2 de Daniella se presenta en el recuadro 6-1.

Los resultados del MMPI-2 sugieren un perfil elevado que coincide con su desajuste general (ver los argumentos en la descripción de las Consideraciones Forenses del Informe Minnesota en el recuadro 6-1). Es común encontrar el perfil clínico de esta paciente entre las mujeres que cometen el delito de asesinato (Berger, 1995). Su tipo de código, 8-4, sugiere que posee muchas características de trastorno de personalidad, que no parece encajar en su entorno y que siente resentimiento hacia la autoridad, lo cual coincide con su historia social. Su historial de adaptación errática, impulsiva y marginal también coincide con este tipo de código, al igual que su historial de consumo de drogas y de creencias religiosas radicales. Por último, los asesinatos de sus hijos coinciden con esta tendencia hacia los actos impulsivos y criminales. Este tipo de código también concuerda con su deficiente capacidad de empatía y confianza, así como sus habilidades sociales insuficientes.

Sin embargo, las elevaciones en las escalas 2 (*D*, Depresión) y 7 (*Pt*, Psicastenia) sugirieron la posibilidad de que el paciente tuvo el potencial de responder a la psico-

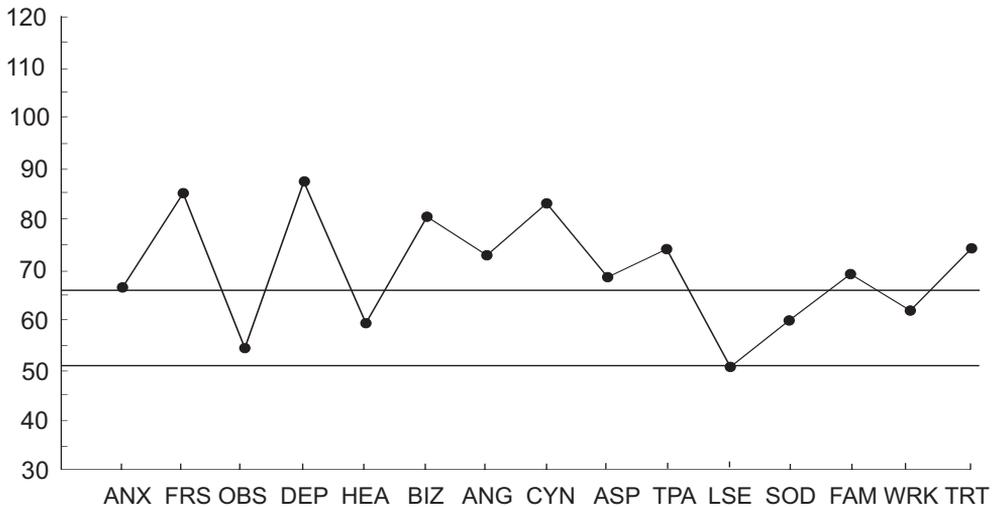


Figura 6.2. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Daniella A., una infanticida puertorriqueña. Las escalas incluyen *ANX* (Ansiedad), *FRS* (Miedos), *OBS* (Obsesividad), *DEP* (Depresión), *HEA* (Preocupación por la salud), *BIZ* (Pensamiento delirante), *ANG* (Enojo), *CYN* (Cinismo), *ASP* (Prácticas antisociales), *TPA* (Tipo A), *LSE* (Baja autoestima), *SOD* (Malestar social), *FAM* (Problemas familiares), *WRK* (Dificultades en el trabajo) y *TRT* (rechazo al tratamiento).

terapia debido a su depresión y experiencia de ansiedad. La posibilidad estuvo reforzada por el hecho de que las escalas *ANX* (Ansiedad) y *FRS* (Miedos) fueran las escalas de contenido más altas y que la *TRT* (rechazo al tratamiento), aunque alta, no fue muy elevada. De hecho, las altas escalas *FRS* y *LSE* (Baja autoestima) sugirieron la posibilidad de que Daniella no estaba más abierta a relacionarse con otros debido a sus inseguridades y baja autoestima, también prevista por el tipo de código 8-4. Así, la psicoterapia se dirigió a mejorar su autoestima y sentido de seguridad por medio del análisis de su relación con la madre y una reestructuración cognitiva. La paciente no respondió a la terapia y fue dada de baja después de un año. Desde ese momento ha vivido en hogares adoptivos supervisados.

CASO 2: HOMBRE ENCARCELADO, EVALUADO POR UNA OFICINA DE PROTECCIÓN INFANTIL CON RESPECTO A SUS DERECHOS PARENTALES

Raul T., era un hombre de 30 años, de origen puertorriqueño y hablaba principalmente español. Se sometió a una evaluación cuando cumplía una condena de 18 meses por delitos relacionados con las drogas. Pasó parte de su infancia y juventud entre Nueva York y en Puerto Rico. Además de los cargos criminales por los que estaba cumpliendo una condena, la oficina de protección infantil local (CPA) evaluó a Raul para establecer si, una vez que fuera liberado, podría hacerse cargo

RECUADRO 6-1

Narración del Informe Minnesota (Daniella A.)

Consideraciones sobre la validez

El perfil del MMPI-2 debe interpretarse con precaución. Existen ciertas posibilidades de que el informe clínico sea una imagen exagerada de la situación y de los problemas actuales del paciente. Daniella presenta una cantidad inusual de síntomas psicológicos. El psicólogo evaluador necesita considerar la extrema tendencia de esta paciente a reconocer un amplio rango de síntomas no específicos en la evaluación; la simulación de síntomas es una fuerte posibilidad.

Las respuestas de esta paciente a los ítems que aparecen casi al final del MMPI-2 fueron, de algún modo, más exageradas que sus respuestas a los ítems que aparecen al principio de la prueba. Hay una fuerte posibilidad de que haya respondido a la última sección de ítems de manera descuidada, aleatoria y engañosa, por lo que invalidaría esa sección de la prueba. Aunque es posible calificar las escalas estándar de validez y clínicas a partir de los ítems de los primeros dos tercios de la prueba, es necesario tener cuidado al interpretar el contenido del MMPI-2 y las escalas suplementarias, las cuales dependen de los ítems que se encuentran en el todo el banco de ítems.

Patrón sintomático

El perfil clínico del MMPI-2 de Daniella sugiere que la paciente tiene muchos problemas psicológicos en este momento. Parece estar enojada y alienada y tiende a actuar impulsiva e impredeciblemente de manera antisocial. Puede involucrarse en una conducta peligrosa y en extremo orientada al placer sólo por la emoción que representa, y tal vez haya tenido problemas sexuales. Es posible que se la considere como inmadura e irresponsable, y puede tener un largo historial de conducta desviada, como pocos logros, un historial laboral deficiente y problemas con la autoridad.

El contenido de las respuestas de la paciente sugiere que siente un miedo intenso hacia varios objetos y actividades. Esta hipersensibilidad y temor parecen estar generalizados en este punto y podrían debilitarla en situaciones sociales y laborales. Ella ha contestado varios ítems que indican que experimenta una moral baja y un estado de ánimo depresivo. Reporta preocuparse por sentirse culpable e insignificante. Siente que merece castigo por los errores que ha cometido. Se siente arrepentida e infeliz con la vida y parece estar colmada de ansiedad y preocupación por el futuro. A veces se siente desesperanzada y condenada. Ha reconocido una cantidad inusual de ideas extravagantes que sugieren algunas dificultades con su pensamiento.

Frecuencia del perfil

Esta elevada configuración del perfil de dos puntajes del MMPI-2 (4-8/8-4) no es muy común en las muestras de personas normales, ya que ocurre en menos de 1% de la muestra normativa de mujeres del MMPI-2.

Esta elevada configuración del perfil de dos escalas del MMPI-2 (4-8/8-4) se encuentra en 2% de las mujeres en la muestra de pacientes no hospitalizados de Pearson-NCS. Del mismo modo, Graham *et al.* (1999), reportaron que 1.8% de las pacientes no hospitalizadas en un estudio de comunidad tuvo un código de perfil de 4-8/8-4 bien definido. Sin embargo, 5.7% de las mujeres en esta muestra produjo perfiles 4-8/8-4 aunque no necesariamente en el rango elevado o bien definido.

Esta elevada configuración del perfil de dos puntajes del MMPI-2 (4-8/8-4) también se encontró en 5.3% de las mujeres en la muestra de Graham & Butcher (1988) y en 2.8% de las mujeres en la muestra de pacientes hospitalizados de Pearson-NCS. Entre las pacientes hospitalizadas veteranas, se encontró que este código de perfil era el par con puntos más altos en

RECUADRO 6-1 (continúa)

4.7% de los casos, aunque éstos no necesariamente eran perfiles bien definidos. Sólo 1.2% de las veteranas tuvieron códigos bien definidos en o por encima de un puntaje T de 65. Se encontró que la configuración 4-8/8-4 tenía una frecuencia similar en la muestra estudiada por Arbisi *et al.* (2003), quienes encontraron que esta configuración de puntos altos ocurrió con 4.7% de frecuencia, pero menos de 1% tuvo tipos de código bien definidos.

Estabilidad del perfil

La relativa elevación de escala de las escalas más altas en el perfil clínico de la paciente refleja una definición de perfil alto. Si ella vuelve a someterse a la prueba posteriormente, es probable que los puntajes más altos en esta prueba conserven su relativa prominencia en su patrón de perfiles en el retest. Es probable que su alto puntaje en la escala Sc (Esquizofrenia) permanezca con el tiempo. Los estudios test-retest a corto plazo han mostrado una correlación de .80 para este alto puntaje.

Relaciones interpersonales

La paciente parece tener habilidades sociales deficientes y, aunque es insegura en sus relaciones, puede manipular a otros por conducto de la agresión y de la intimidación. Ella es sensible en exceso y suele malinterpretar los motivos de los otros.

Parece actuar con impulsividad y puede verse involucrada en problemas con sus relaciones. Puede utilizar a los demás de manera hedonista para su propia satisfacción sin preocuparse por ellos. Su falta de confianza puede evitar que desarrolle relaciones cálidas y cercanas. Es posible que se esté comportando de formas impredecibles y erráticas que pueden producir una gran cantidad de tensión matrimonial.

Puede ser que su conducta de *acting out* ponga una gran tensión en su matrimonio o en sus relaciones. Parece tener muchas dificultades al relacionarse con el sexo opuesto. Posiblemente utiliza a otras personas para su propia gratificación, sin preocuparse por las necesidades de los demás. Las relaciones interpersonales tambaleantes son la norma entre los individuos con este perfil. La ruptura marital es común relativamente.

Consideraciones acerca de la salud mental

Muchos individuos con este perfil reciben diagnósticos de trastornos de personalidad graves. También es necesario considerar la posibilidad de un trastorno esquizofrénico.

Los individuos con este perfil clínico en el MMPI-2 parecen tener problemas de personalidad a largo plazo que impiden su tratamiento psicológico. Con frecuencia, la medicación psicotrópica es la opción de tratamiento. Algunos individuos con estos problemas extremos requieren tratamiento en un contexto controlado. La terapia sin hospitalización puede ser difícil con esta paciente debido a su alienación social y controles yoicos deficientes. La psicoterapia orientada al *insight* tiende a ser improductiva con individuos de este tipo porque tienden a actuar de forma impredecible y, a menudo, no confían en el terapeuta lo suficiente para establecer una relación de tratamiento. La paciente está tan emocional y socialmente alienada de otras personas que podría ser difícil que un terapeuta se gane su confianza.

Daniella puede responder mejor a la terapia de manejo de la conducta que a una psicoterapia verbal. Es probable que el progreso sea limitado independientemente de la aproximación de tratamiento debido a la tendencia de la paciente a actuar en contra de los demás. El abuso de los medicamentos es una posibilidad, ya que muchos individuos con este perfil desarrollan problemas con las drogas o el alcohol.

(continúa)

RECUADRO 6-1 *(continúa)***Consideraciones forenses**

El contenido de las respuestas de la paciente coincide con las características antisociales en su historial. Es necesario considerar estos factores para llegar a un diagnóstico clínico. La paciente reconoció contenidos de ítems que parecían indicar un bajo potencial para el cambio. Ella puede sentir que no es posible abordar sus problemas mediante la terapia y es poco probable que se beneficie de un tratamiento psicológico en este momento. Podría ser necesario explorar sus actitudes en apariencia negativas hacia el tratamiento en la primera etapa de la terapia para que tenga éxito. El análisis del contenido de los ítems revela una cantidad considerable de problemas con la vida doméstica de la paciente. Daniella se siente extremadamente infeliz y alienada de su familia. Reporta que su vida doméstica es desagradable y no espera que mejore. Cualquier intervención psicológica necesitaría enfocarse en sus sentimientos negativos hacia su familia si se quiere lograr un progreso. Su puntaje muy alto en la escala de malestar matrimonial sugiere que su situación marital es problemática en este momento. Ha reportado varios problemas en su matrimonio que tal vez sean importantes para entender sus síntomas psicológicos actuales.

de su hijo. Entre las preocupaciones de la CPA estaba el historial de violencia doméstica de Raul y las violaciones de las órdenes de restricción que éste había cometido.

Raul fue entrevistado exhaustivamente en dicha evaluación. Describió a su familia de origen como protectora; dijo que invirtió en la educación de él y de sus hermanos. Afirmó que su red familiar extendida, en especial sus abuelos, apoyaron la educación y la asistencia regular a la escuela. Negó la existencia de violencia doméstica familiar o abuso de sustancias. Se describió a sí mismo como “muy cercano” a su padre.

Raul tenía 16 años cuando a su padre se le diagnosticó una enfermedad terminal por la que requirió cuidados especializados fuera de Puerto Rico. Ya que la familia había hecho varias visitas extensas en el verano a sus parientes en Nueva York durante la infancia de Raul, y que el padre había sido enviado a una institución especializada en su enfermedad, ubicada en esa ciudad, los padres de Raul viajaban a Nueva York en espera de que el tratamiento tuviera éxito y el padre sobreviviera. Raul y su hermano se quedaron en Puerto Rico bajo la supervisión de sus abuelos.

Raul admitió que cuando se enteró de la grave enfermedad de su padre: “Cambié por completo, empecé a rodearme de la gente equivocada para cometer crímenes y vender armas y drogas.” En un periodo de seis meses, el padre de Raul murió en Nueva York. En ese momento, Raul ya tenía un historial criminal en Puerto Rico y había sido condenado a prisión juvenil. Añadió: “Fui buen estudiante hasta décimo grado, pero en ese momento todo empeoró.” Adquirió algunas habilidades de carpintería mientras estuvo encarcelado, pero no terminó la enseñanza secundaria. De hecho, cuando lo llevaban a presentar un examen para graduarse de ese nivel, escapó del custodio y viajó a Nueva York con una amiga que tenía familia ahí.

Durante los años siguientes, Raul se involucró en varias relaciones y cambió de empleo con frecuencia. Reconoció que entre un empleo y otro vendía drogas para asegurar un ingreso. Tenía la certeza de ser el padre de dos niños pero creía que podía haber más. Raul se describió como un trabajador generalmente bueno en cualquier trabajo que consiga, el único problema es que siempre he tenido dificultades para obedecer órdenes en el trabajo y también me aburro con mucha facilidad, así que renuncio. También admitió:

Mi problema es que me enojo muy rápidamente y no le doy oportunidad a los demás nada más lanzo el primer golpe, incluso si alguien me ve de la manera equivocada no sé cómo ignorarlo, sólo voy tras él.

Raul expresó su interés en cambiar este aspecto de su conducta y esperaba empezar a asistir a un grupo de manejo del enojo durante ese momento de su encarcelamiento. Estaba seguro de que nunca golpearía a sus hijos y que disfrutaba mucho sus visitas incluso si tenía que ser con la supervisión de los trabajadores sociales. Durante la entrevista, Raul expresó una y otra vez ansiedad por el futuro de su situación y en especial por la posibilidad de no tener derechos parentales. Aunque afirmó que aún amaba a la madre de sus hijos, expresó una gran ambivalencia acerca del futuro de la relación y pareció sentirse abrumado por la cantidad de problemas que había que resolver para que la relación sobreviviera. Por último, expresó una angustia considerable de ser confinado, porque nunca había aceptado el hecho de estar encerrado o en un lugar por mucho tiempo, así que hago cualquier cosa por no pensar en que estoy atrapado aquí.

Debido a su nivel educativo reportado y el hecho de que Raul indicó que podía hablar algo de inglés sólo para comunicarme, pero en realidad no puedo leerlo ni escribirlo, mi español es mejor, la evaluación incluyó una valoración del nivel actual de Raul de dominio de su lengua materna con respecto a vocabulario, razonamiento verbal y tareas básicas de lectura y ortografía. Esta evaluación reveló que, incluso en su lengua materna, el funcionamiento de Raul estuvo por debajo de su nivel reportado de rendimiento académico (décimo grado) en muchas de las tareas lingüísticas ya mencionadas. No obstante, su nivel de lectura fue suficiente para que completara la versión en español del MMPI-2. Se obtuvo un cálculo de su habilidad cognitiva de manera no verbal, lo cual reveló un nivel promedio de esa habilidad. También se aplicó un inventario en español de experiencias como padre, así como una entrevista semiestructurada de habilidades parentales. A pesar de la duración de la sesión de evaluación, Raul fue obediente y cooperativo. También hizo preguntas cuando tuvo dudas sobre el significado de los ítems de la prueba. De acuerdo con esta aproximación general a la evaluación, se consideró que los resultados obtenidos representan el nivel de funcionamiento actual de este paciente.

Se administraron los 567 ítems de la versión en español del MMPI-2. La interpretación computarizada del Informe Minnesota del perfil del MMPI-2 de Raul aparece en el recuadro 6-2. Un análisis del perfil de validez de Raul indica que su aproximación al inventario fue abierta y no defensiva en general (L [Mentira]= 52; véase figura 6-3), aunque tendió a responder de una manera un tanto aleatoria ($VRIN$ [Inconsistencia de Respuestas Variables] = 80). De hecho, Raul hizo comentarios acerca de la extensión del inventario, lo cual puede sugerir que estaba algo cansado cuando había terminado casi 75%. Es posible que su fatiga haya causado cierto

RECUADRO 6-2

Informe Minnesota: informe interpretativo de correcciones generales (Raul T.)

Validez del perfil

Es necesario interpretar con precaución este perfil del MMPI-2. Existe cierta posibilidad de que el informe clínico resulte una imagen exagerada de la situación y de los problemas actuales del paciente. Raul presentó una cantidad inusual de síntomas psicológicos. Este conjunto de respuestas extremas puede ser el resultado de habilidades de lectura deficientes, confusión, desorientación, estrés o una necesidad de llamar la atención a sus problemas. Es necesario evaluar su actitud al tomar la prueba para determinar la posibilidad de que haya producido un perfil invalidado. Pudo haber sido poco cooperativo con la prueba o haber intentado presentar una imagen falsa de su enfermedad mental. Es importante determinar el origen de su estilo de respuestas, ya sea una distorsión consciente o deterioro personal, puesto que Raul reportó problemas extremos. Mostró cierta inconsistencia en sus respuestas a los ítems de la prueba. Es posible que no haya prestado atención al contenido de los ítems.

Patrones sintomáticos

Este informe fue desarrollado por medio de 1 empleo de las escalas *Pa* (Paranoia) y *Pt* (Pscastenia) como prototipo. El perfil clínico del MMPI-2 del paciente sugiere que Raul experimenta varios problemas psicológicos en este momento. Parece pensar mucho y puede manifestar una conducta obsesiva o compulsiva. Tiene creencias que otros no aceptarían y tiende a obsesionarse con ellas al grado de alienar a los demás. Parece ser muy intenso, ansioso y angustiado. Los individuos con este perfil suelen reaccionar de manera exagerada a las situaciones ambientales con ansiedad, suspicacia y preocupación intensas. Se siente inseguro y fuera de lugar cuando enfrenta sus problemas. Puede sentir enojo hacia él mismo y hacia los otros, así como sentirse culpable por sus fantasías o creencias. A menudo es muy rígido, por lo que puede tener problemas para controlar y expresar directamente su enojo.

Además, el contenido de las respuestas a los ítems por parte del paciente sugiere la siguiente descripción. Reporta estar preocupado por sentirse culpable e insignificante. Se siente arrepentido e infeliz con la vida y parece estar colmado de ansiedad y preocupación por el futuro. A veces se siente desesperanzado y condenado.

De acuerdo con el contenido de sus respuestas, hay una fuerte posibilidad de que haya considerado seriamente suicidarse. Es posible que los pensamientos recientes del paciente se caractericen por la obsesión y la indecisión. Respondió una gran cantidad de ítems que reflejan un alto grado de enojo. A veces parece tener un alto potencial de conducta explosiva. Se siente autoalienado y expresa ciertos desasosiegos personales o un vago sentido de remordimiento por los hechos del pasado. Siente que la vida es injusta y aburrida, y le es difícil establecerse. Reporta algunas creencias y actitudes antisociales, acepta que rompe las reglas y reconoce haber tenido conductas antisociales en el pasado. Piensa que el mundo es un lugar amenazante, cree que

RECUADRO 6-2 (continúa)

se le culpó injustamente por los problemas de otros y siente que la vida lo trata mal. Es muy nervioso y cree que siente las cosas con más intensidad que los otros. Suele sentirse solo e incomprendido.

Aceptó tener varios pensamientos extremos y extravagantes, lo cual sugirió la presencia de delusiones y alucinaciones. Al parecer, piensa que tiene poderes místicos especiales o una misión especial en la vida que otros no entienden o aceptan. Es necesario profundizar en la evaluación de la posibilidad de que Raul actuara de forma agresiva cuando se presentan sus ideas delusionales. Expresó oraciones que indican cierta incapacidad para controlar su enojo. Puede atacar a otros física y verbalmente cuando está enojado. Su gran aceptación de un contenido de ansiedad general puede ser importante para entender su descripción clínica.

Frecuencia del perfil

Resulta importante para la interpretación del perfil clínico del MMPI-2 considerar la frecuencia relativa de una cierta configuración de los perfiles en varios contextos. El alto puntaje de la escala clínica (*Pt*) en el MMPI-2 del paciente se encontró en sólo 4.9% de la muestra normativa de hombres del MMPI-2. Únicamente 3.1% de la muestra tiene la escala *Pt* como el puntaje más alto en o por encima de un puntaje T de 65, y sólo 1.6% tiene aumentos en la escala *Pt* bien definidos. El elevado patrón del MMPI-2 del paciente (6-7/7-6) es poco común, pues ocurre en menos de 1% de la muestra normativa de hombres del MMPI-2.

Su puntaje alto en la escala (*Pt*) clínica del MMPI-2 se encuentra en 5.8% de los militares (Butcher, Jeffrey *et al.*, 1990). Además, 3.6% de estos hombres tuvieron los valores más altos en la escala *Pt* en o por encima de un puntaje T de 65, y sólo 1.9% tuvo aumentos en la escala *Pt* bien definidos en ese rango.

La frecuencia negativa de este perfil en varios contextos correccionales proporciona información importante. Megargree (1993) reportó que este puntaje alto en la escala clínica *Pt* del MMPI-2 ocurrió en el 4.3% de los hombres en una prisión estatal y en menos de 1% de los hombres en una prisión federal. Sólo el 3.3% de la muestra de la prisión estatal y menos del 1% de los prisioneros federales tuvieron un aumento la escala *Pt* en o por encima de un puntaje T de 65.

Butcher (1997) reportó un estudio de frecuencias de puntajes altos y de tipos de código para los hombres sometidos a evaluaciones psicológicas en prisión. El alto puntaje del MMPI-2 en la escala *Pt* que el paciente obtuvo ocurrió con sólo 5.4% de frecuencia en esa muestra, la segunda frecuencia más baja de cualquiera de los valores más altos de la escala. Sólo 1.9% de éstos fueron perfiles bien definidos en o por encima de un puntaje t de 65. Podemos comprender con más claridad este código de alto puntaje en el MMPI-2 (6-7/7-6) al colocarlo en el contexto de la muestra heterogénea de hombres en prisión que presentó Butcher (*ob. cit.*). Esta configuración de perfil ocurrió con una frecuencia moderada (5%), y 1.1% fueron puntajes bien definidos en o por encima de un puntaje T de 65.

Cabiya (1997) llevó a cabo una evaluación de prisioneros puertorriqueños (aproximadamente 75% de los cuales consumían sustancias en exceso) con la traducción al español del MMPI-2. En este estudio este código de alto puntaje del MMPI-2 (6-7/7-6) ocurrió con cierta frecuencia (3.7%), aunque menos de 1% fueron puntajes bien definidos en o por encima de un puntaje T de 65.

Estabilidad del perfil

La relativa elevación de los puntajes más altos de las escalas clínicas del paciente sugiere cierta falta de claridad en la definición del perfil. A pesar de la posibilidad de que sus escalas clínicas

(continúa)

RECUADRO 6-2 (continúa)

más altas se presentaran en su patrón de perfil si se le vuelve a someter a la prueba posteriormente, podía haber ciertos cambios en las elevaciones más prominentes de las escalas en el código de perfil. La diferencia entre el tipo de perfil usado para desarrollar el presente informe y la siguiente escala más alta en el código del perfil fue de 4 puntos. Así, por ejemplo, si después el paciente vuelve a someterse a una prueba, su perfil podría involucrar más elementos conductuales relacionados con las elevaciones en la escala *Pd*. Si se somete a la prueba nuevamente, las respuestas relacionadas con las conductas de *acting-out*, agresivas e irresponsables podrían volverse más prominentes.

Relaciones interpersonales

Los individuos con este perfil tienden a experimentar cierta angustia interpersonal. El paciente parece un tanto tímido y los estándares morales con los que juzga a los demás pueden ser excesivamente altos. Su inflexibilidad en las situaciones interpersonales puede representar una gran tensión en las relaciones cercanas, ya que parece poner a prueba a otras personas para sentirse confortado. Parece ser muy sensible y hostil a nivel interpersonal, y puede estar absorto en lo que imagina que los demás le han hecho. Su falta de confianza y su conducta celosa pueden representar una tensión en su matrimonio. Los individuos con este perfil suelen ser petulantes y quisquillosos en las relaciones. Tiende a discutir mucho y continuamente menciona problemas del pasado en sus peleas. Su retraimiento y su desapego a veces pueden dificultar su relación marital. Suele ser conflictivo y puede ser incapaz de “perdonar y olvidar” después de una disputa.

Es una persona introvertida que tiene problemas para reunirse e interactuar con los demás. Es tímido y emocionalmente distante. Tiende a ser intranquilo, rígido y sobrecontrolado en las situaciones sociales. Su timidez tal vez sea sintomática de un patrón más amplio de aislamiento social. Las características de personalidad relacionadas con la introversión social tienden a estabilizarse con el tiempo. Su conducta, por lo general solitaria, su estilo de vida introvertido y su tendencia hacia la evitación personal pueden ser importantes en los resultados futuros de la prueba. Su puntaje muy alto en la escala de Malestar matrimonial sugiere que su situación marital es problemática en este momento. Reporta varios problemas con su matrimonio que tal vez sean importantes para entender sus síntomas psicológicos actuales.

El contenido de las respuestas al MMPI-2 de este paciente sugiere la información adicional en torno a sus relaciones interpersonales que aparece a continuación. Siente un enojo intenso, hostilidad y resentimiento hacia los otros y le gustaría vengarse de ellos. Es competitivo y poco cooperativo y tiende a criticar a los demás. Las otras personas pueden pensar que sus relaciones son problemáticas. Puede estar visiblemente incómodo con otras personas. Tal vez se aisle cuando esté en un grupo y le disgusta participar en actividades grupales.

Consideraciones acerca de la salud mental

La ansiedad excesiva y conducta obsesiva del paciente debe tenerse en cuenta para el diagnóstico final. Además, es necesario evaluar la posibilidad de un trastorno paranoide o de una personalidad paranoide. El contenido de sus respuestas coincide con las características antisociales de su historial. Estos factores deben tenerse en cuenta para llegar a un diagnóstico clínico. Es necesario estimar sus pensamientos inusuales y sus ideas extravagantes en cualquier formulación diagnóstica.

Tiene varias características de personalidad que se asocian con un trastorno por consumo excesivo de sustancias. Los puntajes del paciente en los indicadores de propensión a las adicciones, junto con las características de personalidad reflejadas en el perfil sugieren que es semejante a algunos individuos que desarrollan trastornos adictivos. Una evaluación de consumo

RECUADRO 6-2 (continúa)

excesivo de sustancias debe explorar esta posibilidad mediante una revisión cuidadosa de sus rasgos de personalidad y conducta típica. En sus respuestas al MMPI-2, Raul reconoció algunos problemas con el consumo excesivo de sustancias adictivas.

Los prisioneros con este perfil clínico en el MMPI-2 a menudo tienen problemas psicológicos graves así como algunas preocupaciones por su salud física. Este individuo se siente extremadamente vulnerable ante las amenazas externas en este momento. El tratamiento psiquiátrico debe enfocarse en su tensión y dudas sobre sí mismo. Podría resultar apropiado utilizar medicamentos para disminuir su intensa ansiedad. La posibilidad de que presente ideas suspicaces o paranoides debe considerarse cuando se mediten opciones de rehabilitación psicológica. Puede tener problemas para formar una relación de tratamiento.

El paciente es rígido e intelectualiza mucho; es probable que el progreso terapéutico sea lento. Los individuos con este perfil clínico en el MMPI-2 tienden a presentar expectativas irreales y creencias perfeccionistas que pueden requerir cierto desafío si se quiere que su vulnerabilidad personal disminuya. Una aproximación como la terapia racional-emotiva podría permitir que el paciente adquiriera una mayor aceptación de sí mismo. El paciente aceptó el contenido de algunos ítems que parece indicar un bajo potencial para el cambio. Raul puede sentir que no es posible abordar sus problemas por medio de la terapia y que es poco probable que se beneficie de un tratamiento psicológico en este momento. Es necesario explorar sus actitudes en apariencia negativas hacia el tratamiento en la primera etapa de la terapia para que tenga éxito. Los problemas que reconoció tener con el consumo de alcohol o drogas deben atenderse en la terapia.

Medidas correctivas generales

Es necesario evaluar con sumo cuidado los síntomas o problemas expresados por el paciente, ya que pueden tener una relación importante con su situación actual. Sus síntomas y pensamientos actuales pueden ser consideraciones relevantes en este caso. Los individuos que obtienen puntajes altos en la escala *Pt*, como Raul, tienden a sentirse abrumados por la ansiedad. Se sienten tensos y agitados al grado de que la incomodidad, la preocupación y la aprehensión se derraman en sus actividades y relaciones diarias. Son personas muy nerviosas y asustadizas que tienen problemas para concentrarse. A menudo se sienten inseguros, incapaces de enfrentar su vida de manera efectiva, y están colmados de dudas sobre sí mismos. De hecho, los demás suelen verlos como reflexivos, indecisos, obsesivos y compulsivos. Tienden a ser rígidos en su manera de pensar. Probablemente tendrían dificultades para cumplir sus planes y emprender una acción efectiva y directa para resolver sus problemas. También tienen a intelectualizar y a racionalizar sus problemas, y pueden resistirse a las interpretaciones sobre su conducta. Tienden a necesitar y a buscar reafirmación en cualquier cosa que realicen.

Además de los problemas indicados en los puntajes de las escalas clínicas del MMPI-2 del paciente, Raul aceptó algunos ítems en las escalas de contenido que podrían reflejar sus dificultades. Es necesario tener en cuenta sus numerosos problemas familiares en la evaluación. Su propensión a experimentar ansiedad, depresión, pensamiento obsesivo y pensamientos inusuales podrían dificultarle pensar con claridad y funcionar de manera efectiva. Su baja autoestima tal vez caracterice una manera un tanto inefectiva de aproximarse a nuevas tareas. Su inseguridad básica y falta de autoconfianza podrían dificultarle implementar planes orientados al cambio. Es posible que sus problemas para controlar el enojo interfieran con su funcionamiento en las relaciones interpersonales en este momento. Sus actitudes y conducta antisociales pueden hacer que el paciente sea vulnerable a otros problemas legales. Es posible que presente problemas de consumo excesivo de sustancias que podrían ser un posible origen de problemas futuros.

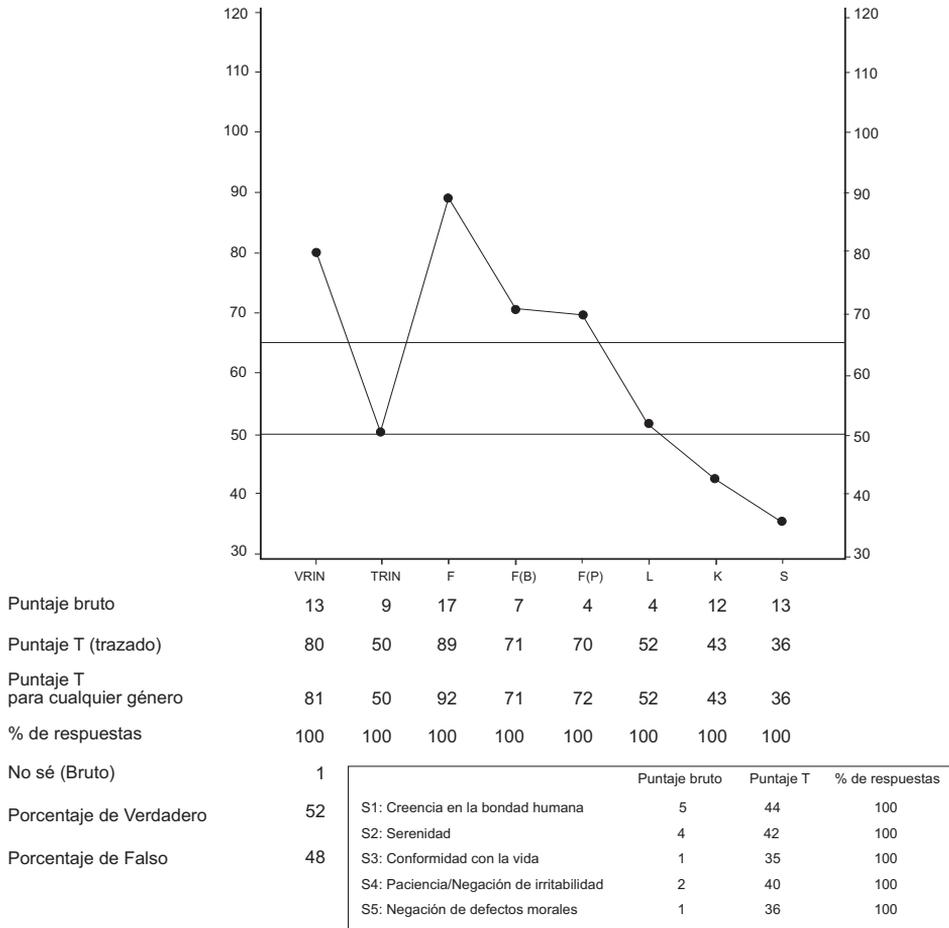


Figura 6-3. Perfil de la escala de validez del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado que fue sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales. Las escalas incluyen *VRIN* (Inconsistencia de Respuestas Variables), *TRIN* (Respuestas verdadero), *F* (Infrecuencia), *F(B)* (Infrecuencia posterior), *F(P)* (Infrecuencia psicopatológica), *L* (Mentira), *K* (Actitud defensiva) y *S* (Autopresentación superlativa).

descuido, en especial cuando respondió los ítems con dobles negativos (que se le señalaron al principio del inventario). Por lo tanto, una parte de la elevación notada en la escala *F* (Infrecuencia = 89) pudo explicarse por el índice de aleatoriedad. Sin embargo, su puntaje en la escala *Fb* (F posterior = 71) es más bajo que en la escala *F*, lo cual indica una aceptación más frecuente de ítems que reflejan un pensamiento inusual y trastornado que de los ítems que reflejan síntomas de pánico o relacionados con la ansiedad. El puntaje de Raul en la escala *K* (Actitud defensiva = 43) es muy baja, lo que sugiere la existencia de defensas frágiles.

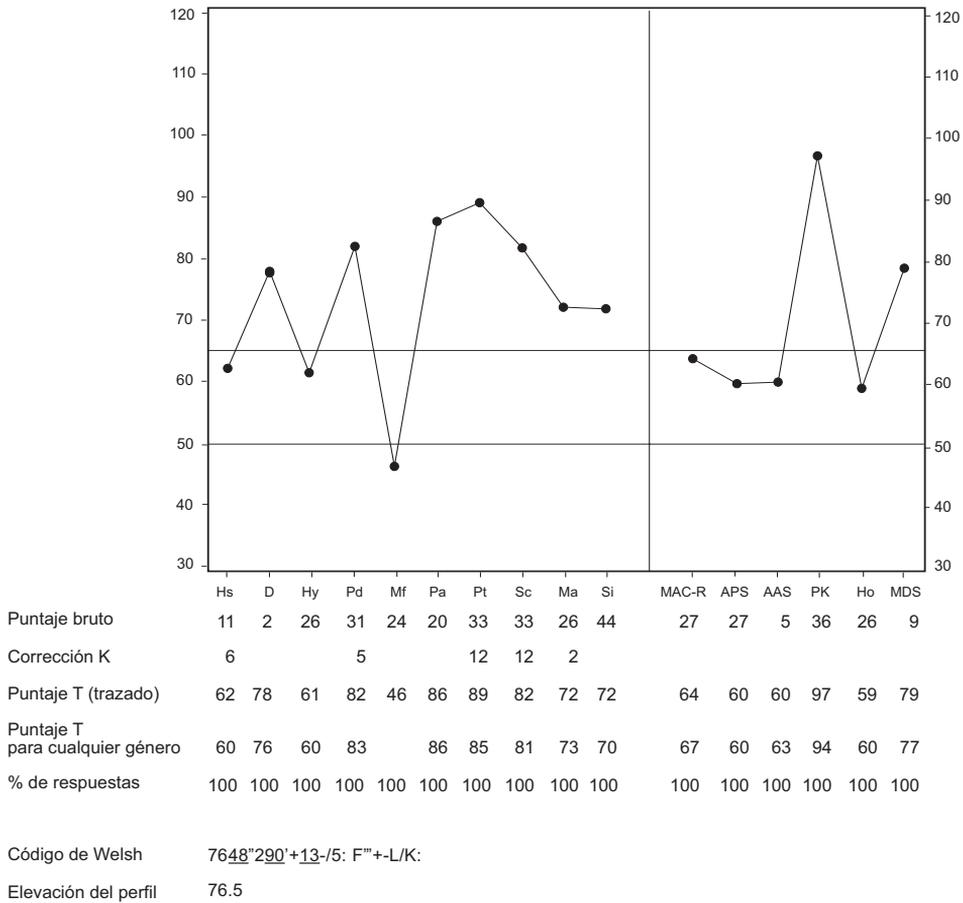
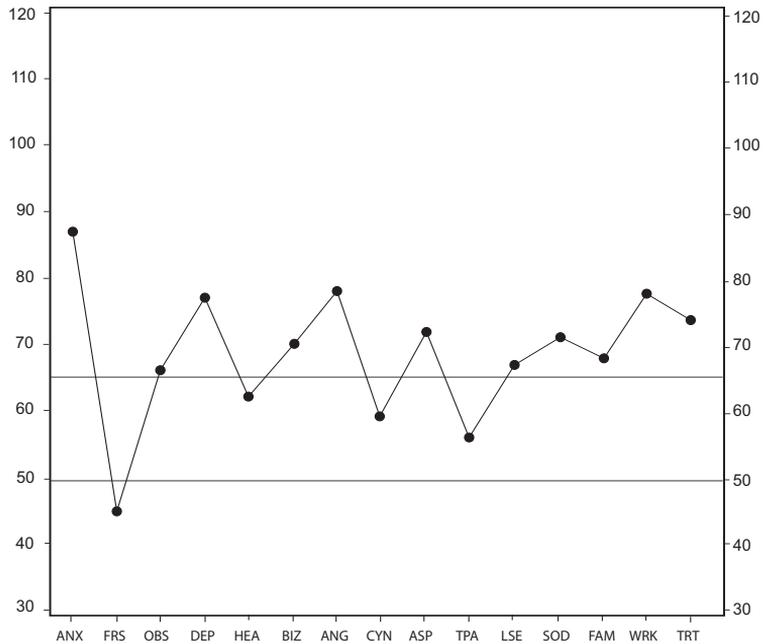


Figura 6-4. Perfil de las escalas clínicas y suplementarias del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales. Las escalas incluyen *Hs* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-Feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía), *MAC-R* (Escala revisada de alcoholismo de McAndrew), *APS* (Potencial de adicción), *AAS* (Reconocimiento de adicción), *PK* (Trastorno por estrés postraumático), *Ho* (Hostilidad reprimida) y *MDS* (Malestar matrimonial).

El perfil de las escalas clínicas de Raul releva elevaciones múltiples (tipo de código= 7684; véase figura 6-4). Debido a las respuestas infrecuentes antes mencionadas, es necesario que este perfil se interprete con cuidado. Sin embargo, varias elevaciones parecen captar con precisión aspectos clave del funcionamiento de Raul. En especial, las elevaciones en las Escalas 6 (*Pa*, Paranoia) y 7 (*Pt*, Psicastenia) parecen coincidir con las tendencias de Raul a ser muy ansioso, ser crítico y dudar de sí mismo de manera un tanto encubierta. Estas características coinciden con una falta general de confianza y alienación de los otros, reflejada en la escala 6, o con la experiencia de disforia y pesimismo reflejada en la Escala 2 (*D*, Depresión). La



Puntaje bruto	21	2	10	19	10	8	14	15	16	11	11	17	12	22	14
Puntaje T (trazado)	87	45	66	77	62	70	78	59	72	56	67	71	68	78	74
Puntaje T para cualquier género	85	42	65	75	60	70	79	60	75	58	65	70	67	76	73
% de respuestas	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Figura 6-5. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Raul T., un puertorriqueño encarcelado sometido a pruebas en una evaluación de derechos parentales. Véase la figura 6-2 para las definiciones de la escala.

impulsividad, enojo y dificultades personales reconocidas por el paciente, así como su participación en actividades ilícitas parecen reflejarse en las elevaciones en otras escalas clínicas, como la 4 (*Pd*, Desviación psicopática), 8 (*Sc*, Esquizofrenia), 9 (*Ma*, Hipomanía) y 0 (*Si*, Introversión social).

El análisis del perfil de las escalas de contenido también revela múltiples elevaciones, la más alta de las cuales se presenta en la escala *ANX* (véase figura 6-5). Esto parece coincidir con las múltiples preocupaciones que Raul describió en la entrevista, así como con la elevación en la escala 7 (*Pt*), descrita anteriormente. Entre otras elevaciones significativas se encuentran las de las escalas *DEP* (Depresión), *ANG* (Enojo) y *ASP* (Prácticas antisociales). Las elevaciones en estas escalas coinciden con la propia descripción que hizo Raul de su funcionamiento conductual (pena no resuelta por la pérdida de su padre, dificultades para controlar su enojo, elegir involucrarse en actividades ilícitas) y también con muchas de las elevaciones descritas en el perfil de las escalas clínicas. La elevación en la escala *WRK*

(Interferencia laboral) también coincide con la deficiente adaptación de Raul a varios contextos laborales, en especial porque reconoció tener dificultades para obedecer órdenes y retroalimentación de sus compañeros de trabajo y sus supervisores. Otras elevaciones, como las de las escalas *FAM* (Problemas familiares), *SOD* (Malestar social) y *LSE* (Baja autoestima), parecen ser sumamente consistentes con su historial y su adaptación interpersonal deficiente en términos generales. De acuerdo con la elevación en la Escala 7 (*Pt*), el perfil de contenido de Raul una elevación en la escala *OBS* (Obsesividad). Esto refleja lo que parece ser una lucha encubierta entre sentimientos, ideas y conductas de enfrentamiento en la que Raul se ha involucrado. Sin embargo, de particular importancia es la elevación vista en la escala *TRT*, lo cual indica que a pesar de su fuerte necesidad de una intervención terapéutica, Raul puede tener dificultades para involucrarse en una relación terapéutica productiva debido a sus dificultades con la confianza interpersonal.

Por último, las escalas suplementarias de Raul revelan que, aunque cuando tomó la prueba no reconoció tener dificultades relacionadas con el consumo excesivo de sustancias, admitió un elevado nivel de malestar en su relación, como lo indicó la elevación de la escala de *MDS* (Malestar matrimonial = 77).

CASO 3: CANDIDATO A UN PROGRAMA DE RECLUTAMIENTO PARA LA POLICÍA DE CAMINOS ESTATAL

Roberto C., de 28 años, solicitó el puesto de oficial de policía para la policía de caminos estatal del medio oeste de EUA. Roberto fue entrevistado por el psicólogo evaluador del departamento de policía una semana después de la administración grupal del MMPI-2. Se le administró el cuadernillo de la versión en inglés del MMPI-2. La prueba se calificó e interpretó según las normas estadounidenses y en un principio hizo la interpretación el *Minnesota Report Personnel Setting* (véase el perfil de validez en la figura 6-6, el perfil clínico en la figura 6-7 y el perfil de la escala de contenido en la figura 6-8). En el recuadro 6-3 se muestra la descripción del reporte obtenido por computadora del Informe Minnesota.

Roberto fue el segundo hijo de una familia inmigrante mexicana que llegó a EUA cuando él tenía nueve años de edad. Su padre emigró al medio oeste y encontró empleo en una planta ensambladora de autos. Su familia se le unió después de seis años cuando obtuvo el estado de residencia. La madre de Roberto trabajó como mucama para una cadena de moteles. Sus padres se separaron legalmente cuando se realizó este estudio luego de que su madre se involucró con otro hombre. El hermano mayor de Roberto se volvió un miembro activo de una pandilla y se encontraba en la prisión federal por delitos relacionados con las drogas.

Cuando Roberto comenzó la escuela en Estados Unidos, su bajo dominio del idioma inglés ocasionó que fuera ubicado en un grado menor (segundo grado) que

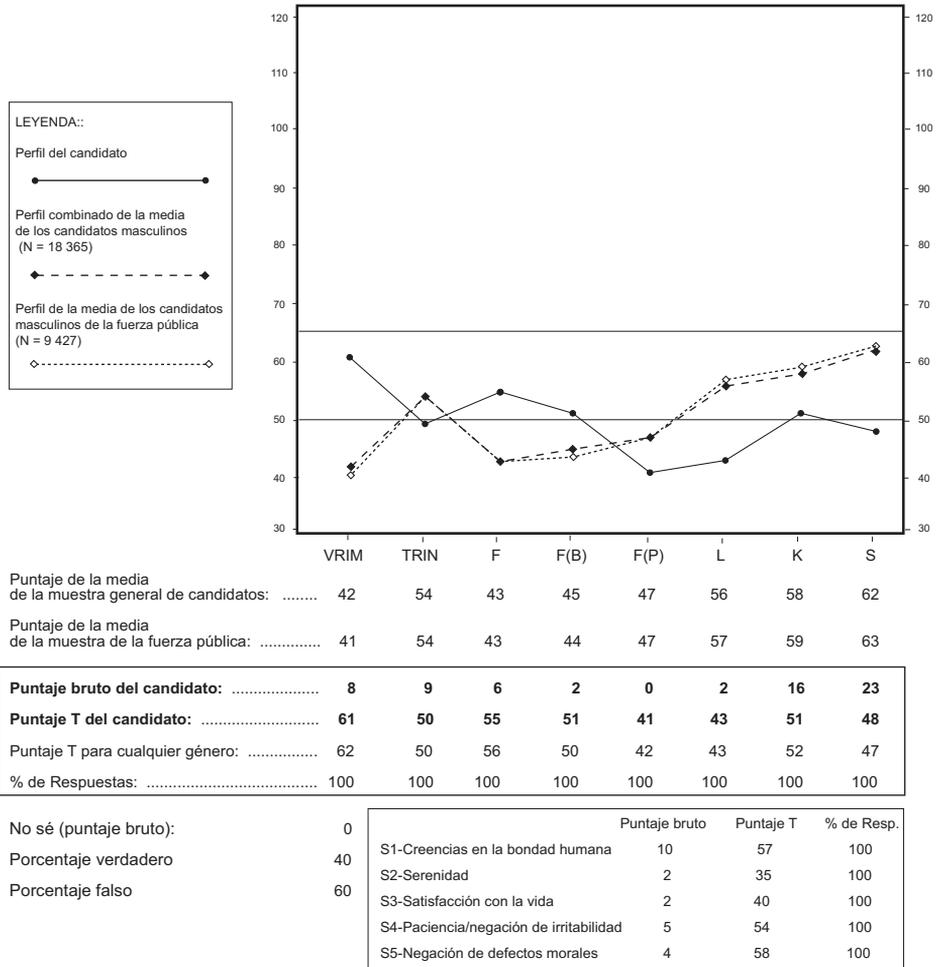
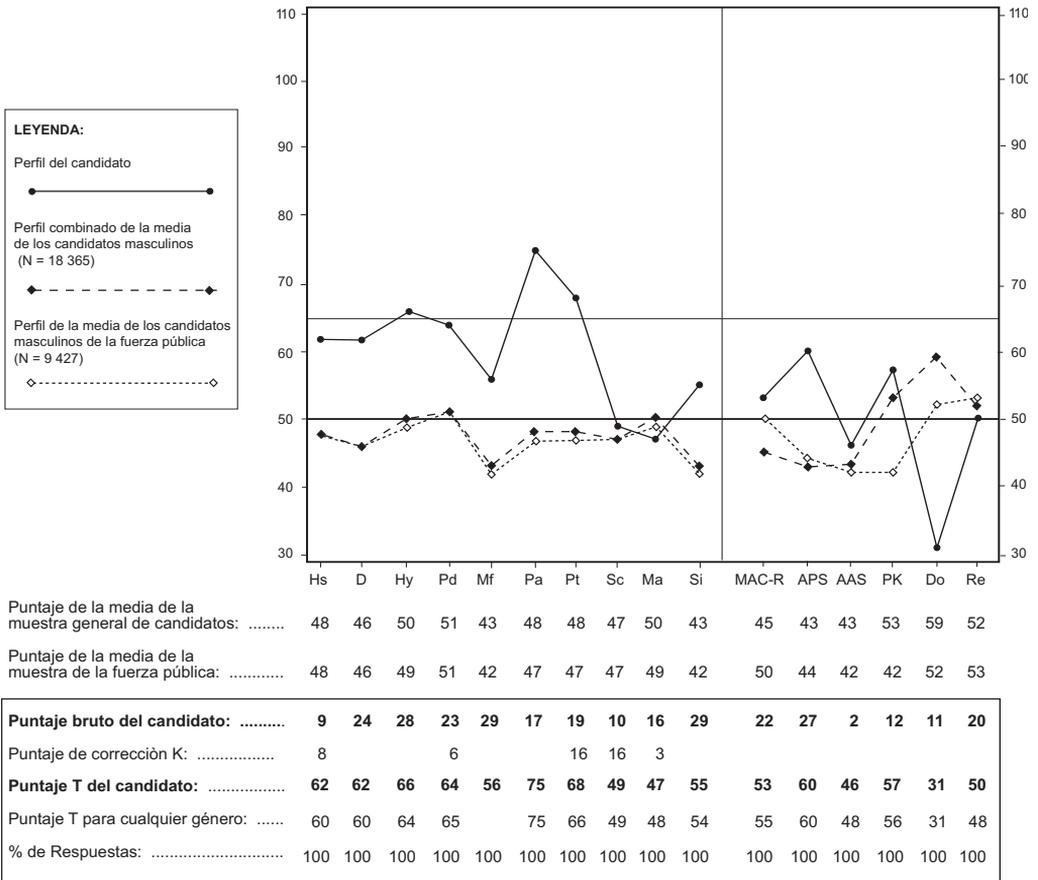


Figura 6-6. Perfil de la escala de validez del MMPI-2 de Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a policía en un contexto de pre-empleo. Véase la figura 6-3 para las definiciones de la escala.

su nivel de edad y experiencia académica en México. Roberto fue suspendido por seis meses cuando estaba en la secundaria por pelear con otros estudiantes en la escuela.

Después de la preparatoria, asistió a un programa de dos años en un instituto estatal de enseñanza superior mientras trabajaba como empleado en una tienda. Recibió un certificado en artes liberales a la edad de 24 años. Después comenzó a trabajar tiempo completo como guardia de seguridad en una tienda al término de su programa escolar. Sin embargo, abandonó el puesto por un desacuerdo con su supervisor luego de tres meses. Roberto llegó tarde a la entrevista de trabajo y se quejó de que la asistente administrativa que estableció la cita le había dado la hora



Código de Welsh: 6'73+412-50/89:FK/L:

Elevación del perfil: 61.6

Figura 6-7. Perfil de escalas clínicas y suplementarias del MMPI-2 de Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a la policía en un contexto de pre-empleo. Véase la figura 6-4 para las definiciones de la escala.

incorrecta (ella después confirmó que sí le había dado la hora correcta). Roberto pareció estar algo frustrado y al principio dudó en responder las preguntas que el psicólogo le hizo acerca de la conducta problemática que experimentó en el pasado. Por ejemplo: mostró una irritación visible hacia las preguntas sobre sus relaciones laborales anteriores y las razones de su despido de su puesto como guardia de seguridad dos años atrás. También se mostró desafiante en sus respuestas a las preguntas con respecto a los problemas que experimentó en la preparatoria cuando fue suspendido por seis meses.

El psicólogo evaluador, de acuerdo con la prueba psicológica y las referencias de la comprobación de antecedentes, recomendó que no se le ofreciera al candidato

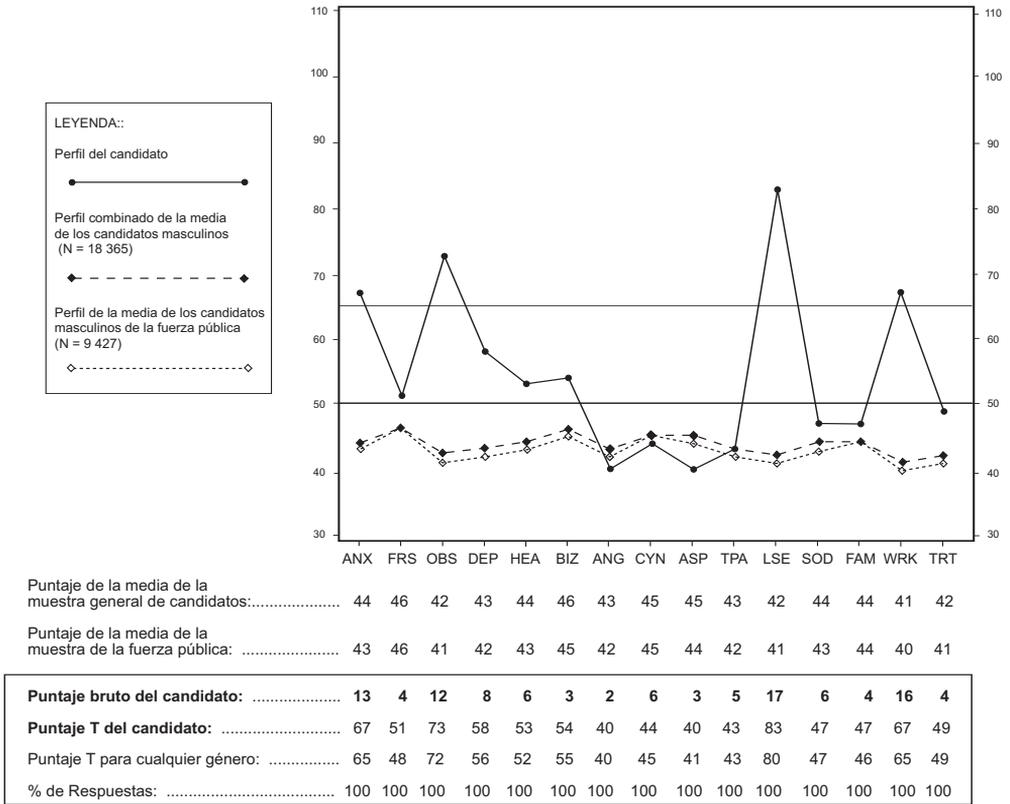


Figura 6-8. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Roberto C., un candidato mexicano-estadounidense a policía en un contexto de pre-empleo. Véase la figura 6-2 para las definiciones de la escala.

un puesto permanente en la fuerza policiaca. Tanto su prueba de personalidad como su historial personal sugirieron que tenía serios problemas interpersonales que tal vez afectarían su desempeño como oficial de policía.

CASO 4: PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO

Se presenta este caso para ilustrar el uso del MMPI-2 en una paciente con problemas de salud mental en México y para ilustrar cómo se comparan las normas mexicanas y las normas estadounidenses de los perfiles del MMPI-2. La paciente era una mujer que tenía muchos episodios depresivos graves y fue evaluada con el MMPI-2 en un contexto de tratamiento privado. La atendía un psiquiatra en la Ciudad de México. Los perfiles del MMPI-2 que se presentan se califican y se grafican según las normas mexicanas y las normas estadounidenses.

RECUADRO 6-3

Informe de Personal Minnesota: informe interpretativo de la fuerza pública (Roberto C.)

La aproximación de este candidato al MMPI-2 fue abierta y cooperativa. Esto sugiere que él parece ser capaz de seguir instrucciones y responder apropiadamente a la tarea, lo cual puede verse como una indicación positiva de su compromiso con la evaluación.

Ajuste personal

Este candidato es sensible a la crítica y reacciona de manera exagerada ante problemas menores con enojo y hostilidad. Puede ser desconfiado y sentir que debe protegerse constantemente ante las amenazas que percibe de otros. Los individuos con este perfil suelen ser conflictivos y tienden a culpar a los demás por sus problemas. Asimismo, el contenido de las respuestas del candidato sugiere la siguiente descripción. A veces parece ser inocente en sus relaciones. Su negación de los impulsos negativos y su adhesión a altos estándares morales tal vez influyan en sus actitudes hacia los otros. Admite varias actitudes que reflejan baja autoestima y creencias arraigadas acerca de ser inadecuado. Es probable que su pensamiento actual se caracterice por la obsesividad y la indecisión. Ha elegido ítems que indican que experimenta algunos síntomas o que él cree que está incapacitado para trabajar en este momento.

Relaciones interpersonales

Intratable y distantes en sus relaciones sociales, parece que el paciente no confía completamente en otras personas y es crítico hacia ellos. Tiende a ser hostil y a albergar rencores por largos periodos.

Frecuencia de perfil

La interpretación del perfil puede verse considerablemente facilitada si se examina la frecuencia relativa de los patrones de escala clínica en diferentes contextos. Un puntaje elevado en la escala *Pa* tuvo lugar en 9.6% de la muestra normativa del MMPI-2 de los hombres ($N = 1\ 138$). Sólo 3.16% de la muestra normativa de los hombres obtuvieron las elevaciones más altas de la escala clínica en la *Pa* por arriba de un puntaje *T* de 65. Este patrón elevado del MMPI-2 (6-7/7-6) no es muy común, sucede en menos de 1% de la muestra normativa de hombres del MMPI-2. Alrededor de 1% de los hombres en la base de datos de la fuerza pública obtuvo este patrón de perfil y esta elevación de la escala (*Pearson Assessments-National Computer Systems*, 1994).

Información actualizada del índice base del personal

La información adicional actualizada sobre la frecuencia de perfil sirve como base para la interpretación de los perfiles de los candidatos a la fuerza pública. La frecuencia relativa de este perfil en distintos contextos de personal es una información útil para la interpretación clínica, ya que sus patrones muy elevados en la *Pa* pueden sugerir posibles factores interpersonales negativos en los oficiales de policía. La frecuencia relativa de este puntaje alto de la *Pa* del MMPI-2 es de 8% en los candidatos en la gran muestra de candidatos de las Evaluaciones NCS (Butcher *et al.*, 2000) ($N = 18\ 365$ hombres) independientemente de la elevación. Este puntaje alto de la escala clínica (*Pa*) sucede en 4.7% de los hombres con esta elevación en la escala en o por encima de un puntaje *T* de 65 y es su punto más alto bien definido. En una muestra específica de personal de la fuerza pública ($N = 9\ 427$ hombres), los candidatos hombres produjeron un puntaje alto en la *Pa* con una frecuencia de 8%. Como en otros estudios de tipos de perfiles

(continúa)

RECUADRO 6-3 (continúa)

elevados, 4.1% de los candidatos hombres tuvieron elevaciones en la *Pa* de puntaje alto en o por arriba de un puntaje T de 65. Este patrón elevado del MMPI-2 (6-7/7-6) se encuentra en 1.7% de los hombres en la muestra combinada de personal de las NCS Assessments (Butcher *et al.*, ob. cit.) ($N = 18\ 365$ hombres) independientemente de la elevación; sólo 0.3 % obtuvo esto como un puntaje bien definido en o por arriba de un T de 65. Menos de 1.5% de los hombres que aplican a los puestos en la fuerza pública ($N = 9\ 427$ hombres) tuvieron este código como un puntaje alto, independientemente de la elevación. Sin embargo, sólo 0.2% de los casos mostró este patrón como un tipo de código 6-7/7-6 bien definido y elevado.

Estabilidad de perfil

La elevación relativa de las escalas más altas en el perfil clínico del paciente refleja una definición de perfil alto. Si es sometido nuevamente a la prueba en una fecha posterior, es probable que sus puntajes máximos mantengan su prominencia relativa. Es probable que su alto puntaje en la *Pa* muestre una estabilidad moderada de test-retest. Los estudios test-retest a corto plazo han mostrado una correlación de .67 para este puntaje alto. Spiro *et al.* (1993), reportaron una estabilidad test-retest moderada de .55 en un gran estudio con personas normales en un periodo de test-retest de cinco años. Los individuos con este perfil tienden a no cambiar mucho con el tiempo. Son inflexibles. Es probable que cuando se sienten amenazados su conducta de desconfianza y recelo se incremente.

Posibles problemas laborales

Los candidatos a la fuerza pública con este perfil del MMPI-2 podrían tener ciertos problemas de personalidad que interfirieran con su trabajo y relaciones sociales. Podría resultarles difícil aproximarse a las tareas con una mente abierta. Los individuos con este patrón tienden a encontrar problemas con su enojo y para mantener el autocontrol. Suelen sentirse amenazados y culpan a otros de sus problemas. Es posible que establezcan relaciones demasiado críticas y hostiles, en particular si se sienten amenazados. Podrían aislarse de otros empleados porque son incapaces de confiar en otras personas.

Ana A., una arquitecta de 35 años, experimentó un episodio depresivo varios meses antes de la prueba e intentó suicidarse. Consumió alcohol con Rivotril porque se sentía muy deprimida y no quería seguir viviendo. Como resultado de este intento fue internada en un hospital psiquiátrico por dos semanas.

Ana estaba casada y tenía un niño. Tenía éxito en su trabajo, pero el ambiente laboral se volvió un conflicto porque sentía que mucha gente ahí estaba celosa de ella. Tuvo un conflicto con su supervisor y, en consecuencia, había sido despedida dos meses antes. Cuando sus problemas en el trabajo se intensificaron, comenzó a consumir más alcohol. Después de ser despedida, intentó suicidarse. Este fue el tercer episodio depresivo que Ana había experimentado; el primero fue cuando tenía 16 años y estaba en la preparatoria.

Su niñez fue problemática. Durante su infancia, la situación de su familia fue difícil porque su padre era violento. Con frecuencia se sentía rechazada en la escuela debido a que el color de su piel era más oscuro y también porque su familia tenía una posición social más baja que la de sus compañeros de clase. Se enamoró cuando tenía 16; cuando su novio se fue a trabajar a Canadá lloró todo el día y abandonó

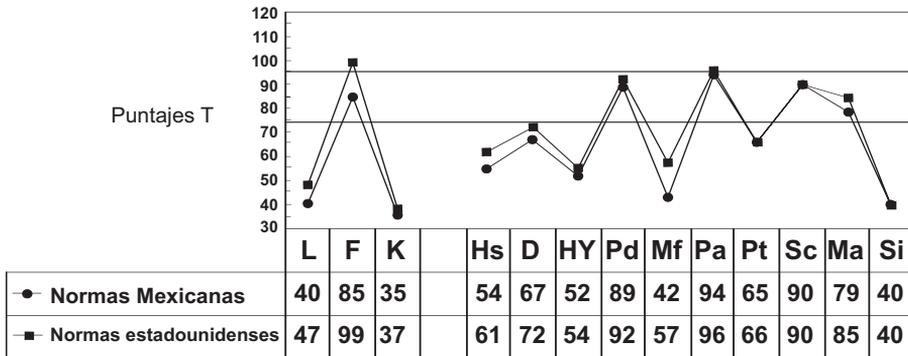


Figura 6-9. Perfil de las escalas clínicas y de validez del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana. Véase la figura 6-1 para las definiciones de la escala.

la escuela por un tiempo. También subió nueve kilos porque comía compulsivamente. Esta fue la primera vez que fue tratada por un psiquiatra. Tuvo otro episodio depresivo cuando tenía 20 años y fue otra vez al psiquiatra, quien le recetó medicamentos antidepressivos.

Cuando Ana tenía 23, conoció a su futuro esposo y se embarazó antes de casarse. Reportó que los primeros dos años de su matrimonio fueron placenteros y tranquilos. Sin embargo, ella consiguió después un trabajo muy absorbente por el que ganaba más que su esposo, quien se molestó debido a ello.

A Ana se le aplicó el MMPI-2 porque su psiquiatra quería tener más información para guiar la terapia. La figura 6-9 muestra su desempeño trazado sobre las normas mexicanas y las estadounidenses. Es necesario tener cuidado al interpretar su perfil, ya que dejó 10 ítems sin contestar y también produjo una escala *F* elevada, lo cual sugiere cierta exageración de síntomas. Los perfiles apuntan a que pudo haber distorsionado su imagen o exagerado la severidad de su psicopatología en un intento por llamar la atención hacia sus problemas. Su perfil del MMPI-2, ya sea trazado sobre las normas mexicanas o las estadounidenses, es consistente con los de la gente que tiene una psicopatología grave, como se muestra en la elevada escala *F*, elevación común entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Una revisión del perfil del MMPI-2 de Ana indica que la paciente tuvo elevaciones clínicas importantes (puntajes > 65 T) en las siguientes escalas: *Pd*, *Pa*, *Sc*, *Ma* y *D*. Esta paciente admite tener problemas personales y emocionales, está solicitando ayuda para sus problemas, y no está segura de sus propios recursos para enfrentarlos.

Además, es probable que tenga un concepto de sí misma relativamente deficiente, como lo muestran las elevaciones en las escalas 2 (*D*, depresión) y 8 (*Sc*, esquizofrenia) en la figura 6-9. Parece estar sumamente insatisfecha consigo misma, carece de las habilidades necesarias para cambiar su situación, y es muy autocrítica. Ana muestra una falta de entendimiento de su motivación y conducta y muestra una falta de efectividad para manejar los problemas de la vida diaria.

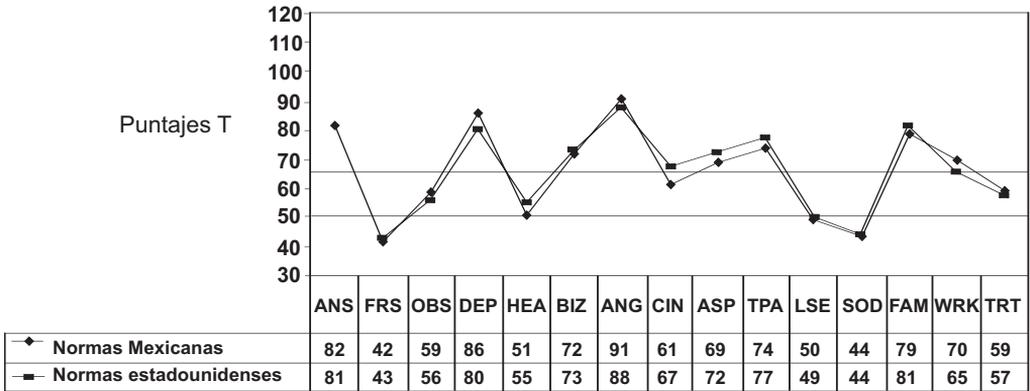


Figura 6-10. Perfil de la escala de contenido del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana. Véase la figura 6-2 para las definiciones de la escala.

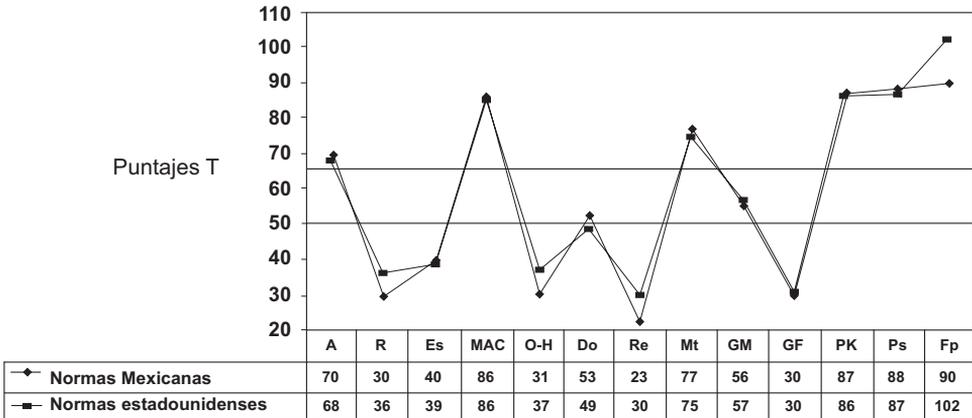


Figura 6-11. Perfil de la escala suplementaria del MMPI-2 para Ana A., una paciente psiquiátrica mexicana. Estas escalas incluyen A (ansiedad), R (represión), Es (fuerza del yo), Mac (Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew), O-H (Hostilidad reprimida), Do (dominancia), Re (Responsabilidad social), Mt (Desajuste profesional), GM (Rol del género masculino), GF (Rol del género femenino), PK (Trastorno por estrés postraumático), PS (Psicosis), Fp (Infrecuencia, psicopatología).

Experimenta un nivel moderado de angustia emocional que se caracteriza por el pensamiento reflexivo, enojo, rencor, la agitación y tal vez la anhedonia (como se refleja en la escala Sc). Tiene dificultades para controlar o expresar sus emociones, como se muestra en su alto puntaje en la escala Pa, y también experimenta una gran cantidad de enojo (véase la escala Pd y la escala de contenido ANG). En respuesta al estrés, es probable que ella se aisle completamente o que actúe sus impulsos de enojo. Se siente insegura, aislada, rechazada y no querida. Se siente amenazada por un mundo al que considera hostil y peligroso. Aunque hasta los últimos meses fue profesionalmente exitosa, en el presente encuentra difícil terminar las cosas y

tiene pocas esperanzas de tener éxito aun si algo pudiera motivarla. Siempre trabaja bajo mucha presión y tensión (ver las figuras 6-10 y 6-11).

Ana muestra un juicio deficiente y frecuentemente es impredecible e impulsiva, como se refleja en sus altos puntajes en las escalas *Pd* y *Sc*. Desconfía de los motivos de otros y está segura de que hablan de ella. Cree que hubiera tenido más éxito si alguien “no le hubiera tenido rabia”. Cree que la gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de ella y tal vez esté conspirando en su contra. Piensa y sueña con cosas que, sabe, es mejor mantenerlas en secreto. Le preocupa que haya algo malo con su mente y reporta varios síntomas de trastornos de personalidad que pueden reflejar problemas caracterológicos a largo plazo (véase la elevación en la escala *Pd* en la figura 6-9).

Las relaciones interpersonales de Ana están marcadas por el conflicto, la angustia, la defensividad y la falta de empatía. Tiene dificultades con las relaciones emocionales y cercanas. Piensa que el mundo es peligroso y que los demás la rechazan y son poco confiables. Su tendencia de sentirse rechazada por los otros con frecuencia la lleva a la hostilidad y al conflicto, lo cual solamente exacerba sus sentimientos de alienación. Cree que su familia es poco afectuosa y crítica y que su vida doméstica resulta poco placentera (véase su elevación en *FAM* en la figura 6-10). Piensa que nadie la entiende y que los demás no comprenden su forma de hacer las cosas.

Es probable que tenga ideación suicida, lo cual debe ser evaluado con sumo cuidado. Es aislada, se siente desesperanzada y es propensa a actuar impulsivamente hacia sí misma y hacia otros, lo que incrementa el potencial de suicidio. Es probable que consuma sustancias en exceso, lo cual también incrementa la probabilidad de *acting out* (véase la elevación en la escala *MAC* [Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew] en la figura 6-11). Sus intentos previos de suicidio estuvieron relacionados con el consumo excesivo de sustancias. Algunas veces sus problemas incluyen una conducta sexual inapropiada.

Permanece en riesgo de suicidio porque está muy deprimida, ansiosa y quiere evadir sus responsabilidades y problemas. Su pronóstico resulta poco favorable y es poco probable que las intervenciones psicofarmacológicas sean efectivas debido a la naturaleza caracterológica a largo plazo de los problemas de Ana. Las dificultades que tiene para formar relaciones emocionales y su reticencia a auto-revelarse hacen que establecer una alianza terapéutica sea problemática. Cualquier tipo de terapia orientada al *insight* está contraindicada en este momento. Las intervenciones a corto plazo y conductuales que se presenten de una manera directa y explícita podrían ser efectivas.

Un examen de los perfiles trazados sobre las normas mexicanas y la estadounidenses dan al médico una gran confianza de que el MMPI-2 está funcionando bien al describir la situación problema del paciente independientemente del conjunto de normas que se use para tipificar su problema.



EVALUACIÓN DE ADOLESCENTES HISPANOS CON EL MMPI-A

Los procesos de desarrollo normal durante la adolescencia a veces pueden ser desafiantes incluso para los adolescentes bien adaptados. Estos años de desarrollo con frecuencia están colmados con un alto riesgo de aparición de problemas psicológicos. El estrés de la adolescencia es aún más difícil para aquellos que requieren ajustarse a las nuevas exigencias ambientales de un idioma y de una cultura diferentes, como es el caso de muchos adolescentes hispanos que viven y asisten a escuelas en EUA.

Los adolescentes que sufren de estrés grave o experimentan problemas de salud pueden representar un problema difícil para los médicos, quienes deben ser capaces de determinar si los síntomas mostrados por los adolescentes indican problemas subyacentes de personalidad o de salud mental o es una función de circunstancias estresantes normales de desarrollo. Para obtener una imagen clara del patrón sintomático que se evaluará, a menudo es importante que el médico evalúe al adolescente desde una perspectiva normativa y compare sus actitudes y síntomas con aquellos reportados por una amplia muestra representativa de adolescentes no problemáticos. Las evaluaciones psicológicas necesitan determinar si los adolescentes problemáticos experimentan problemas que son diferentes de los de otros adolescentes.

El uso de un instrumento objetivo de evaluación de personalidad, como el MMPI-Adolescentes (MMPI-A) que puede evaluar los problemas y conductas de los jóvenes mediante las fronteras culturales, brinda una perspectiva única sobre el ajuste de la personalidad y puede ser importante para la evaluación multicultural. Este capítulo aborda la aplicación del MMPI-A con los adolescentes hispanos. Proporcionamos una visión general de la versión en español del MMPI-A desarrollada para EUA, así como la versión en español de la prueba desarrollada y estandarizada en México. El capítulo ocho está dedicado a presentar varios casos que ilustran el uso del MMPI-A con adolescentes.

DESARROLLO DEL MMPI-A

El MMPI original se usó con adolescentes en un amplio rango de contextos, comenzando con el trabajo inicial de Dora Capwell con chicas adolescentes en 1945 (Capwell, 1945). Las aplicaciones incluyeron evaluaciones en contextos de salud mental (Archer & Gordon, 1988), poblaciones con problemas médicos (Colligan & Osborne, 1977), programas de tratamiento contra el alcohol y las drogas (Brook *et al.*, 1974; Burke & Eichberg, 1972; Fitzgibbons *et al.*, 1973), y programas correccionales o de delincuencia juvenil (Genshaft, 1980; Green & Kelley, 1988; Gregory, 1974; Hathaway & Monachesi, 1951, 1952, 1957, 1961, 1963; Lindgren *et al.*, 1986; Lueger & Hoover, 1984; Smith *et al.*, 1987).

Aunque el MMPI original se volvió el inventario de personalidad más usado para evaluar a los adolescentes en contextos correccionales y de salud mental, en las décadas de 1960 y 1970, hubo ciertas limitaciones claras con su uso. Uno de los principales factores limitantes fue que el banco de ítems del MMPI original (Hathaway & McKinley, 1940) se construyó para evaluar adultos; no se prestó atención a los problemas y conductas de los adolescentes. Además, la interpretación de los puntajes de los adolescentes en el MMPI siempre fue difícil, de algún modo, por la falta de un grupo apropiado de referencia o normativo con el cual comparar los perfiles de los pacientes, es decir, la falta de normas específicas apropiadas para la edad de los adolescentes (Archer, 1992; Butcher & Williams, 1992).

Durante la década de los años 80 se dirigió un extenso programa de investigación hacia el desarrollo de un instrumento basado en el MMPI para adolescentes con el fin de remediar estos problemas de medición. Este trabajo dio como resultado la publicación del MMPI-A en 1992 (Butcher *et al.*, 1992). El proyecto de revisión para desarrollar el MMPI-A incluyó diferentes elementos importantes: eliminar los ítems de la prueba original que eran obsoletos o inapropiados para los adolescentes y expandir el banco de ítems para incluir nuevos ítems que presentaran un contenido específicamente relevante a los problemas de los adolescentes. Asimismo, las investigaciones anteriores sobre el MMPI original con adolescentes no habían producido suficientes mediciones de la psicopatología específica para los adolescentes con miras a abordar los problemas que la gente joven experimenta. Por lo tanto, una de las metas principales del proyecto MMPI-A fue desarrollar varias escalas específicas a los problemas de los adolescentes (Butcher & Williams, 2000). Tal vez la limitación más grave de usar el MMPI original con adolescentes fue la falta de normas apropiadas específicas que fueran representativas para los adolescentes en EUA (Archer, *ob. cit.*; Butcher & Williams, 1992). Por lo tanto, se necesitaba una muestra de referencia más extensa y con bases más amplias.

Las escalas de validez y clínicas del MMPI original se conservaron en las versiones revisadas de la prueba, el MMPI-2 y el MMPI-A, para asegurar la continuidad con el MMPI-2 y el instrumento original: *L* (mentira), *K* (Actitud defensiva), *F* (infre-

cuencia), 1 (*Hs*, hipocondriasis), 2 (*D*, Depresión), 3 (*Hy*, Histeria), 4 (*Pd*, Desviación psicopática), 5 (*Mf*, Masculinidad-feminidad), 6 (*Pa*, Paranoia), 7 (*Pt*, Psicastenia), 8 (*Sc*, Esquizofrenia), 9 (*Ma*, Hipomanía), y 0 (*Si*, Introversión social). Además, muchas escalas desarrolladas para el MMPI-2 se adaptaron para el MMPI-A: *TRIN* (INVER)(Inconsistencia de respuestas verdadero), *VRIN* (*INVAR*) (inconsistencia de respuestas variables). Con respecto a la escala *F*, los ítems incorporados en el MMPI-A fueron de cierta forma diferentes de la versión original de la prueba. Se seleccionaron los ítems para las mediciones de infrecuencia que fueron elegidas por no más de 20% de la muestra normativa del MMPI-A. Otra característica en la evaluación de la infrecuencia con el MMPI-A fue que la escala *F* se dividió en dos subescalas, *F1* y *F2*, al cubrir la primera y segunda mitad del cuadernillo de la prueba, para evaluar la infrecuencia relativa respondiendo tanto el principio como el final del cuadernillo. (Una discusión más completa del MMPI-A se puede encontrar en Archer, 2005, y Butcher & Williams, 2000; véase también el recuadro 7-1 para una descripción sobre las escalas de validez y clínicas del MMPI-A).

Además de las escalas tradicionales, un nuevo conjunto de mediciones basadas en el contenido se desarrolló para el MMPI-A, las escalas de contenido, con el fin de abordar de manera específica las áreas problema de los adolescentes, incorporando áreas problema que habían estado ausentes del MMPI original orientado a los adultos (Williams *et al.*, 1992). Véase el recuadro 7-2 para una descripción de las escalas de contenido del MMPI-A. Estas escalas se derivaron de acuerdo con la estrategia de construcción de escala racional-empírica para proporcionar diferentes mediciones de los problemas que son específicos de los adolescentes.

El desarrollo de una muestra normativa específica para el MMPI-A fue un paso importante para establecer la versión adolescente de la prueba como un estándar de evaluación. La recopilación de información sobre una muestra nacional y sustancial de adolescentes dio una población de referencia apropiada para la prueba. Se consideró que esto era crucial debido a las importantes diferencias entre los adolescentes y los adultos en relación con sus respuestas a los ítems de las pruebas de personalidad (Butcher & Williams, 1992; Colligan & Oxford, 1992). La muestra de grupo normativo incluyó 1 620 adolescentes con edades de 14 a 18 años, de los cuales aproximadamente 76% eran blancos, 12% afroamericanos, 3% asiáticos estadounidenses, 3% nativos norteamericanos y 2% hispanos (Butcher *et al.*, 1992). Sin embargo, el estudio normativo del MMPI-A se desarrolló sobre la versión en inglés de la prueba; la muestra final del MMPI-A no fue representativa de los adolescentes hispanos en la población general (Archer, 1992).

Las características psicométricas de las escalas del MMPI-A son comparables a las que se reportan para las escalas del MMPI-2. Por ejemplo: los coeficientes test-retest, los coeficientes alfa y los coeficientes de consistencia interna tuvieron magnitudes comparables a los de las mediciones del MMPI-2 (Butcher *et al.*, 1992). Además, la estabilidad test-retest para los puntajes de las escalas básicas en un

RECUADRO 7.1

Indicadores de validez del MMPI-A e indicadores de validez de las escalas clínicas

VRIN (Inconsistencia de respuestas variables). Como con el MMPI-2, la escala *VRIN* en el MMPI-A se desarrolló para identificar la inconsistencia en las respuestas. El *VRIN* consiste en pares especialmente seleccionados de ítems. Los miembros de cada par de ítems del *VRIN* tienen contenidos similares u opuestos; cada par se califica por la aparición de una inconsistencia en las respuestas a los dos ítems. El puntaje directo en la escala *VRIN* es el número total de pares de ítems contestados de manera inconsistente. Un puntaje alto en la escala *VRIN* sugiere que el adolescente pudo haber contestado los ítems del inventario de una manera indiscriminada y eleva la posibilidad de que el protocolo sea inválido y que el perfil sea en esencia no interpretable. Los puntajes del *VRIN* mayores a 90 sugieren respuestas aleatorias.

TRIN (Inconsistencia de respuestas verdadero). La escala *TRIN* consta de pares cuyo contenido es opuesto. La inconsistencia se califica de la siguiente manera: si un participante responde de manera inconsistente contestando Verdadero en ambos ítems de ciertos pares, se agrega un punto al puntaje de la escala *TRIN*; si el participante responde inconsistentemente contestando Falso en ciertos pares de ítems, se resta un punto. Un puntaje bruto muy alto en la *TRIN* indica una tendencia de la persona a dar de forma indiscriminada un conjunto de respuestas “de acuerdo” o “en desacuerdo”.

Se ha observado cierta tendencia de los adolescentes hispanos a responder de manera inconsistente en el *TRIN*. El intérprete debe estar alerta ante la responsabilidad de que el puntaje de la *TRIN* sea de algún modo más elevado que el de otros adolescentes y tomar esto en cuenta al momento de la interpretación.

F, F1, y F2 (infrecuencia). La escala *F* de la MMPI-A se desarrolló para detectar si los pacientes se presentan a ellos mismos de forma exagerada, es decir, posiblemente den una mala imagen de sí mismos o “finjan ser malos”. Diferentes factores pueden contribuir a los puntajes altos en *F*, como la exageración de síntomas, la presencia de un desajuste grave o respuestas descuidadas o inconsistentes. La escala *F* del MMPI-A se divide en la escala *F1* de 33 ítems y en la escala *F2* de 33 ítems. Las escalas *F1* y *F2* pueden usarse para detectar si el paciente afirma tener síntomas exagerados al principio o al final del cuadernillo. Una comparación de puntajes *T* en las escalas *F1* y *F2* hace posible identificar al adolescente que, por ejemplo, no puso atención cuidadosa al final de cuadernillo y pudo haber cambiado su aproximación hacia la prueba en las últimas etapas posteriores de la sesión.

L (mentira). La escala *L* del MMPI-A consiste en 14 ítems (un ítem se borró de la escala *L* original porque el contenido fue inapropiado, desde el punto de vista del desarrollo para los adolescentes). La escala *L* se desarrolló para detectar los intentos ingenuos de los adolescentes por dar una impresión favorable, en particular con respecto a la ética personal o a la conducta social. Se pensó que los adolescentes con altos puntajes en *L* contestaban los ítems del MMPI-A de formas que parecían negar los defectos o las debilidades relativamente mínimos, ser muy ingenuos y afirmar una virtud excesiva.

Algunos estudios hispanos han encontrado una mayor respuesta *L* cuando se compara con los estudios con no hispanos. Al interpretar los perfiles de los adolescentes téngase en mente la posibilidad de obtener un puntaje mayor en *L* y permítase un puntaje mayor (p. ej., un *T* de 70) antes de considerar la invalidez.

K (Actitud defensiva). La escala *K* del MMPI-A tiene el propósito de examinar la actitud defensiva. La escala es idéntica a la escala *K* del MMPI-2. De manera similar a la escala *L*, la *K* identifica a los individuos que responden de forma defensiva y deshonesto. La escala *K* puede usarse como un indicador de validez básico en el MMPI-A que sugiere la posibilidad de una actitud defensiva al tomar la prueba.

RECUADRO 7.1 (continúa)

Escala 1 (Hs, Hipocondriasis). La escala 1 del MMPI-A contiene 32 ítems (1 ítem fue eliminado de la escala 1 original por su contenido objetable). La escala *Hs* es una escala homogénea que contiene ítems que reflejan una preocupación por la salud y la enfermedad y una variedad de malestares físicos, algunas vagos y otros muy específicos. Es importante excluir la posibilidad de que existan trastornos reales al interpretar las elevaciones en esta medición del MMPI-A. Por ejemplo: las elevaciones moderadas (puntajes $T = 60 - 64$) pueden presentarse en adolescentes con enfermedades crónicas. Sin embargo, cuanto mayor sea la elevación en la escala 1, es más probable que los problemas tengan un origen psicológico.

Escala 2 (D, depresión). La escala *D* del MMPI-A consiste en 57 ítems (en comparación con los 60 del MMPI-2). Algunos ítems se eliminaron porque su contenido era objetable. Esta escala contiene ítems acerca de la insatisfacción general con la vida, sentimientos de desaliento, desesperanza y baja moral. Quienes obtienen altos puntajes en esta escala admiten sentirse desanimados y apáticos y ser demasiado sensibles. Son propensos a confirmar que tienen problemas y malestares físicos, como retardo psicomotor. Los adolescentes con altos puntajes reportan sentirse culpables, avergonzados, autocríticos e introspectivos. Quienes obtienen puntajes elevados en esta escala se caracterizan por su retraimiento social y por tener pocas amistades.

Escala 3 (Hy, histeria). La escala *Hy* del MMPI-A consiste en ítems diseñados para identificar a individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, las cuales incluyen trastornos sensoriales o motores sin una base orgánica. Los adolescentes con un puntaje alto tienden a expresar ansiedad o estrés mediante la somatización y síntomas físicos vagos.

Escala 4 (Pd, desviación psicopática). Esta escala *Pd* del MMPI-A se desarrolló con base en respuestas de mujeres y hombres jóvenes que muestran patrones de mentira, robo, promiscuidad sexual y abuso de alcohol. En el MMPI original, los adolescentes produjeron puntajes brutos medios más altos en esta escala en comparación con los adultos. La escala 4 fue el puntaje alto más recurrente en los tipos de código en los grupos clínicos de adolescentes. Los ítems en esta escala abordan la discordia familiar, los problemas con la autoridad, la imperturbabilidad social, la alienación social y la autoalienación. Las elevaciones en esta escala se asocian con varios problemas de conducta. Los adolescentes que obtienen altos puntajes en esta escala son más propensos a involucrarse en el consumo de alcohol u otras drogas. Además, las elevaciones en la escala 4 se relacionan con la mentira, la estafa, el robo, los arrebatos temperamentales y la agresión.

Escala 5 (Mf, masculinidad-feminidad). La escala *Mf* del MMPI-A aborda las actitudes y conductas del rol de género. La escala *Mf* no es una medición psicopatológica sino una escala de intereses. Sobre todo, es una medición de la masculinidad o la feminidad de los intereses. Las elevaciones que presentan los muchachos o los hombres indican intereses más femeninos que aquellos de los hombres promedio. De igual forma, las elevaciones en las chicas y las mujeres indican intereses masculinos.

Entre los jóvenes, las elevaciones extremas en la escala *Mf* (p. ej., $T > 80$) sugieren que se acepta un patrón inusual de intereses estereotípicamente femeninos. Entre las chicas, las altas elevaciones sugieren un inusual interés estereotípicamente masculino o "macho". Se ha encontrado que los jóvenes hispanos, en algunas muestras, obtienen puntajes más altos en la escala *Mf* que los jóvenes anglosajones. Es necesario tener cuidado de no interpretar que las elevaciones en esta escala sugieren características psicopatológicas.

Escala 6 (Pa, paranoia). La escala *Pa* del MMPI-A consiste en 40 ítems que fueron seleccionados, en un principio, para identificar a los pacientes que manifiestan una sintomatología paranoide. Los ítems incluyen contenido relacionado con las ideas de referencia, suspicacia y sentimientos de persecución, rigidez y superioridad moral. Las elevaciones moderadas entre los

(continúa)

RECUADRO 7.1 (continúa)

adolescentes normales se han asociado con la excesiva sensibilidad hacia los comentarios y las actitudes inferidas de los demás. Las elevaciones en la escala *Pa* ($T > 65$) se asocian con la deserción escolar y con las características de la personalidad de desconfianza, suspicacia y, en elevaciones extremas, desilusión o persecución o paranoia. Las altas elevaciones en esta escala parecen estar asociadas con un *acting out* agresivo y con una conducta de oposición.

Escala 7 (Pt, Psicastenia). Por lo general, se considera que la escala *Pt* es una medición de la ansiedad y del desajuste general. El contenido de esta escala cubre una amplia variedad de sintomatología, como malestares físicos, infelicidad, problemas de concentración, pensamientos obsesivos, ansiedad y sentimientos de inferioridad. Los adolescentes con altos puntajes muestran una limitada autoconfianza y, con frecuencia, lanzan amenazas suicidas. Las elevaciones en esta escala también se asocian con la depresión, la baja moral y un incremento en los desacuerdos con los padres.

Escala 8 (Sc, esquizofrenia). Los ítems en la escala *Sc* se seleccionaron para identificar a los pacientes con diagnósticos de varias formas de esquizofrenia. El contenido de las áreas incluye características como procesos de pensamiento extravagante, percepciones peculiares, aislamiento social, perturbaciones en el estado de ánimo y la conducta, así como dificultades para concentrarse, control de impulsos e inhibición defectuosa. Se ha considerado que los adolescentes con altos puntajes en esta escala son poco confiables, vulnerables al estrés, retraídos y aislados interpersonalmente. Además, a menudo se presentan con problemas que, por lo general, incluyeron una prueba de la realidad alterada. Esta escala se ha asociado con varias conductas problema y con resultados negativos de la vida. Se pensó que los jóvenes con altos puntajes en la *Sc* tenían varios problemas graves, tales como quejas somáticas, problemas conductuales, internalización, conducta esquizoide, síntomas psicóticos, baja autoestima y un posible historial de abuso sexual. En los registros clínicos de las jóvenes se ha observado un historial de abuso sexual y un incremento en los desacuerdos con sus padres.

Escala 9 (Ma, Hipomanía). La escala *Ma* evalúa las características de la personalidad como impulsividad, sobreactividad y características de personalidad extrovertida. Las elevaciones altas pueden sugerir grandiosidad, irritabilidad, vuelo de ideas, egocentrismo, estado de ánimo elevado y sobreactividad cognitiva y conductual. Las investigaciones han sugerido que esta escala en los adolescentes se relacionó con el entusiasmo y la energía. Sin embargo, un nivel anormalmente alto llevaría a actos antisociales o a una conducta maniaca irracional. Los adolescentes con elevaciones en la *Ma* se vuelven inquietos y provocan excitación por gusto. Las elevaciones en la escala para las jóvenes se han asociado con problemas tanto en la escuela como en casa, por ejemplo: un rendimiento académico deficiente.

Escala 0 (Si, introversión social). La escala *Si* del MMPI-A contiene ítems acerca de los problemas con las relaciones sociales. Los puntajes elevados se asocian con el retraimiento social y la baja autoestima. Quienes obtienen puntajes altos en esta escala son propensos a describirse como retraídos, tímidos, introvertidos, físicamente débiles, sin coordinación, temerosos y deprimidos. Las altas elevaciones reflejan características inhibitorias. No es probable que los adolescentes con altos puntajes en la *Si* participen en actividades escolares. Los puntajes bajos en la *Si* también suelen ser informativos. Los puntajes por debajo un T de 40 sugieren características de personalidad extrovertida, como una energía desbordante, propias de la personalidad extrovertida y sociabilidad.

subgrupo de la muestra normativa oscilaron entre .49 para la escala *F1* y .84 para la escala *0* después de un intervalo de retest de una semana (Butcher *et al.*, 1992). La investigación sobre la validez externa del MMPI-A indicó que la prueba predice la personalidad y la conducta de los adolescentes con precisión (véase Archer, 2005;

Ben-Porath & Davis, 1996; Butcher & Williams, 2000). La investigación realizada en varios contextos, por ejemplo, ha proporcionado una validación externa de las escalas del MMPI-A (Archer *et al.*, 2003; Arita & Baer, 1998; Cashel *et al.*, 2000; Camella *et al.*, 1999; Forbey & Ben-Porath, 2003; Galluci, 1997; Glaser *et al.*, 2002; Kopper *et al.*, 1998; Lilienfeld, 1994; McGrath *et al.*, 2002; Micucci, 2002; Moore *et al.*, 1996; Morton *et al.*, 2002; Rinaldo & Baer, 2003; Stein *et al.*, 1998; Toyer & Weed, 1998; Weed *et al.*, 1994; Williams & Butcher, 1989a, 1989b).

La validez y confiabilidad del MMPI-A han sido objeto de pruebas varias veces en diferentes países, como México, China, Argentina, Chile, los Países Bajos e Italia, entre otros (Calderon, 2002; Cheung & Ho, 1997; Contini de Gonzalez *et al.*, 2001; Derksen *et al.*, 2003; Farias *et al.*, 2003; Gomez *et al.*, 2000; Negy *et al.*, 1997; L. M. Pena *et al.*, 1996; Scott *et al.*, 2002; Scott *et al.*, 2003; Sirigatti, 2000; Vinet & Alarcón, 2003).

EVALUACIÓN DE PACIENTES DE HABLA HISPANA

Como se ya se observó antes, los adolescentes de habla hispana que viven y asisten a la escuela en EUA se encuentran en un mayor riesgo de presentar problemas de ajuste que la mayoría de los adolescentes, debido a las presiones extras de la aculturización a una nueva situación de vida y al funcionamiento en un nuevo idioma. Al evaluar a los adolescentes no aculturados que no leen o no entienden el inglés, el psicólogo debe usar una versión de la prueba en el idioma apropiado para brindar una evaluación de la psicopatología. También podría ser valioso usar una población de referencia o normas comparables que sean relevantes a los adolescentes evaluados en los contextos de salud mental que proporcionarán un estándar apropiado para los adolescentes hispanos. En el resto de este capítulo se describen dos opciones para la evaluación de adolescentes hispanos en su propio idioma: el MMPI-A hispano (Butcher, Cabiya, *et al.*, 1988) y la versión mexicana del MMPI-A (E. Lucio *et al.*, 1998). Cualquiera que sea la forma en español del MMPI-A que se use, el puntaje T resultante y las configuraciones de perfil pueden ser sumamente comparables al MMPI-A en inglés.

ESTUDIO NORMATIVO DEL MMPI-A VERSIÓN HISPANA

En esta sección, resumimos los esfuerzos realizados con el fin de proporcionar un MMPI-A en español para EUA. Primero describimos el desarrollo del MMPI-A versión hispana para EUA; después discutimos el desarrollo y la utilidad de la versión mexicana del MMPI-A para los médicos que podrían usar una de estas versiones para evaluar a los pacientes hispanos.

Traducción de los ítems del MMPI-A

El proyecto de traducción del MMPI-A se diseñó para desarrollar una versión en español de la prueba que los psicólogos puedan usar en EUA con el objetivo de evaluar los problemas de ajuste psicológico de los adolescentes hispanos. Los ítems del MMPI-A se tradujeron con el propósito de que fueran comparables a los elementos del MMPI-2 en español para EUA y de que se incluyeran traducciones al español apropiadas de los ítems del MMPI-A que no aparecen en el MMPI-2. Se realizó una interpretación de los ítems para asegurarse de que estuvieran en un nivel de sexto grado como en el caso del MMPI-2. Los procedimientos de traducción para el MMPI-A hispano (descrito más ampliamente en Butcher, Cabiya, *et al.*, ob. cit.) fueron los siguientes.

Fase 1. En un principio, el banco de ítems para el MMPI-A hispano destinado a EUA se obtuvo usando los ítems de dos traducciones al español ya probadas. Puesto que la meta era mantener la congruencia entre el MMPI-2 y el MMPI-A siempre que fuera posible, las traducciones de ítems iniciales se obtuvieron de la traducción al español del MMPI-2 realizada por Garcia-Peltoniemi & Azan Chaviano (1993). Muchos de los ítems en el MMPI-A también aparecieron en el MMPI-2. Las versiones traducidas del resto de los ítems (que no aparecen en el MMPI-2) en un principio se tomaron prestadas del MMPI-A en español desarrollado por E. Lucio *et al.* (ob. cit.) para la versión mexicana de la prueba.

Fase 2. A continuación, tres psicólogos bilingües (uno residente en Puerto Rico, un cubano de Miami y un mexicano-estadounidense de Los Angeles) revisaron los ítems en español. Se pidió a los traductores que consideraran la precisión y la propiedad de cada traducción de los ítems y determinaran si el contenido era equivalente a los ítems en inglés. Se observaron interpretaciones cuestionables de los ítems y se aclararon las discrepancias. Después se reescribió el ítem y se modificó hasta que el significado fuera claro para cada traductor bilingüe.

Fase 3. La tercera etapa del proceso de traducción consistió en realizar una traducción inversa de los ítems al inglés. Dicha traducción fue realizada por lingüistas del *University of Minnesota Language Center*. Se retradujeron los ítems problema de la fase de traducción inversa y nuevamente se tradujeron hasta que su significado fuera claro y equivalente a la versión en inglés.

Fase 4. También se dio seguimiento a la evaluación de los significados de los ítems en cada sitio de la prueba, cuando se recopiló el conjunto de información normativa, para determinar si los participantes en el estudio tuvieron dificultades con cualquiera de los ítems. Se designaron cinco ítems para someterlos a una revisión más amplia con este procedimiento. Con estos ítems se tuvieron modificaciones mínimas para la versión final del cuadernillo.

RECUADRO 7-2

Descripción de las escalas de contenido del MMPI-A

A-ANX (ansiedad adolescente). Los adolescentes que tienen un puntaje alto en la escala A-ANX admiten tener síntomas de ansiedad, como tensión, preocupación frecuente y trastornos del sueño (p. ej., pesadillas, sueño perturbado y dificultad para conciliar el sueño). Reportan sentirse confundidos y tener problemas de concentración. Muestran inhabilidad al mantenerse trabajando en una tarea y tienen dificultades para cumplir con requerimientos. Quienes obtienen puntajes altos en esta escala tienden a preocuparse por enloquecer y sienten como si algo horrible estuviera a punto de sucederles. Esta escala parece medir el desajuste general y evaluar síntomas tales como depresión y quejas somáticas.

A-OBS (obsesividad adolescente). Quienes obtienen altos puntajes en la escala A-OBS reportan preocupaciones irracionales, a menudo por temas triviales. Dicen tener pensamientos reflexivos acerca de los ítems con “malas palabras” o sin importancia. Algunas veces no pueden dormir debido a sus cavilaciones. También reportan dificultades para tomar decisiones y temor de tener que hacer cambios en sus vidas. Admiten que los demás tienden a impacientarse con ellos. Con frecuencia se arrepienten de cosas que han dicho o han hecho.

A-DEP (depresión adolescente). Los adolescentes con puntajes altos en la escala A-DEP admiten muchos síntomas de depresión. Reportan frecuentes crisis de llanto y problemas de fatiga. Sienten que no son tan felices como otras personas y no están satisfechos con sus vidas. Reportan varios pensamientos de autodegradación, como el que no han vivido el tipo de vida correcto. Se sienten inútiles la mayor parte del tiempo. Pueden sentirse como si estuvieran condenados y que sus pecados son imperdonables. Asumen que la vida no vale la pena o no es interesante. La mayor parte del tiempo desean morir. Tienden a presentar pensamientos suicidas y a sentirse muy solos, aun cuando están con otras personas. Su futuro les parece demasiado incierto como para hacer planes serios. Tienen un sentido de desesperanza.

A-HEA (preocupación por la salud adolescente). Aquellos que tienen un puntaje alto en la escala A-HEA admiten presentar numerosos problemas físicos que no los dejan disfrutar la vida. Estas quejas físicas tienden a interferir con su vida académica y reportan muchas ausencias. Sus síntomas físicos, por lo general, ocurren en varios sistemas del cuerpo, como problemas gastrointestinales (p. ej., estreñimiento, náusea y vómito, problemas estomacales), problemas neurológicos (p. ej., aletargamiento, convulsiones, desmayos y crisis de mareos, parálisis), problemas sensoriales (p. ej., problemas auditivos, visión deficiente), síntomas cardiovasculares (p. ej., dolor en el corazón o en el pecho), problemas de la piel, dolor (p. ej., dolor de cabeza, dolor de cuello), y problemas respiratorios. Los adolescentes con un alto puntaje en esta escala reportan una gran preocupación por la salud.

A-ALN (enajenación adolescente). Los adolescentes con un alto puntaje en la escala A-ALN admiten un gran distanciamiento emocionalmente con respecto a los demás. Sienten como si estuvieran recibiendo un trato injusto de la vida y que nadie se preocupa por ellos ni por entenderlos. Sienten que no le agradan a nadie y no se llevan bien con los otros. Con frecuencia perciben que los demás los persiguieran y que no son amables con ellos. Se quejan de que no se divierten tanto como otros adolescentes y reportan que preferirían vivir solos en una cabaña en el bosque. Tienen dificultad para autorrevelarse y dicen sentirse torpes cuando tienen que hablar en un grupo. También sienten que otras personas a menudo bloquean sus intentos de éxito.

A-BIZ (pensamiento delirante adolescente). Los adolescentes que tienen un puntaje alto en la escala A-BIZ admiten tener pensamientos y experiencias extraños, los cuales pueden incluir alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias. Describen sus experiencias como extrañas e inusuales y podrían reportar que hay algo mal en sus mentes. También es posible que reporten pensamientos paranoides. Podrían reportar que otras personas tratan de robarles sus pensamientos e ideas; algunos adolescentes con puntajes altos creen que otras personas controlan sus mentes.

RECUADRO 7.2 (continúa)

Podrían, además, asumir que espíritus o fantasmas malos los poseen o influyen en ellos. Los adolescentes con altos puntajes en esta escala suelen tener problemas en la escuela y obtienen bajas calificaciones.

A-ANG (enojo adolescente). Los adolescentes que tienen altos puntajes en esta escala reportan tener problemas para controlar su enojo. A menudo sienten ganas de maldecir, romper cosas o comenzar una pelea con alguien. A veces se meten en problemas por su conducta impulsiva, como romper o destruir cosas. Tienden a presentar problemas de irritabilidad e impaciencia hacia los demás. Las rabietas son comunes en los adolescentes que obtienen altos puntajes en la *A-ANG*. Tienden a ser impetuosos y frecuentemente sienten que tienen que gritar. Suelen involucrarse en peleas, en particular si han estado bebiendo.

A-CYN (cinismo adolescente). Las actitudes cínicas y misantrópicas se evalúan con la escala *A-CYN*. Quienes obtienen puntajes altos creen que otros los persiguen y usarán medios injustos para aprovecharse de ellos. Por lo general, buscan motivos ocultos cuando alguien hace algo bueno por ellos. Tienden a creer que es más seguro no confiar en nadie porque la gente sólo hace amigos para usarlos. Los adolescentes con altos puntajes están a la defensiva cuando la gente parece más amigable de lo que ellos esperan. Normalmente se sienten incomprendidos y piensan que los demás están celosos de ellos.

A-CON (problemas de conducta adolescente). La escala *A-CON* evalúa problemas de conducta como hurtar, robar en tiendas, mentir, romper o destruir cosas, ser irrespetuoso, maldecir y llevar la contraria a los demás. Los adolescentes con esta escala elevada suelen pertenecer a un grupo de pares que está en problemas. Estos jóvenes también tratan de hacer que las otras personas les tengan miedo. Con frecuencia, admiten haber hecho cosas malas en el pasado que no les pueden decir a nadie.

A-LSE (baja autoestima adolescente). Los adolescentes que tienen un alto puntaje en la escala *A-LSE* admiten tener opiniones negativas de ellos mismos y de sus habilidades. Frecuentemente se sienten poco atractivos e inútiles. Carecen de autoconfianza y sienten que son incapaces de hacer algo bien. Es probable que sean pasivos y cedan ante otros en las disputas. Además, permiten que otros sean quienes resuelvan los problemas. Reportan que se sienten incapaces de planear su propio futuro.

A-LAS (aspiraciones limitadas adolescentes). Los adolescentes que tienen un puntaje alto en la escala *A-LAS* tienden a pensar que no son exitosos. No les gusta estudiar o leer; tampoco les atraen los desafíos y prefieren trabajos donde les permitan ser descuidados. Quienes tienen altos puntajes en esta escala no esperan ser exitosos. Reportan dificultad para empezar cosas nuevas y tienden a darse por vencidos rápidamente cuando una tarea se vuelve difícil. Suelen dejar que otros resuelvan los problemas por ellos.

A-SOD (incomodidad social adolescente). Los adolescentes que tienen un alto puntaje en el *A-SOD* no disfrutan estar con otras personas. Tienden a ser tímidos y prefieren estar solos; suele no gustarles ir a fiestas o reuniones sociales, como a las multitudes o bailes. Normalmente no hablan con otros a menos de que les hablen primero. Otras personas encuentran difícil llegar a conocerlos. Tienen dificultades para hacer amigos y no les gusta conocer a gente nueva.

A-FAM (problemas familiares adolescentes). La escala *A-FAM* aborda los problemas familiares. Los adolescentes que tienen un puntaje alto en esta escala reportan tener dificultades con sus padres y otros miembros de la familia. La discordia familiar, los celos, la búsqueda de defectos, el enojo, los golpes, los desacuerdos serios, la falta de amor y comprensión y la comunicación limitada son problemas reflejados en el contenido de los ítems de esta escala. Los jóvenes que tienen un alto puntaje en esta medición no creen que puedan contar con sus familias

(continúa)

RECUADRO 7.2 (continúa)

cuando haya problemas. Reportan sentir que añoran el día en que puedan irse de casa. Creen que sus padres a menudo los castigan sin causa y que los tratan como niños. Normalmente afirman que sus padres no aprueban a sus amigos.

A-SCH (problemas escolares adolescentes). Esta escala aborda los problemas en la escuela. Los adolescentes que tienen un alto puntaje en la *A-SCH* tienden a obtener bajas calificaciones y podrían tener problemas con las suspensiones escolares, las faltas injustificadas, las actitudes negativas hacia los maestros y el disgusto por la escuela. Los chicos con altos puntajes en esta escala por lo general no participan en actividades escolares o deportivas. Creen que la escuela es un desperdicio de tiempo. Además, suelen reportar que se les ha dicho que son flojos. Podrían reportar que la escuela los aburre.

A-TRT (rechazo al tratamiento adolescente). Los adolescentes que obtienen un puntaje alto en la escala *A-TRT* admiten tener actitudes negativas hacia los doctores y profesionales de la salud mental. Normalmente no creen que los demás sean capaces de entenderlos o de entender sus problemas. A menudo no están dispuestos a hacerse cargo de sus vidas ni a enfrentar sus problemas. Reportan tener muchos defectos y malos hábitos que consideran insuperables. No sienten que puedan planear su propio futuro o hacer mucho para mejorar su situación. Por lo general, no asumen la responsabilidad de lo negativo en sus vidas. Además, también admiten que no están dispuestos a discutir sus problemas con otros.

La muestra normativa del MMPI-A hispano

La selección de una muestra normativa que pueda servir como una población de referencia para un instrumento de evaluación psicológica requiere una consideración cuidadosa. Aunque a menudo se considera que una muestra ideal es aquella que resulta representativa de la población general, existen grupos de referencia especiales que pueden usarse de manera efectiva en aplicaciones específicas. En el caso del MMPI-A, una muestra normativa generalmente representativa se usó para desarrollar las normas en inglés (Butcher *et al.*, 1992); sin embargo, los latinos/latinas no tuvieron una representación suficiente en el grupo normativo, en parte porque la prueba se administró sólo en inglés.

El propósito general al desarrollar el estudio del MMPI-A versión hispana fue de cierta forma más restringido que el estudio normativo en inglés: con el objetivo de proporcionar una norma de referencia para un subconjunto específico de la población, conocido como *norma local* (para una discusión informativa de las normas locales, véase Anderson, 2001; Bartram, 2001). De muchas maneras, las normas locales pueden ser más difíciles de definir y captar que una muestra general y representativa, ya que el proceso implica proyectar la posible demografía de una subpoblación en particular a la cual se le administraría la prueba. La meta del estudio normativo hispano fue la de obtener una muestra especializada de los adolescentes que serían representativos de a) una población de adolescentes de habla hispana que podrían estar en el proceso de aculturación a la cultura de EUA o b) la gente que se comunicara principalmente en español dentro del territorio estadounidense (p. ej., quienes viven en Puerto Rico) y que no pueden ser sometidos a pruebas con la

versión en inglés del MMPI-A. Los principales grupos étnicos de adolescentes que podrían someterse a evaluaciones en EUA fueron representados en la recopilación de datos.

El plan consistía en obtener muestras de adolescentes que vivían en la Unión Americana (California y Florida) y muestras de adolescentes de regiones que han sido fuente de adolescentes de habla hispana a quienes podría administrarse la prueba en EUA. Se realizaron estas elecciones con el fin de incluir representaciones de los dos grupos inmigrantes principales de origen mexicano y cubano en EUA. Además, se incluyeron dos poblaciones residentes, fuera de EUA, ya que son fuentes importantes de pacientes de habla hispana a quienes se les podría administrar la prueba. Por ejemplo, el MMPI-2 y el MMPI-A son ampliamente usadas en Puerto Rico porque los puertorriqueños son ciudadanos estadounidenses que viajan a menudo a la Unión Americana para vivir y trabajar y los adolescentes de México es la población que inmigra más frecuente en EUA.

Sitios de recopilación de datos

La información normativa del MMPI-A en español se recolectó en cuatro sitios en los que se encuentra un alto porcentaje de adolescentes hispanos: Florida, California, Puerto Rico y México.

Miami, Florida. En la muestra de Miami, cinco escuelas con una alta concentración de cubanos estadounidenses sirvieron como sitios de recopilación de datos. Los estudiantes se ofrecieron como voluntarios para el proyecto y se les pagó 10 dólares por su participación. Un total de 134 estudiantes (58 niños y 76 niñas) participaron en este estudio. Ocho días después de la administración inicial de la prueba, un subconjunto de la población fue reexaminado; se recopilaron datos de retest sobre 17 estudiantes de una de las escuelas.

Los Angeles, California. Se reclutaron estudiantes voluntarios de las escuelas de Los Angeles para participar en la recopilación de datos. Se obtuvo el consentimiento de los padres y se verificó la etnicidad y el dominio del español de los estudiantes. Un psicólogo clínico, con la ayuda de un estudiante graduado y de un profesor de la preparatoria, administraron el MMPI-A versión hispana. Los estudiantes se ofrecieron como voluntarios y se les pagó 10 dólares por su participación. Además, se les dieron todas las instrucciones en español. Un total de 213 adolescentes (100 chicos y 113 chicas) participaron en el estudio.

San Juan, Puerto Rico. La muestra puertorriqueña incluyó a 186 adolescentes (101 chicos y 85 chicas) que fueron reclutados de cinco escuelas en Puerto Rico, consideradas representativas de la población estudiantil. Las escuelas fueron tanto del área metropolitana de San Juan como de un área semirural fuera de esa ciudad. Las proporciones de los participantes tenían un parecido muy cercano a la distribución de la población general de estas áreas. Los participantes oscilaron entre los 14 y los

18 años de edad. Los estudiantes voluntarios recibieron 10 dólares por su participación. Los padres de los estudiantes aceptados firmaron una autorización de participación.

Distrito Federal, México. Una muestra de 304 estudiantes (146 chicos y 158 chicas) fue reclutada de dos escuelas públicas en la Ciudad de México. Se consideró que estas escuelas eran similares en términos del nivel educativo de los padres y otras características demográficas a aquéllas de los adolescentes mexicanos que viven en EUA. Sólo 8% de los padres de estos adolescentes tenía un nivel educativo superior a la educación preparatoria. Una semana después, se llevó a cabo un estudio de retest con una muestra de 53 chicos y 44 chicas. Como parte del mismo estudio, se administró a otros grupos de las mismas escuelas la versión del MMPI-A en español para México, la cual contenía versiones distintas de los ítems. Las muestras que fueron incluidas en el estudio aparecen en el cuadro 7-1.

Algunas veces los adolescentes producen respuestas en las pruebas que no se pueden usar por muchas razones: no entienden las instrucciones, sólo responden los ítems de manera aleatoria o no entienden el significado de los ítems. Por lo tanto, se utilizaron criterios estándar de exclusión para asegurar que las muestras finales incluyeran solamente protocolos válidos. El siguiente criterio se usó para eliminar protocolos inválidos del análisis: *CNS* (No sé) > 35; *F* > 43 puntaje bruto; *TRIN* > 5 bruto o > 14 bruto; *VRIN* > 13 bruto. En todos, los 51 protocolos se eliminaron del análisis por invalidación. La muestra final consistió de 786 participantes (373 chicos y 413 chicas; véase el cuadro 7-1).

Test-retest

Además de recopilar una muestra normativa, los investigadores también realizaron un estudio de test-retest del MMPI-A para evaluar la confiabilidad de las mediciones. Estudiantes (51 chicos y 77 chicas) de los sitios de recopilación de datos en Puerto Rico, Miami y México participaron en un estudio de test-retest. Estos estudiantes fueron reexaminados una semana después de la administración inicial de la prueba con la forma hispana del MMPI-A. Se encontró que las correlaciones test-retest para las escalas de validez y clínicas del MMPI-A eran comparables a las del estudio normativo del MMPI-A.

Comparación de la muestra de adolescentes hispanos con normativas estadounidenses y muestras mexicanas

Los investigadores concluyeron, a partir del estudio, que los puntajes del MMPI-A para las muestras hispanas de chicos y chicas se ubicaron dentro de una desviación estándar de la media de las normas estándar del MMPI-A. La mayoría de los puntajes de las escalas estuvieron dentro del error estándar de medición, un puntaje T de

CUADRO 7-1
Muestra total (antes de las exclusiones) y muestra final

Ubicación	Chicos	Chicas	Total
	Antes de las exclusiones		
Florida	58	76	134
California	100	113	213
Puerto Rico	101	85	186
México	146	158	304
Total	405	432	837
	Muestra final		
Florida	48	70	118
California	93	112	205
Puerto Rico	91	80	171
México	141	151	292
Total	373	413	786

alrededor de 50. Entre las escalas de validez y las clínicas, solamente dos escalas del MMPI-A mostraron muchas diferencias entre los dos grupos: la *Mf* (masculinidad feminidad) para las chicas y la *TRIN* (ver figuras 7-1 y 7-2 de los perfiles de escala para los chicos hispanos y las figuras 7-3 y 7-4 para las chicas). Estos descubrimientos sugieren que los adolescentes, en la muestra hispana, tendieron a responder de manera inconsistente a unos cuantos pares de ítems más (en la dirección de Verdadero) en comparación con la muestra normativa estándar; sin embargo, este patrón no fue extremo y la mayoría de los puntajes de las escalas fueron comparables en grado sumo.

Los puntajes del MMPI-A hispano son, en esencia, “variaciones normales” alrededor de la media de las normas estándar del MMPI-A (Butcher, Cabiya, *et al.*, ob. cit.). Las normas estándar del MMPI-A en inglés pueden ser muy apropiadas para evaluar a los adolescentes hispanos aun si la prueba se administra en español. Los autores del proyecto concluyeron que tal vez las normas especiales hispanas no sean necesarias para proporcionar una evaluación clínica apropiada de estos adolescentes, porque los adolescentes responden a los ítems del MMPI-A de forma muy similar a la de los adolescentes que toman la versión en inglés y en comparación con las normas estándar del MMPI-A (véase Negy *et al.*, ob. cit.). Regresaremos a la cuestión de las comparaciones normativas apropiadas después de introducir la versión mexicana del MMPI-A.

El MMPI-A versión hispana ha sido incluido en muchas investigaciones. Scott *et al.* (ob. cit.), realizaron un estudio que comparó a los adolescentes de habla hispana en cinco países: Colombia, México, Perú, España y EUA. Encontraron un alto grado de similitud en las cinco naciones en relación con el contenido básico y escalas suplementarias. La mayoría de las escalas se ubicaron en la mitad de una desviación estándar de la muestra normativa estadounidense (ver las figuras 7-5 y 7-6) Scott *et al.* (ob. cit.), encontraron que una muestra general de adolescentes en

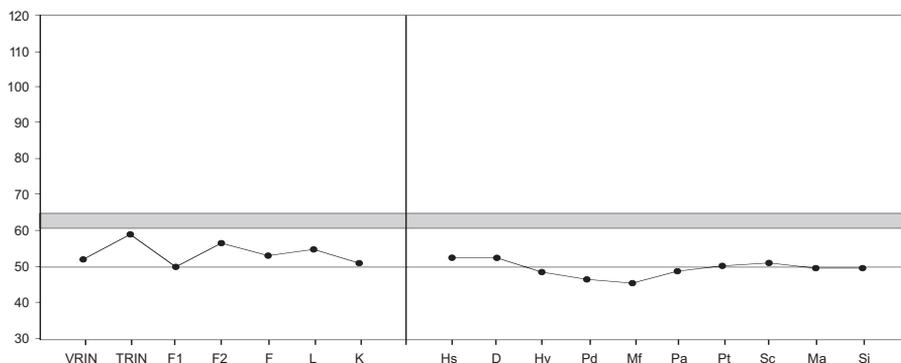


Figura 7-1. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-A de chicos hispanos ($N = 373$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 805$). Las escalas incluyen *VRIN* (Inconsistencia de respuestas variables), *TRIN* (Inconsistencia de respuestas verdadero), *F* (infrecuencia), *L* (mentira), *K* (actitud defensiva), *Hs* (hipocondriasis), *D* (depresión), *Hy* (histeria), *Pd* (desviación psicopática), *Mf* (masculinidad femenina), *Pa* (paranoia), *Pt* (psicastenia), *Sc* (esquizofrenia), *Ma* (hipomanía) y *Si* (introversión social).

Colombia obtuvo puntajes en el MMPI-A versión hispana similares a aquellos de los adolescentes en EUA. Además, Scott *et al.*, reportaron que las víctimas adolescentes de un terremoto en Colombia mostraron ligeras elevaciones en tres escalas (*D* [Depresión], *Pt* [Psicastenia], y *Sc* [Esquizofrenia]) que, por lo general, se asocian con la experiencia de estrés postraumático.

LA VERSIÓN MEXICANA DEL MMPI-A

Los psicólogos en México consideraron importante desarrollar instrumentos adecuados para evaluar a los adolescentes, una población extensa en ese país de acuerdo con los datos de la encuesta realizada en el 2000 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (INEGI, 2000). En el censo del INEGI, en el año 2000, había alrededor de 1.5 millones de adolescentes solamente en el Distrito Federal.

Desde los años 70 se ha usado el MMPI original en México para evaluar a los adolescentes. Izaguirre-Hernandez *et al.* (1970), encontraron diferencias en los perfiles de los adolescentes mexicanos que asistían a la Escuela Nacional Preparatoria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y los de los adolescentes en EUA. Por ello, consideraron necesario obtener normas para los puntajes de estos adolescentes mexicanos y aplicaron el inventario de manera colectiva a un grupo de 911 participantes (679 chicos y 239 chicas) cuyas edades oscilaron entre los 15 y los 22 años. Las escalas que mostraron las elevaciones más grandes con respecto a las normas norteamericanas fueron las escalas *F*, 8, 4 y *L*. Los puntajes más altos obtenidos por las chicas fueron en las escalas *F*, 8, 2, 7 y 4. Los autores de las escalas

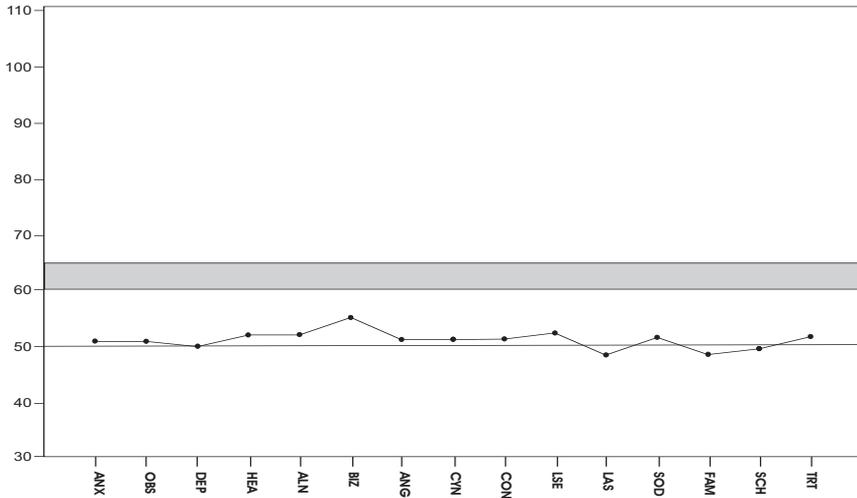


Figura 7-2. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A de chicos hispanos ($N = 373$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 805$). Las escalas incluyen ANX (ansiedad), OBS (obsesividad), DEP (depresión), HEA (preocupación por la salud), ALN (enajenación), BIZ (pensamiento delirante), ANG (enojo), CYN (cinismo), CON (problemas de conducta), LSE (baja autoestima), LAS (aspiraciones limitadas), SOD (malestar social), FAM (preocupación por la familia), SCH (problemas escolares), y TRT (indicadores negativos de tratamiento).

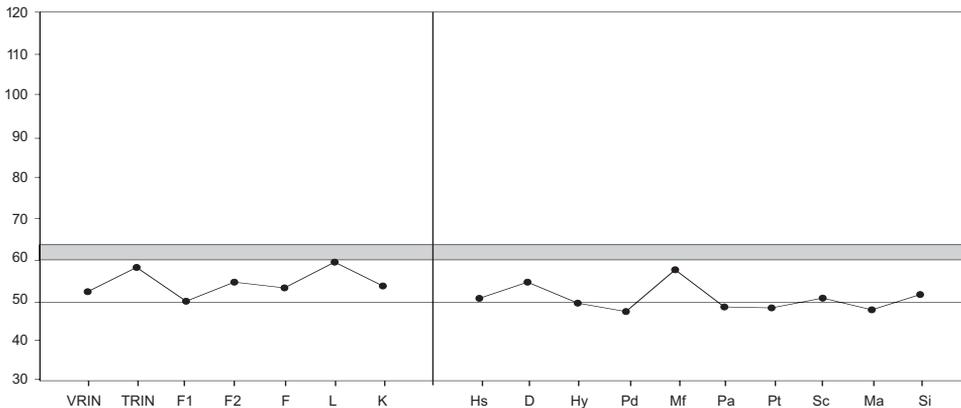


Figura 7-3. Perfil de la escala de validez y de contenido del MMPI-A de chicas hispanas ($N = 413$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 815$). Véase la figura 7-1 para las definiciones de las escalas.

concluyeron que un perfil de los adolescentes mexicanos que usara las normas estadounidenses probablemente tendría una gran tendencia a presentar puntajes altos en las escalas 2 y 8. Sin embargo, ya que nunca se publicaron las normas específicas de los adolescentes mexicanos, las normas del MMPI original continuaron

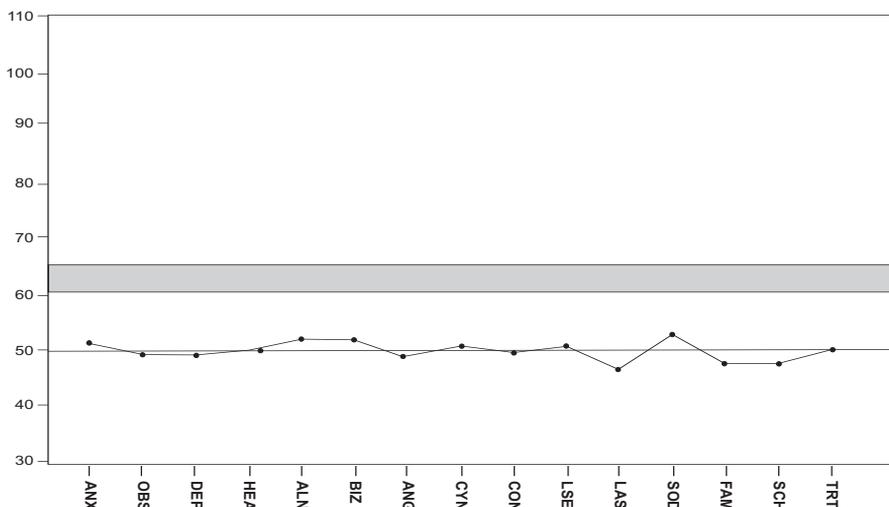


Figura 7-4. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A de chicas hispanas ($N = 413$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 815$). Véase la figura 7-2 para las definiciones de las escalas.

empleándose con el fin de evaluar a los adolescentes mexicanos, lo que ocasionó un sobrediagnóstico de patología.

En otros estudios (Madariaga & Guttin, 1980; Sesteaga, 1980), también se encontraron puntajes elevados en las escalas 8 y 2. Ghiju (1982) reportó que, para las chicas, cuanto más bajo era su nivel socioeconómico, se obtenían puntajes más altos en la escala 8. Esto tal vez se debió a su comprensión de lectura. En general, los perfiles de los adolescentes mexicanos obtenidos con el MMPI original mostraron alteraciones psicopatológicas incluso cuando se evaluó a los grupos normales. Este descubrimiento se convirtió en un problema al usar el instrumento, aunque el MMPI se usó ampliamente en la práctica clínica pues no había otro instrumento que pudiera usarse como sustituto.

Ya que el MMPI-A ha resultado muy valioso para evaluar a los adolescentes en EUA, también se decidió que el instrumento podría resultar válido y fiable en la evaluación de los adolescentes en México. Muchos de los problemas presentados en el MMPI original con los adolescentes se eliminaron en la versión revisada. Un instrumento como el MMPI-A puede ser útil porque evalúa áreas más amplias de funcionamiento, lo cual brinda la posibilidad de un conocimiento más completo de grupos clínicos de gente joven tanto normales como específicos.

Procedimientos de traducción

Los procedimientos de traducción para la adaptación del MMPI-A siguieron una metodología rigurosa, en la que se destacaron los contenidos semánticos, sintácticos

y culturales de los ítems que componen el instrumento (E. Lucio *et al.*, ob. cit.). Este trabajo consistió en un proceso minucioso de transliteración, que incluyó los siguientes pasos:

1. Emilia Lucio y un traductor profesional tradujeron el protocolo original en inglés para obtener la primera versión del inventario. Este traductor fue un lingüista bilingüe y bicultural, porque al adaptar un instrumento de esta clase no se considera que sea suficiente el alto dominio de ambos idiomas que una persona pueda tener, sino que también debe haber vivido por lo menos cinco años en el país en el que el instrumento se construyó si no está en su idioma nativo.
2. Se discutió esta versión con otros psicólogos clínicos y muchos estudiantes de diferentes países de Latinoamérica (México, Bolivia, Cuba y Nicaragua) para modificar algunos de los ítems y así obtener una segunda versión.
3. Se dio esta versión a 10 jueces clínicos, quienes estuvieron de acuerdo en 98% de los ítems, aunque comentaron sobre algunos que no parecían claros.
4. La persona responsable del proyecto, algunos profesores y estudiantes que habían participado en el estudio, así como el traductor profesional, discutieron los comentarios para obtener una tercera versión.
5. Los psicólogos y lingüistas de la Universidad de Minnesota analizaron esta versión y consideraron que era una traducción excelente y precisa. El departamento de lingüística sugirió unos ligeros cambios en el uso de esta versión en español para EUA.
6. Algunas de estas sugerencias se aceptaron para la versión mexicana en español, mientras que otras se rechazaron debido a que alteraban el contenido semántico de los ítems. Más tarde, se obtuvo la versión final. La versión mexicana en español desarrollada en la UNAM por Emilia Lucio también puede usarse en otros países latinoamericanos.
7. Finalmente, se obtuvo la traducción inversa del español al inglés. Se logró un acuerdo en 90% de los ítems (E. Lucio *et al.*, ob. cit.).

La versión mexicana en español publicada por Editorial Moderno, fue la base para la versión en español publicada recientemente en EUA.

Muestra normativa de los adolescentes mexicanos

Se seleccionó a algunos adolescentes mexicanos de diferentes áreas geográficas del Distrito Federal y de diferentes tipos de escuelas. Se escogió el Distrito Federal porque la población de la Ciudad de México es lo suficientemente heterogénea como para considerarse representativa de la población mexicana. Además, los recursos económicos no permitieron viajar por el país. Se aplicó la prueba a un total de 4

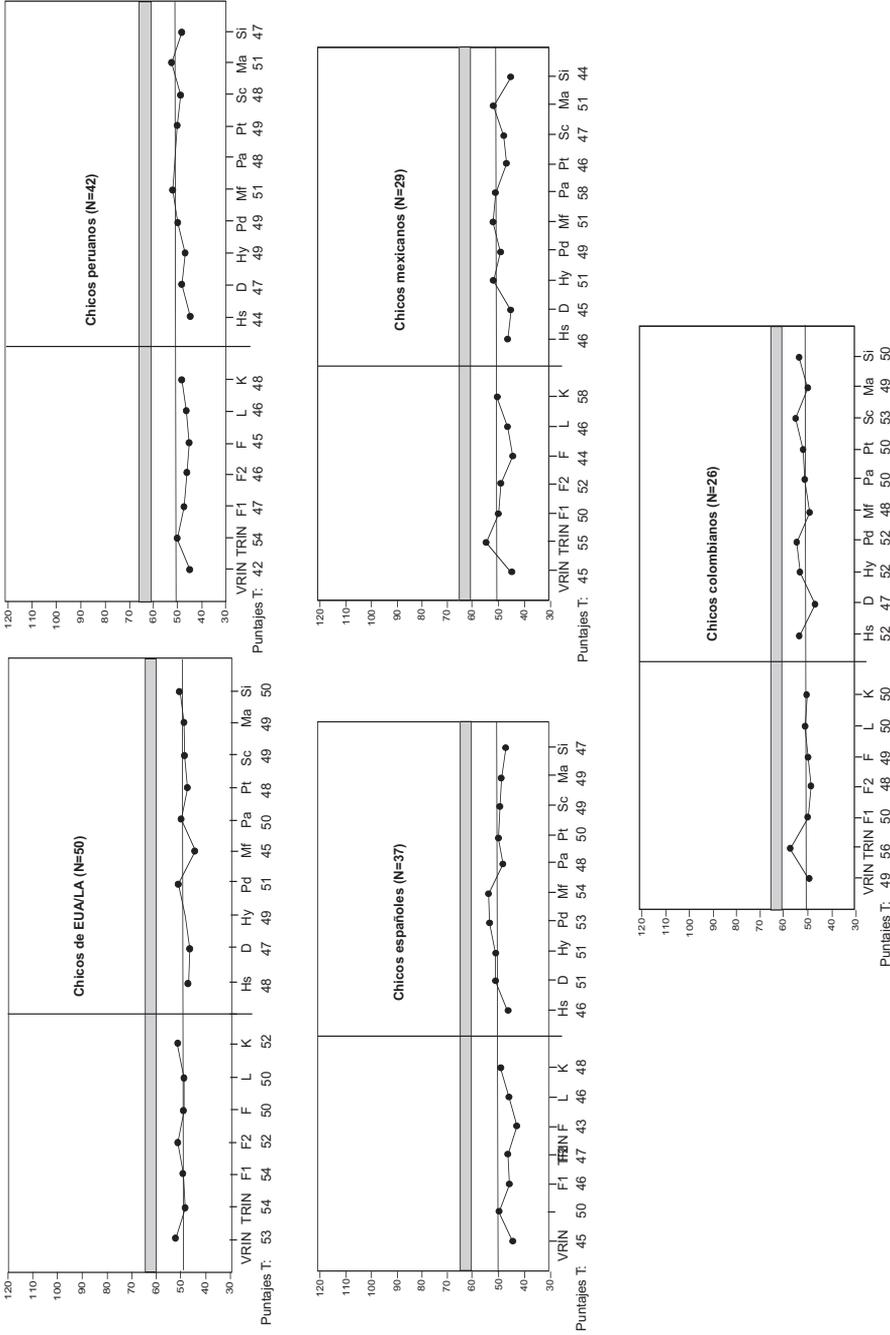


Figura 7-5. Perfiles de la escala básica del MMPI-A de chicos provenientes de cinco países. Véase el pie de imagen de la figura 7-1 para la definición de escala. Tomado de "The Hispanic MMPI-A Across Five Countries", por R. L. Scott, J. N. Butcher, T. I. Young y N. Gomez, 2002, *Journal of Clinical Psychology*, 71, p. 413. Derechos reservados 2002 por Wiley & Sons. Adaptado con permiso.

181 adolescentes de escuelas públicas y privadas. Emilia Lucio, Amada Ampudia y Consuelo Durán participaron en el proceso de adaptación de la prueba. Varios estudiantes pasantes y graduados de la UNAM colaboraron en la recopilación de los datos.

Este proceso comenzó en los planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM. El primer paso fue obtener autorización del departamento de escuelas preparatorias. La selección de las escuelas y grupos donde el inventario se aplicaría se hizo de forma aleatoria de acuerdo con las cuatro áreas geográficas en las cuales se dividió el Distrito Federal. Una vez que se identificaron las escuelas, se obtuvo la autorización de sus directivos. El director o bien el secretario de servicios escolares de cada escuela otorgaron el permiso. La recopilación de los datos fue complicada debido a los ciclos escolares y horarios de clases y a que también se aplicó otro instrumento extenso además del MMPI. Una vez que se obtuvo la muestra en estas escuelas, se solicitó al director de educación media en la Secretaría de Educación el permiso para aplicar la prueba en otras escuelas dentro del área urbana. Se seleccionaron las escuelas en las áreas geográficas consideradas anteriormente de acuerdo con la información del Censo Nacional de 1990 (INEGI, 1990). También se pidió permiso a las escuelas privadas en las diferentes áreas geográficas del Distrito Federal, pero sólo algunas de estas escuelas lo concedieron. De las escuelas antes mencionadas, se seleccionaron diferentes grupos de acuerdo con los datos sobre la edad registrados en el censo. Así, se escogió a un total de 4 600 adolescentes. Después de que se obtuvo el permiso y una vez establecidos los programas para la aplicación del inventario, los estudiantes fueron sometidos a pruebas en grupos de 30 a 150, y un psicólogo monitoreó a cada 25 adolescentes. Algunas veces los maestros de la clase correspondiente también participaron. Además del MMPI-A, los estudiantes contestaron un cuestionario (basado en el cuestionario diseñado para los adolescentes en EUA por Williams *et al.*, ob. cit.) diseñado específicamente para México con preguntas sobre información biográficas y de sucesos de sus vidas. Un pequeño grupo de adolescentes (151 chicos y 190 chicas) participaron en el estudio de test-retest una semana después.

Las escuelas seleccionadas tuvieron requerimientos diferentes para aplicar el instrumento a los estudiantes. Todos ellos participaron voluntariamente sin recibir ningún pago. Cada una de las escuelas recibió reportes de los perfiles grupales de los estudiantes y una lista de los resultados individuales.

Se trató de incluir diferentes niveles socioeconómicos y distintos tipos de niveles educativos en la muestra, pues la dificultad para contestar la prueba se incrementa cuando existen problemas de comprensión de lectura. El cuadro 7-2 muestra la distribución de la muestra normativa mexicana por edad y por género.

La muestra normativa mexicana es más grande que la estadounidense. Incluye a 4 050 adolescentes (1 904 chicos y 2 146 chicas). La mayoría de estos estudiantes eran de escuelas públicas, aunque un número considerable provenía de escuelas

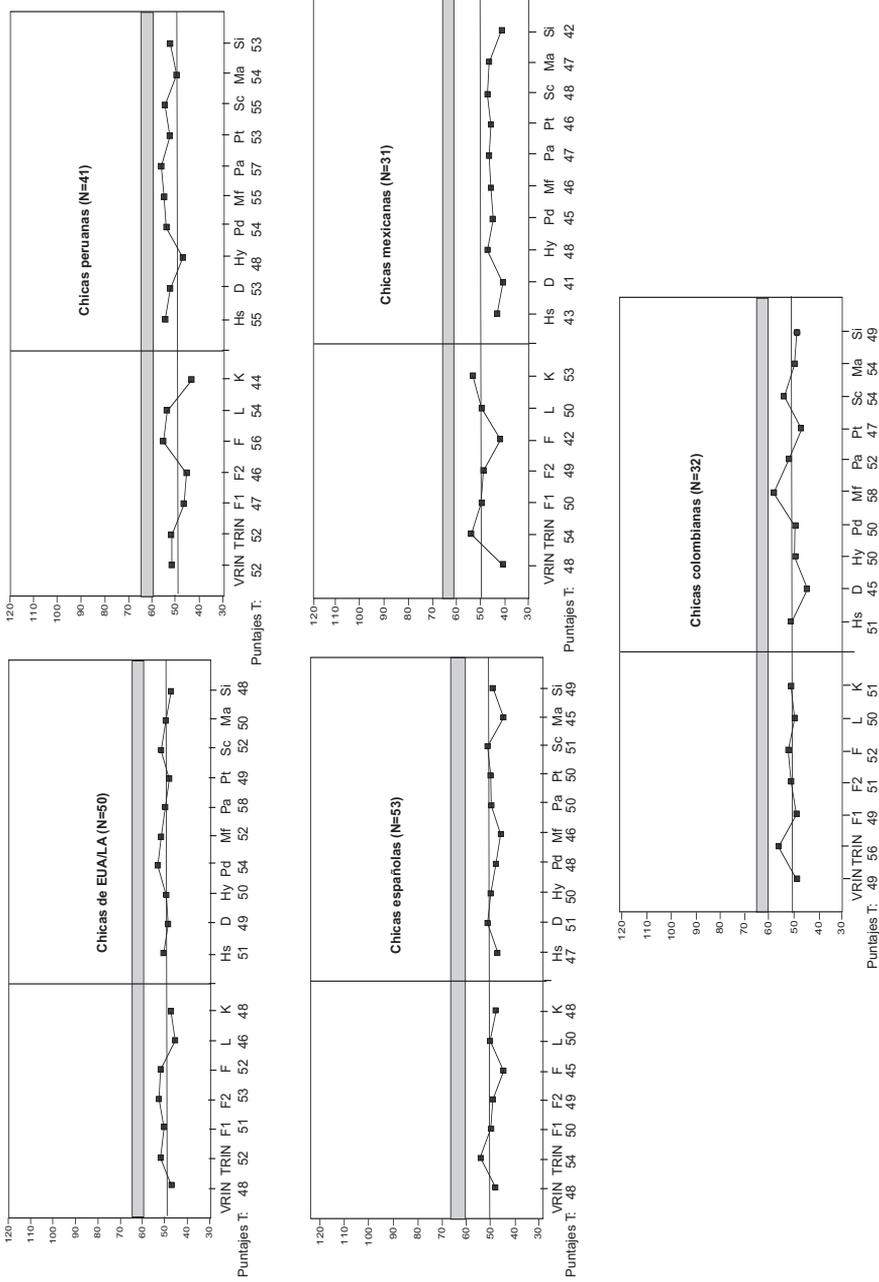


Figura 7-6. Perfiles de la escala básica del MMPI-A de chicas provenientes de cinco países. Véase el pie de imagen de la figura 7-1 para la definición de las escalas. Tomado de "The Hispanic MMPI-A Across Five Countries", por R. L. Scott, J. N. Butcher, T. I. Young y N. Gomez, 2002, *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 414. Derechos reservados 2002 por Wiley & Sons. Adaptado con permiso.

privadas. Sus edades oscilaron entre los 14 y los 18 años. En casi todos los rangos de edad, excepto en el grupo de 18 años, hubo más chicas que chicos, lo cual podría deberse, en parte, a la distribución de género de la población adolescente y también al hecho de que las chicas colaboran mucho más cuando se requiere cooperación voluntaria. Las edades se ajustaron de acuerdo con el censo de 1990 (INEGI, 1990) excepto para el nivel de 18 años; en éste hubo más chicos que chicas, tal vez porque ellas estaban en un grado mayor o habían dejado la escuela por alguna razón (p. ej., casarse). Los puntajes promedio para los adolescentes mexicanos (escalas de validez y clínicas) se muestran en la figura 7-7 (para los chicos) y la en figura 7-8 (para las chicas) en comparación con las normas estadounidenses.

Se emplearon los mismos criterios usados por Butcher *et al.* (ob. cit.), para excluir protocolos inválidos en EUA con el propósito de asegurar que solamente los protocolos completos y válidos se incluyeran en la muestra normativa. Únicamente los adolescentes que contestaron tanto el MMPI-A como el cuestionario biográfico y de sucesos de la vida, de edades entre los 14 y los 18 años y que dejaron menos de 35 ítems sin contestar (y que obtuvieron, además, puntajes en la escala *F* menores a 26, en los chicos, y menos de 23, en las chicas, y cuyo *VRIN* (INVAR) fue mayor a 12 y su *TRIN* (INVER) fue de entre 5 y 13), fueron incluidos en el estudio. Con estos criterios, se eliminó aproximadamente 10% de los participantes que contestaron ambos instrumentos.

Muestra clínica mexicana

Además de la muestra normativa del MMPI-A, se obtuvo una muestra clínica extensa. Los instrumentos de investigación básicos empleados para la muestra normativa también se usaron para la clínica: el MMPI y el cuestionario biográfico y de sucesos de vida. Los datos del historial clínico de los pacientes se registraron en una forma estandarizada y en la mayoría de los casos se escribieron los datos más importantes obtenidos de la entrevista semiestructurada.

En la mayoría de los casos, los estudiantes graduados y aquellos de los últimos semestres en psicología clínica, que habían sido entrenados previamente, evaluaron a los pacientes en la muestra clínica. Se solicitó la colaboración de diferentes instituciones de salud mental para recolectar la información de los pacientes de dicha muestra. Los pacientes de diferentes unidades de un hospital psiquiátrico, de distintas instituciones de salud mental y del consejo tutelar se incluyeron en la muestra. Se solicitó la cooperación tanto de las autoridades de estas instituciones como de los pacientes de la muestra. Los instrumentos se administraron individualmente en la mayoría de los casos y, cuando fue posible, los resultados se entregaron a la institución para que pudieran usarse en el tratamiento de los adolescentes.

Se evaluó a un total de 243 pacientes, 25 de los cuales se excluyeron porque sus protocolos resultaron inválidos. Los criterios de exclusión fueron un poco diferentes

CUADRO 7-2
Edad y género de la muestra normativa de adolescentes mexicanos

Edad (años)	Chicos			Chicas			Muestra total	
	<i>n</i>	%	Censo %	<i>n</i>	%	Censo %	<i>N</i>	%
14	412	21.6	18.5	511	23.8	18.4	923	22.8
15	502	26.4	19.4	649	30.3	19.4	1,151	28.4
16	400	21.0	19.7	464	21.6	19.8	864	21.3
17	372	19.5	20.9	380	17.7	21.0	752	18.6
18	218	11.5	21.5	142	6.6	21.4	360	8.9
Total	1,904			2,146			4,050	

Nota: Para los chicos, $M = 45.7$, $SD = 1.3$; para las chicas, $M = 15.5$, $SD = 1.2$

de aquellos usados para la muestra normativa: las edades en este grupo también oscilaron entre los 14 y los 18 años y más de 35 ítems se dejaron sin contestar, pero los puntajes de la escala *VRIN* llegaron a 18 y los puntajes de la escala *TRIN* oscilaron entre los 15 y los 13 y los puntajes de la escala *F* fueron de hasta 39 en los chicos y 33 en las chicas. La muestra clínica consistió en 218 adolescentes como se observa en el cuadro 7-3 (141 chicos y 77 chicas). Como aparece en el cuadro 7-4, la mayoría de los participantes sufría de trastornos del estado de ánimo.

NORMAS MEXICANAS PARA EL MMPI-A

Se obtuvieron las mediciones de la tendencia central, como las desviaciones medias y estándar, para la muestra normativa mexicana por escala. Después, las pruebas se usaron con miras a comparar la desviación media y la estándar de la muestra

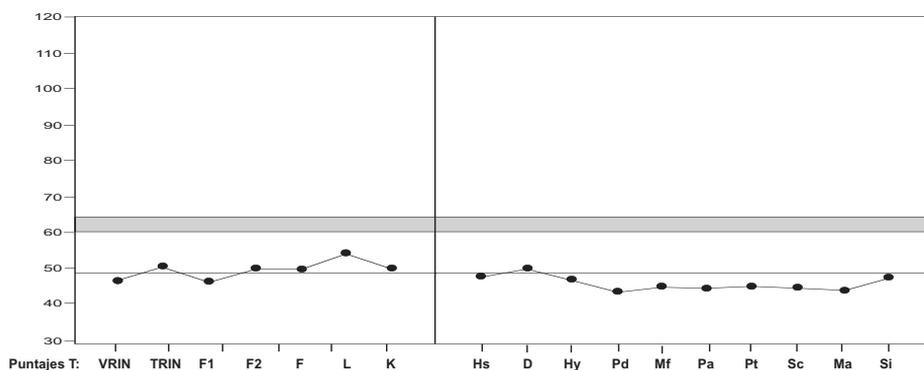


Figura 7-7. Escalas de validez y clínicas del MMPI-A de chicos mexicanos ($N = 1\ 904$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 805$). Véase el pie de imagen de la figura 7-1 para las definiciones de las escalas.

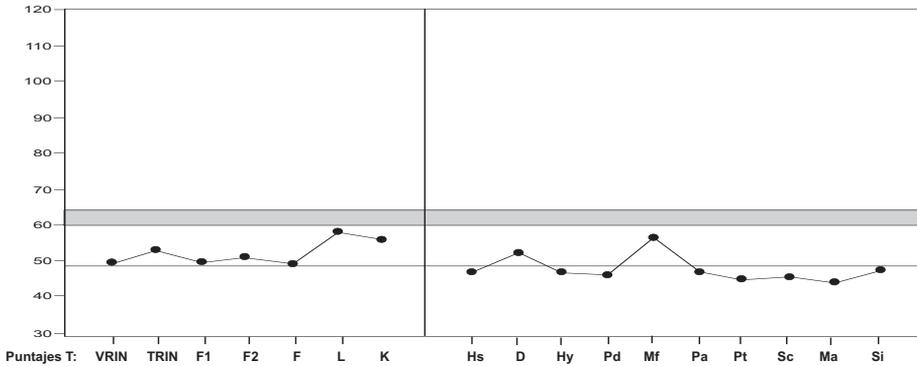


Figura 7-8. Escalas de validez y clínicas del MMPI-A de chicas mexicanas ($N = 2, 161$) trazado sobre normas estadounidenses para el MMPI-A ($N = 805$). Véase el pie de imagen de la figura 7-1 para las definiciones de las escalas.

normativa mexicana con las de la muestra estadounidense; esto con el fin de observar si había diferencias importantes. Una vez establecidas las diferencias entre las muestras, se determinaron las normas específicas para la población por medio de calcular puntajes T uniformes. Las normas se describen en el manual de la prueba (E. Lucio *et al.*, ob. cit.). Véase las tablas de puntaje T que aparecen en el apéndice C. Además, se obtuvieron los perfiles de los participantes en ambos estudios y se representaron en una gráfica para observar cómo se distribuyeron los puntajes T en las escalas del inventario. Los resultados indican que los promedios de la población mexicana son similares a aquellos de la población estadounidense, aunque hay una notable diferencia en algunas de las escalas. Dado que las muestras son grandes, hasta las diferencias pequeñas en la elevación de las escalas tienen una importancia estadística aunque no son clínicamente significativas.

Las diferencias son mayores con respecto a las chicas, ya que se observan diferencias estadísticamente importantes ($p = .001$) en todas las escalas excepto en las *VRIN*, *F1* y *F*., las chicas mexicanas tienen puntajes más altos en las escalas *TRIN*, *F2*, *F*, *L*, *K*, y *D*, mientras que las chicas estadounidenses tienen mayores puntajes en las escalas *Hs*, *Hy*, *Pd*, *Mf*, *Pa*, *Pt*, *Sc*, y *Ma*.

Cuando los perfiles de las escalas básicas se examinan tanto en los chicos como en las chicas, se observa que hay una clara tendencia hacia la normalidad. Es decir, algunos puntajes se encuentran en o por debajo de una elevación del puntaje T de 50 en comparación con las normas estadounidenses.

Existen algunas diferencias con respecto a la comparación de los puntajes brutos de las escalas de contenido en la muestra normativa mexicana con los de la muestra estadounidense. En el grupo de chicos, las escalas básicas mostraron una diferencia pequeña pero importante ($p = .001$) en las escalas *A-ANX* (ansiedad), *A-BIZ* (pensamiento delirante), *A-CYN* (cinismo), *A-LAS* (aspiraciones limitadas), *A-SOD* (Incomodidad

CUADRO 7-3
Edad y género de la muestra clínica mexicana

Edad (años)	Chicos		Chicas		Muestra total	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
14	42	29.8	32	41.6	74	33
15	34	24.1	26	33.8	60	27
16	27	19.1	4	5.2	31	17
17	33	23.4	10	13.0	43	19
18	5	3.5	5	6.5	10	4
Total	141		77		218	100

Nota: Para los chicos, $M = 45.47$, $SD = 1.24$; para las chicas, $M = 15.09$, $SD = 1.26$.

CUADRO 7-4
Diagnósticos para la muestra clínica de adolescentes mexicanos

Diagnóstico	Chicos (<i>n</i> = 141)		Chicas (<i>n</i> = 77)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trastornos de conducta	28	19.9	8	10.4
Trastornos del estado de ánimo	13	9.2	43	55.8
Problemas familiares	3	2.1	7	9.1
Problemas relacionados con el abuso sexual a un niño	—	—	5	6.4
Conducta antisocial	14	9.9	2	2.6
Trastornos del aprendizaje	5	3.5	1	1.3
Trastornos inducidos por el alcohol	7	5.0	—	—
Trastorno relacionado con polisustancias	41	29.0	1	1.3
Trastornos por ansiedad	5	3.6	—	—
Psicosis	7	5.0	4	5.2
Trastornos somatoformes: trastorno de conversión	—	—	2	2.6
Trastornos de la personalidad	2	1.4	—	—
Obesidad exógena	1	.7	1	1.3
Sin diagnóstico	15	10.6	3	3.9
Total	141	100	77	100

Nota: Los guiones en las casillas indican que no hay información disponible.

social), *A-FAM* (problemas familiares), y *A-SCH* (problemas escolares). Los chicos mexicanos obtuvieron puntajes altos en *A-BIZ*, *A-CYN* y *A-SOD*, mientras que los chicos estadounidenses tuvieron un mayor puntaje en *A-ANX*, *A-LAS*, *A-FAM* y *A-SCH*. Para las chicas, las importantes diferencias estadísticas se observaron en la mayoría de las escalas básicas excepto en la *A-ALN* (enajenación), *A-BIZ*, *A-ANG* (enojo) y *A-CYN*. Ellas tuvieron puntajes altos en la escala *A-SOD*, mientras que las chicas en EUA tuvieron altos puntajes en las escalas *A-ANX*, *A-OBS* (obsesión), *A-DEP* (depresión), *A-HEA* (problemas de salud), *A-CON* (problemas de conducta), *A-LSE* (baja autoestima), *A-LAS*, *A-FAM*, *A-SCH* y *A-TRT* (tratamiento).

Cuando los puntajes naturales obtenidos por la muestra normativa de los chicos mexicanos se comparó con la de los chicos en los Estados Unidos, se encontraron diferencias estadísticas importantes ($p = .001$) en la mayoría de las escalas básicas. Sin embargo, casi todas las diferencias fueron pequeñas comparadas con los puntajes de los chicos en EUA, menos de la mitad de una desviación estándar. Solamente en la escala *L*, en la cual los chicos mexicanos tuvieron un mayor puntaje, la desviación estándar fue mayor que la mitad, lo que indica que la actitud de los chicos mexicanos hacia la evaluación psicológica es diferente de la de los chicos estadounidenses. Esta elevación en la escala *L* puede deberse al hecho de que la mayoría de la gente está interesada en dar una buena impresión.

Con respecto a las chicas, las diferencias fueron algo mayores, ya que hubo diferencias estadísticas importantes en la mayoría de las escalas. Sin embargo, muchas de las diferencias observadas fueron pequeñas, menos de la mitad de una desviación estándar. Sólo en la escala *L*, en la cual las chicas mexicanas tuvieron mayor puntaje, hubo una diferencia mayor a una desviación estándar de 1 con respecto a las chicas en EUA. La elevación en la escala *L* mostrada por las chicas mexicanas indica que su actitud al contestar el inventario es diferente de la de las chicas en EUA y que, tal vez, como en el caso de los chicos, tenían un mayor interés en dar una buena impresión. La elevación en esta escala se ha observado en algunos estudios realizados con adolescentes mexicanos usando el MMPI original y en poblaciones adolescentes de otros países (Cheung & Ho, *ob. cit.*; Izaguirre-Hernandez *et al.*, *ob. cit.*). La confiabilidad de esta escala no es muy alta, lo que indica que es necesario hacer modificaciones importantes a los ítems con el fin de obtener normas para la misma.

Se observaron diferencias mayores a la mitad de una desviación estándar en las escalas 5 (*Mf*) y 4 (*Pd*) con relación a las chicas, pues éstas obtuvieron puntajes más bajos. La diferencia en la escala 5 (*Mf*) muestra que las adolescentes mexicanas se sienten distantes de los papeles tradicionales femeninos que la sociedad asigna a las mujeres en EUA. La elevación en la escala 5 en las chicas se ha observado en otros grupos de hispanas (Butcher, Cabiya, *et al.*, *ob. cit.*). Las diferencias encontradas entre los dos grupos en las escalas básicas del MMPI con respecto a las características de personalidad parecen deberse más a las diferencias culturales que a la psicopatología.

En términos de confiabilidad del instrumento, los datos obtenidos son congruentes con los reportados en estudios previos (Butcher *et al.*, 1992; Stein *et al.*, *ob. cit.*). La consistencia interna relativamente baja de las escalas que se refieren al consumo excesivo de alcohol y de sustancias coincide con la investigación llevada a cabo por Weed *et al.*, (*ob. cit.*), quien indicó que esto podría deberse al hecho de que estas escalas incluyen diferentes factores.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por los adolescentes mexicanos para el MMPI original, queda claro que los puntajes de estos jóvenes, tanto chicos

como chicas, tienden hacia la normalidad; ninguno de los puntajes alcanzó una elevación de 65, considerado el límite para indicar una psicopatología; además, ningún puntaje alcanzó la elevación de $T = 60$, lo cual puede tomarse como un puntaje alto normal. Sólo las escalas L y 5 (Mf), que no son escalas clínicas, alcanzaron $T = 59$ en las chicas. Se puede concluir, a partir de estos resultados, que la versión del MMPI-A del inventario no refleja psicopatología en los adolescentes, como en el caso del MMPI original. La elevación de la escala L en las chicas se ha observado en estudios previos (Izagirre-Hernandez *et al.*, ob. cit.; Sestefa, 1980). En relación con las escalas de contenido, sólo hay diferencias menores entre los adolescentes mexicanos y los estadounidenses tanto en las chicas como en los chicos, y no tienen una importancia interpretativa. Los puntajes de los adolescentes mexicanos son, en general, más bajos que aquellos de los adolescentes estadounidenses. Existen algunas diferencias menores, menos de la mitad de una desviación estándar con respecto a las normas estadounidenses. La escala $A-FAM$ muestra la mayor diferencia tanto en los chicos como en las chicas, lo cual indica que los adolescentes estadounidenses admiten con más facilidad tener desacuerdos con sus padres y otros miembros de su familia que los adolescentes mexicanos. Esto explica la elevación en la Escala 4. Los resultados obtenidos en este estudio apoyan a los conseguidos por otros autores que han trabajado con otros grupos de adolescentes que no son de EUA, en cuanto a la mayor eficiencia del MMPI-A sobre el MMPI al evaluar adolescentes (Cheung & Ho, ob. cit.; Negy *et al.*, ob. cit.).

Aunque las diferencias encontradas en los adolescentes estadounidenses y mexicanos son mínimas con el MMPI-A, consideramos importante usar las normas establecidas para la población mexicana porque esto nos permitirá evaluar la psicopatología y los problemas emocionales de los adolescentes de forma más adecuada. A partir de la información obtenida en la adaptación de la prueba, podemos concluir que es obvio que los perfiles de los adolescentes mexicanos obtenidos con el MMPI-A se encuentran dentro de los rangos normales esperados, a diferencia de los obtenidos con el MMPI original. Este descubrimiento muestra que el MMPI-A es un mejor instrumento para evaluar la personalidad de los adolescentes mexicanos que el MMPI original.

Confiabilidad y validez del MMPI-A en México

Un grupo de adolescentes de la muestra mexicana, 151 chicos y 190 chicas, contestaron la prueba en dos ocasiones (la segunda vez una semana después) para obtener la confiabilidad del instrumento usando un test-retest. La estabilidad obtenida en la mayoría de las escalas clínicas y básicas fue alta, en la mayoría de los casos mayor que .70 en los chicos y en las chicas (G. M. E. Lucio *et al.*, 1997). La confiabilidad de la mayoría de las escalas del MMPI-A para la población mexicana fue de .74, lo cual se ajusta a los valores típicos entre .65 y .82. Algunas de estas

escalas que exhibieron menos confiabilidad interna fueron las relacionadas con la propensión al abuso del alcohol (.45) y las adicciones (.46). Con respecto a la confiabilidad test-retest, los valores típicos estuvieron entre .65 y .80. Sólo la escala revisada de alcoholismo de MacAndrew (MAC-R) mostró un valor menor a .60.

Se ha llevado a cabo un estudio de simulación con el MMPI-A (G. E. Lucio *et al.*, 2002) para examinar el grado al que las escalas de validez del MMPI identificaron a los adolescentes que alteraron la verdad en un grupo de adolescentes mexicanos. Este estudio también evaluó la capacidad de las escalas de validez para diferenciar entre los adolescentes no clínicos instruidos para simular y a los adolescentes clínicos y no clínicos que recibieron instrucciones estándar. Los participantes fueron 59 hombres y 87 mujeres estudiantes mexicanos de preparatoria y 59 hombres y 87 mujeres adolescentes de contextos clínicos. Los resultados de este estudio indican que las escalas *F1*, *F2*, *F* y el puntaje bruto de la escala *F*, menos el puntaje bruto de la *K*, podrían discriminar adecuadamente entre tres condiciones diferentes. En este estudio se obtuvieron un alto poder de predicción positiva y negativa y el índice global de aciertos que usa diferentes índices base. Se necesitaron puntajes más altos para discriminar en el grupo de chicas que en el grupo de chicos.

Otros estudios llevados a cabo en México

El estudio que empleó la muestra clínica original, con los adolescentes mexicanos, mostró que los puntajes altos con respecto al grupo de chicas se encontraron en la escala *F* y también en las escalas 4, 8, *A-DEP*, *A-FAM* y *MAC-R* (G. M. E. Lucio *et al.*, ob. cit.). Todas estas escalas tuvieron un puntaje medio mayor a 60 T. En lo relativo a los chicos, las escalas más altas fueron las escalas 4, *F1*, *F*, *A-DEP* y *MAC-R*. Todos estos puntajes están alrededor de un puntaje T de 60.

Varios estudios han empleado el MMPI-A con diferentes muestras de adolescentes. Por ejemplo, G. M. E. Lucio *et al.* (2000), estudiaron las personalidades de un grupo de adolescentes con tendencias suicidas usando el MMPI-A con dos grupos diferentes: una muestra clínica compuesta por adolescentes que han intentado suicidarse y han recibido tratamiento en dos hospitales públicos y una muestra comparativa de adolescentes sin intentos suicidas de una escuela pública (ambos grupos incluyeron a 38 mujeres adolescentes). El MMPI-A y el cuestionario de sucesos de vida se aplicaron en ambas muestras. Los dos grupos se parearon en las siguientes variables: edades entre 14 y 18 años, mujeres, y de origen socioeconómico medio bajo o bajo.

La prueba se aplicó individualmente a la muestra clínica en dos hospitales públicos en la Ciudad de México, cada sesión duró de tres a cuatro horas. La prueba se aplicó colectivamente al grupo control en dos sesiones con la mitad de los participantes en cada una. El origen socioeconómico se determinó por medio de

usar un cuestionario sociodemográfico que consideró el tipo de escuela a la que se asiste y las características socioeconómicas de los padres. El hecho de que los estudiantes de la escuela nunca hayan intentado suicidarse fue debidamente corroborado.

Se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos de adolescentes. Con respecto al MMPI-A, el grupo clínico obtuvo puntajes mayores en las siguientes escalas básicas: *F*, 2 (*D*, depresión), 3 (*Hy*, histeria), 4 (*Pd*, desviación psicopática), 6 (*Pa*, paranoia) y 8 (*Sc*, esquizofrenia). También se encontraron algunas diferencias en las escalas de contenido y las suplementarias.

Los resultados indicaron que los adolescentes en el grupo suicida enfocaron su atención en el reconocimiento de sus problemas, a diferencia de los adolescentes en el grupo normal. Las escalas que mostraron las mayores diferencias fueron las escalas 4 y 6, seguidas de la 8. Estas escalas muestran más psicopatología que las otras e indican que los adolescentes suicidas se comportan con más agresividad e impulsividad que los adolescentes no suicidas. Los jóvenes en el grupo suicida tuvieron una mayor dificultad para adaptarse a las normas sociales y parecieron inseguros, preocupados y desconfiados de otros, todo lo cual corresponde a la escala *Pa*. Por último, la elevación en la escala *Sc* muestra que los adolescentes en la muestra clínica tienen mayores dificultades conductuales en las relaciones interpersonales. La elevación en la escala *Hy* indica mayor dificultad para enfrentar situaciones conflictivas o estresantes debido a la falta de madurez. Las diferencias encontradas apuntan a que existía una mayor psicopatología en las chicas con tendencias suicidas. Estos resultados son similares a los encontrados por otros autores (Nordström *et al.*, 1995) que reportaron que los adolescentes con tendencias suicidas muestran índices más altos de psicopatología. Probablemente, los perfiles obtenidos no muestran altas elevaciones porque las chicas en la muestra clínica trataron de esconder la importancia de sus síntomas con el fin de ser dadas de alta del hospital, puesto que algunas de ellas han rechazado el tratamiento.

También se encontraron diferencias importantes en las escalas de contenido y las suplementarias; las más importantes se encontraron en *A-DEP* ($t = 4.40$), *A-HEA* ($t = 3.34$), *A-ANG* ($t = 3.51$), *A-FAM* ($t = 4.08$) y *A-ANX* ($t = 3.46$). Los resultados obtenidos en estas escalas confirman que los adolescentes con tendencias suicidas presentaron una mayor psicopatología que aquellos que no las tienen. Esto se muestra claramente por la elevación en las escalas *A-DEP* y *A-ANX*. Los resultados de este estudio confirman los que obtuvieron Kopper *et al.* (ob. cit.), quienes encontraron que las escalas básicas *A-DEP*, *A-SCH* y *A-FAM* del MMPI-A muestran un incremento en el riesgo de intento de suicidio. Los altos puntajes en los perfiles de las chicas con intentos suicidas y el tipo de código que obtuvieron indican una tendencia a dirigir su depresión y enojo hacia la autodestrucción. Los adolescentes suicidas también reportaron sucesos de la vida más estresantes en comparación con el grupo normal.

Figueroa (2001) usó el MMPI-A en un estudio en torno a los factores psicosociales y de personalidad relacionados con el rendimiento académico de las mujeres adolescentes. El objeto de este estudio fue encontrar las características de personalidad y contextuales que influenciaron un rendimiento académico alto y bajo. El estudio se realizó en una escuela no coeducativa dirigida por una orden religiosa. También se analizó la relación entre los perfiles de personalidad obtenidos con el MMPI-A, algunos datos sociodemográficos, sucesos de vida y expectativas familiares con el rendimiento académico alto y bajo. Se usó una entrevista semiestructurada para explicar la razón de la selección de escuela y encontrar algunas de las características de la estructura familiar y las relaciones interpersonales dentro de la familia.

Este estudio fue *ex post facto* y de campo en el cual 41 estudiantes mujeres de un total de 126 chicas fueron seleccionadas para participar por su alto ($n = 26$) o bajo ($n = 15$) rendimiento. Se escogieron a estudiantes de los últimos dos años de preparatoria. La hipótesis fue que las personalidades de las chicas con un rendimiento académico bajo o alto se revelarían en las escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A. Aunque las dos muestras fueron pequeñas, se encontraron importantes diferencias estadísticas en cuatro escalas en que las chicas de bajo rendimiento obtuvieron puntajes altos: *Hs* ($t = 2.8, p = .03$), *A-HEA* ($t = 2.04, p = .04$), *A-SCH* ($t = 3.16, p = .01$) y en la escala de MacAndrew ($t = 2.5, p = .02$). Esto corrobora la hipótesis principal del estudio y parece indicar que las estudiantes con bajos resultados manifiestan más ansiedad, más preocupación por la escuela y problemas de salud, y presentan una mayor tendencia a tener problemas de adicciones. Aunque las muestras fueron pequeñas, y por lo tanto el estudio debe considerarse preliminar, las diferencias encontradas entre los grupos parecen subrayar la importancia del uso del MMPI-A en ambientes educativos, ya que se realizó tanto una comparación cuantitativa de los grupos como un análisis cuantitativo de los perfiles individuales de las chicas. Cuando se discutieron los resultados del estudio con las estudiantes, las chicas en el grupo de bajo rendimiento reportaron sucesos familiares, escolares y sociales más estresantes que el grupo de alto rendimiento. Algunos de los datos obtenidos en los perfiles se corroboraron y éstos complementaron a los obtenidos en la entrevista.

Un estudio de Hernandez *et al.* (2002), con un pequeño grupo de adolescentes mexicanos de alto rendimiento comparó los perfiles del MMPI-A de la muestra normativa de adolescentes mexicanos (E. Lucio *et al.*, ob. cit.) y una muestra de estudio de 16 adolescentes (siete hombres y nueve mujeres) para buscar cualquier diferencia estadística importante. Además, los puntajes de IQ de la muestra se obtuvieron usando las Escalas de Inteligencia para Niños de Wechsler y la Matrices Progresivas de Color de Raven. El criterio de muestreo fue estudiantes de preparatoria entre las edades de 16 y 18 años, cuyos promedios de calificaciones igualaron o estuvieron por encima del percentil 95vo de sus grupo en el último año escolar completado

como se estableció en el *American National Research Council for the gifted and Talented*, la Sociedad Española para el Estudio de la Superdotación y otros (Benito & Moro, 1997). La muestra se obtuvo del segundo y del tercer grado de una escuela preparatoria en Morelia, México, y abarcó 5% de los mejores alumnos, el cual coincide con el porcentaje empleado generalmente en otros estudios de análisis de talento. La muestra expuso puntajes superiores en ambas pruebas de inteligencia. Para los resultados del MMPI-A, el perfil de las mujeres mostró más diferencias estadísticas usando la prueba z ($p = .05$) que el perfil de los hombres en comparación con sus perfiles de muestras normativas, aunque todos los puntajes T estuvieron dentro del rango normal. Para las chicas, estas diferencias se encontraron en todos los grupos de escalas; las más grandes fueron las escalas $F2$ y F en las escalas de validez; Pt , Sc y Si en las escalas básicas; $A-DEP$, $A-ALN$, $A-BIZ$, $A-CYN$, $A-LSE$, $A-SOD$ y $A-TRT$ en las escalas de contenido; y ACK (Reconocimiento de problemas con alcohol) y A (ansiedad) en las escalas suplementarias. En todas éstas, las chicas de alto rendimiento mostraron puntajes más bajos en comparación con la muestra normativa. Para los chicos, las diferencias estadísticas solamente se encontraron en las escalas de validez ($F2$) y contenido ($A-LSE$). Los resultados indican que estos adolescentes estaban bien adaptados, eran extrovertidos y seguros de sí mismos; tenían una alta autoestima y eran competitivos y heterogéneos en sus preferencias académicas, artísticas y deportivas, al igual que en el resto de sus intereses, como se reportó en otros estudios. Además, todos los estudiantes mostraron disposición a participar en los programas de enriquecimiento o aceleración que estaban disponibles, y sus perfiles del MMPI-A podrían usarse para predecir un alto rendimiento académico.

Otro estudio se llevó a cabo con parte del grupo normativo mexicano (Monzon, 2001) para identificar las características de personalidad implicadas en el rendimiento académico y para determinar la posibilidad de predecir el rendimiento académico de los adolescentes usando las escalas del MMPI-A como variables predictivas. Este estudio de seguimiento, llevado a cabo con 1 617 estudiantes de las preparatorias de la UNAM (760 chicos y 857 chicas), comparó los resultados obtenidos en una prueba por un grupo de alto rendimiento con los obtenidos por uno de bajo rendimiento. El grupo original incluía 1 947 estudiantes de diferentes áreas en la Ciudad de México y de diferentes escuelas, niveles educativos y edades; algunos fueron eliminados debido a que sus protocolos fueron inválidos y a que sus registros académicos no estaban disponibles.

El rendimiento académico de los estudiantes se clasificó de acuerdo con el promedio de las calificaciones obtenidas durante el tiempo en que fueron estudiantes de preparatoria y tomando en consideración si habían completado sus estudios dentro del periodo permitido. Se usaron como variables el género, la edad y el primer año registrados en la preparatoria. Los instrumentos utilizados fueron las escalas básicas, las de contenido y las suplementarias del MMPI-A. Las diferencias en

las medias de las distintas escalas entre los grupos de alto y bajo rendimiento se obtuvieron con las pruebas *t* y se aplicó una regresión lineal logística a las variables dependientes categóricas para predecir el rendimiento académico mediante las escalas del MMPI-A. Las diferentes variables, como el promedio del número de años inscritos en el sistema escolar, se usaron para clasificar a los estudiantes. En todas esas variables, las chicas obtuvieron puntajes más altos que los chicos, lo cual indica que el género establece una diferencia en el rendimiento escolar.

En el grupo de las chicas, 29 de las 39 escalas del MMPI-A mostraron diferencias entre los grupos de alto y bajo rendimiento. En las escalas de validez, la mayor diferencia se encontró en la escala *F1*, $t = 12.90$, $p = .001$, en las que el grupo de bajo rendimiento obtuvo un puntaje mayor. En las escalas básicas, la mayor diferencia se encontró en la escala 4 ($t = 11.21$, $p = .001$), en la cual, una vez más, el grupo de bajo rendimiento obtuvo un puntaje más alto. En las escalas de contenido, la mayor diferencia estuvo en la escala *A-SCH* ($t = 23.81$, $p = .001$). En las escalas suplementarias, las mayores diferencias se encontraron en las escalas *ACK* ($t = 18$, $p = .001$) y *PRO* (la cual evalúa la propensión a consumir alcohol y sustancias en exceso; $t = 18.31$, $p = .001$). En todas estas escalas, el grupo de bajo rendimiento obtuvo puntajes T más altos, interpretados como clínicamente importantes.

En el grupo de los chicos, 22 de las 39 escalas mostraron diferencias estadísticas. En las escalas de validez, la mayor diferencia se encontró en la escala *F* ($t = 9.17$, $p = .001$), en la cual el grupo de bajo rendimiento obtuvo un puntaje T mayor. En las escalas clínicas, la mayor diferencia se observó en la escala 8 (*Sc*; $t = 5.223$, $p = .001$), en la cual el grupo de bajo rendimiento también obtuvo un puntaje mayor. En las escalas de contenido, la mayor diferencia se presentó en la escala *A-SCH* ($t = 29.02$, $p = .001$), y en las escalas suplementarias, en la *PRO* ($t = 13.53$, $p = .001$). En todas estas escalas, los chicos de bajo rendimiento obtuvieron puntajes mayores.

Las escalas del MMPI-A que mejor clasifican un alto porcentaje en los chicos en estudiantes de alto o bajo rendimiento académico fueron *L*, *F2*, *Hs*, *A-SOD*, *A-BIZ*, *A-SCH* e *IMM* (inmadurez). Para las chicas, las escalas que resultaron ser mejores para predecir un alto o bajo rendimiento fueron *L*, *A-LSE*, *ACK* y *MAC-R*.

Los resultados de este estudio indican que las características de personalidad explican, en parte, las diferencias en el rendimiento académico de los adolescentes y que el género marca la diferencia en su rendimiento. Estos resultados también demuestran que, aunque el MMPI-A no puede predecir por completo los resultados académicos, es un instrumento útil en los contextos educativos no sólo para diagnosticar las alteraciones psicológicas sino también para ayudar a prevenir otros tipos de problemas en esta etapa del desarrollo, tales como el bajo rendimiento académico y la posible deserción escolar, por medio de ayudar a la detección temprana.

En esta sección hemos tratado de ilustrar cómo el MMPI-A fue adaptado para los adolescentes en México y cómo el inventario ha sido útil en la investigación y en la práctica clínica. Ya que las normas mexicanas (las cuales en muchas de las escalas son similares a las estadounidenses) han sido establecidas, es posible una visión más precisa de las características de los individuos y grupos.

RESUMEN

El MMPI-A puede dar una perspectiva única sobre el ajuste de la personalidad de los adolescentes y una perspectiva objetiva de la evaluación multicultural. Este capítulo ha abordado la importancia de tener una versión clínicamente relevante y apropiada del MMPI para evaluar adolescentes. Se describió el desarrollo del MMPI-A y se presentaron las escalas clínicas y de validez revisadas junto con las mediciones basadas en el contenido que abordan un rango más amplio de los problemas específicos de los adolescentes. Se destacó la necesidad de un MMPI-A en español para evaluar a jóvenes que no son capaces de leer los ítems en inglés y se describieron dos traducciones al español. La primera traducción fue la del MMPI-A versión hispana, desarrollada para los adolescentes que viven en EUA y que no puede tomar el MMPI-A en inglés. La investigación ha demostrado que el MMPI-A versión hispana se puede usar con efectividad en otros países para evaluar los problemas y las conductas de los adolescentes. También se describió la versión mexicana del MMPI-A y se comparó el rendimiento de los adolescentes mexicanos con la muestra normativa estadounidense. Las comparaciones de los datos normativos de estas tres formas del MMPI-A muestran que los adolescentes son propensos a producir un rendimiento similar en las escalas MMPI-A (p. ej., obtener elevaciones de puntaje T relativamente similares para las escalas), independientemente de la versión de la prueba que hayan tomado.

SÍNTESIS

- El MMPI-A fue revisado para adolescentes en 1992 por medio de eliminar los ítems obsoletos o inapropiados, añadir nuevos ítems específicos de los adolescentes, desarrollar una muestra de referencia normativa específica y desarrollar varias escalas nuevas de problemas de los adolescentes.
- Con frecuencia se pide a los médicos en EUA que evalúen a los pacientes adolescentes hispanos que viven en EUA y que no leen en inglés o no lo entienden, muchos de ellos de habla hispana; por lo tanto, el MMPI-A se tradujo al español para evaluar los problemas de ajuste psicológico de estos adolescentes.

- Las normas apropiadas se recopilaron en muestras de adolescentes de habla hispana que viven en EUA, Puerto Rico y México (el país de origen de la mayoría de los inmigrantes adolescentes hispanos).
- El MMPI-A también ha sido adaptado y normado en México con una gran muestra de adolescentes mexicanos. Esta versión del MMPI-A ha sido objeto de investigaciones extensas y ha resultado un instrumento efectivo para entender la personalidad y los síntomas de los adolescentes mexicanos.
- El MMPI-A versión hispana y la versión mexicana del MMPI-A proporcionan normas que son altamente comparables con las normas del MMPI-A estadounidense, con puntajes medios similares y desviaciones estándar en las tres distribuciones normativas.
- Los médicos podrían escoger la versión más apropiada de estas formas del MMPI-A (con la población de referencia apropiada) para evaluar a los adolescentes hispanos en EUA, de acuerdo con las habilidades lingüísticas y el nivel de aculturación de los pacientes adolescentes.



INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL MMPI-A EN PACIENTES HISPANOS: ESTUDIOS DE CASO

Ya que hemos resumido las escalas del MMPI-A y explorado las traducciones y las adaptaciones al español, ahora podemos apreciar de manera específica cómo funciona el instrumento al describir a los pacientes hispanos. Los seis casos de estudio incluidos en este capítulo ilustran el MMPI-A en diversos contextos o aplicaciones, así como con un amplio rango de adolescentes. Estos ejemplos de casos incluyen a adolescentes hispanos provenientes de EUA, México y Perú. En la mayoría de los ejemplos, además del historial conductual, los problemas, perfiles del MMPI-A y puntos de interpretación, proporcionamos un informe interpretativo asistido por computadora sobre el paciente. Esta interpretación permite que el lector vea cómo funciona la interpretación objetiva de la prueba al representar los problemas de salud mental en los adolescentes con distintos orígenes.

CASO 1: UN ADOLESCENTE DELINCUENTE

Juan C., de 15 años de edad, fue citado para una evaluación psicológica en las instalaciones del reformatorio donde esperaba una audiencia del tribunal. Lo habían arrestado, junto con otros dos amigos, el fin de semana anterior por posesión de marihuana y por tener una botella abierta en su vehículo después de un incidente automovilístico que implicó una persecución por exceso de velocidad. Ese era el segundo arresto de Juan por un delito relacionado con drogas en los tres meses recientes. Después de la evaluación y la audiencia inicial con un mediador asignado para su caso, Juan fue liberado bajo la custodia de su madre en espera de una fecha de juicio posterior. Mientras tanto, el psicólogo designado por el tribunal recomendó que el adolescente entrara en un programa de tratamiento contra el consumo de alcohol y drogas debido a sus problemas de abuso de sustancias.

Originario de México, Juan tenía seis años de vivir en EUA con su madre y sus dos hermanos. Su padre no vivía con la familia la mayor parte del año, pues trabajaba en otro estado. Juan asistía a la escuela secundaria y había terminado el octavo

grado antes de enfrentar problemas académicos en sus clases de noveno grado. Había faltado mucho a la escuela y lo suspendieron tres meses a causa de una pelea. Cuando regresó a la escuela, lo colocaron en un programa escolar especial para adolescentes con problemas de conducta.

En la evaluación psicológica se determinó que Juan era capaz de leer y comprender el idioma inglés lo suficientemente bien como para entrevistarle y administrar pruebas en ese idioma. Sus perfiles de la prueba en el MMPI-A se muestran en las figuras 8-1, 8-2 y 8-3. La descripción del Informe Minnesota aparece en el recuadro 8-1.

Juan no dio seguimiento a su tratamiento de abuso de sustancias y no se presentó en el tribunal. Su madre reportó al mediador designado por el tribunal que Juan no había vivido en su casa durante el mes pasado y que desconocía su paradero. El Informe Minnesota aborda varias cuestiones en relación con el trastorno de adaptación de Juan, en particular sus problemas de conducta, su implicación en el consumo excesivo de sustancias y sus dificultades para relacionarse.

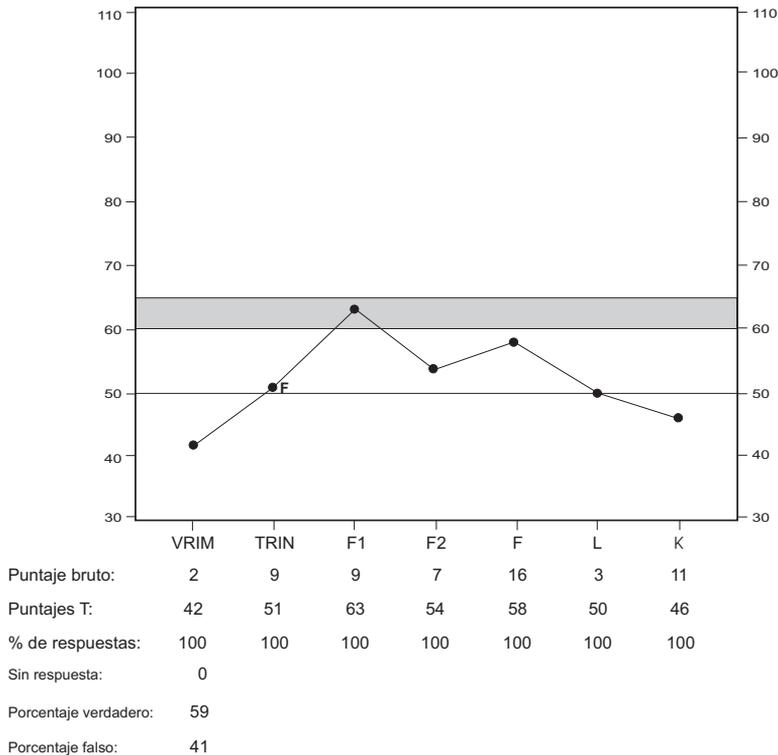


Figura 8-1. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Juan C. Las escalas incluyen VRIN (Inconsistencia de Respuestas Variables), TRIN (Inconsistencia de Respuestas Verdadero), F (Infrecuencia) L (Mentira), K (Actitud defensiva).

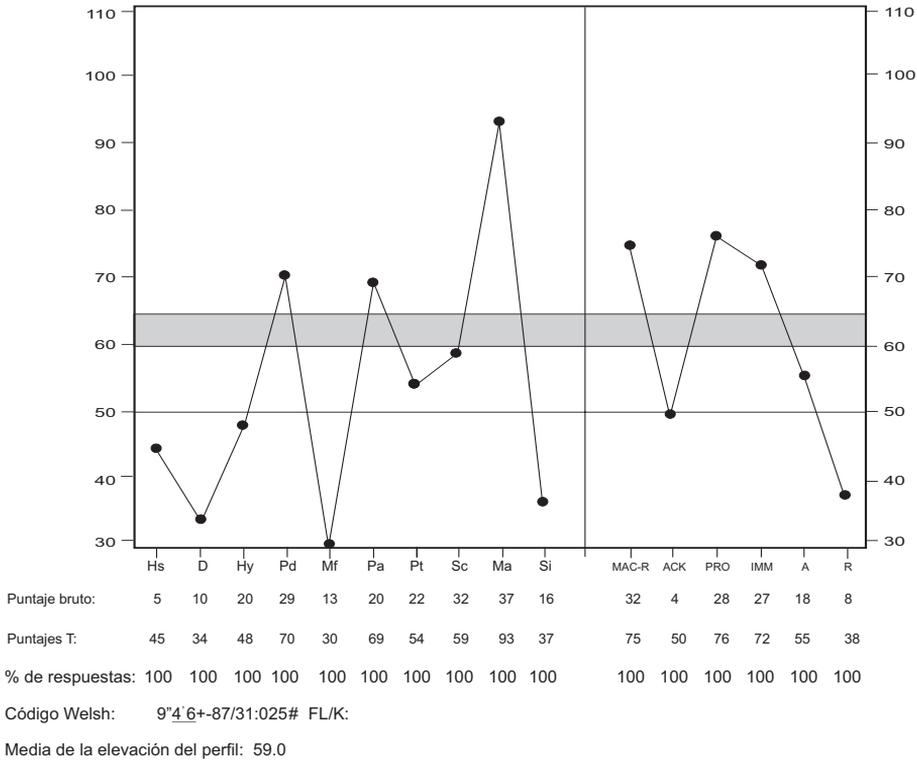


Figura 8-2. Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Juan C. Las escalas incluyen *HS* (Hipocondriasis), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación Psicopática), *Mf* (Masculinidad-feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía), *Si* (Introversión Social), *MAC-R* (Escala revisada de Alcoholismo de MacAndrew), *ACK* (Reconocimiento de Problemas con el Alcohol y/o las Drogas) *PRO* (Propensión problemas con las adicciones), *IMM* (Inmadurez), *A* (Ansiedad) y *R* (Represión).

Comentario: El perfil clínico del MMPI-A que se muestra en la figura 8-2, proporciona un resumen muy útil del desarrollo de los problemas de personalidad de Juan. Sus puntajes altos en el MMPI-A en las escalas *Ma* (Hipomanía), *Pd* (Desviación Psicopática) y *Pa* (Paranoia) reflejan la posibilidad de un *acting out* extremo, una conducta agresiva, como lo muestra el Informe Minnesota en el recuadro 8-1. Además, sus puntajes en las escalas de abuso de sustancias *MAC-R* (Escala revisada de Alcoholismo de MacAndrew) y *PRO* (Predisposición a problemas con las adicciones) indican el desarrollo de un problema de abuso de sustancias, pese a que su bajo puntaje en la escala de *ACK* (Reconocimiento de problemas con alcohol y drogas) indica que no admitió abiertamente sus problemas en el momento en que se le administró la prueba. Esta discrepancia en la escala se encuentra entre los individuos que abusan de sustancias y que niegan tener un problema con el alcohol o con las drogas. La interpretación asistida por computadora aborda los

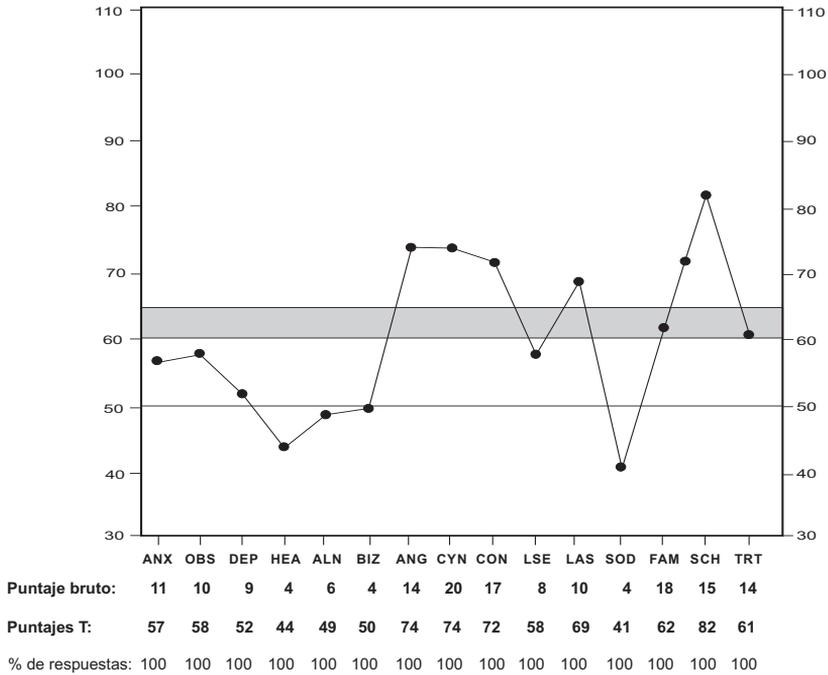


Figura 8-3. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Juan C. Las escalas incluyen A-ANX (Ansiedad), A-OBS (Obsesividad), A-DEP (Depresión), A-HEA (Preocupaciones por la salud), A-ALN (Alienación), A-BIZ (Pensamiento Extravagante), A-ANG (Enojo), A-CYN (Cinismo), A-CON (Problemas de conducta), A-LSE (Baja Autoestima), A-LAS (Aspiraciones limitadas), A-SOD (Incomodidad social), A-FAM (Problemas familiares) y A-TRT (Rechazo al tratamiento).

problemas que Juan experimentaba en el área de conducta agresiva y de problemas de abuso de sustancias. El informe también señala la posibilidad de que su conducta pudiera tener como base trastornos afectivos a los que es necesario dar seguimiento. Sus graves dificultades para adaptarse y los problemas de control de impulsos probablemente podrían continuar y su baja tolerancia a la frustración y la necesidad de estimulación constante podrían causar que continuara comportándose de manera imprudente o irresponsable. La inconstancia de Juan en su tratamiento contra el abuso de sustancias refleja la probabilidad de que no estuviera listo para modificar su patrón de conducta.

CASO 2: ADOLESCENTE MEXICANA SUICIDA

El siguiente caso se presenta con la finalidad de ilustrar el uso apropiado de MMPI-A en México. La paciente, que intentó suicidarse, fue evaluada con el MMPI-A y estuvo en tratamiento en un servicio psiquiátrico en la Ciudad de México. Para ilustrar la

RECUADRO 8.1

Informe Minnesota (Juan C.)

Consideraciones de la validez

Este adolescente respondió a los ítems de una manera cooperativa, por lo que produjo un MMPI-A válido. Es probable que sus perfiles sean una buena indicación de su funcionamiento actual de personalidad.

Conducta sintomática

Su perfil de las escalas clínicas en el MMPI-A sugiere graves dificultades de adaptación, como problemas para controlar sus impulsos. Su baja tolerancia a la frustración y su necesidad de estimulación constante hacen que se comporte de manera imprudente o irresponsable. Le gusta correr riesgos, es probable que consuma alcohol y otras drogas en exceso. Sus numerosos problemas de conducta incluyen conflictos con la autoridad, desajuste escolar y problemas familiares. Son evidentes sus graves problemas de conducta antisocial en vista de su puntaje elevado en la escala *A-CON* (Problemas de conducta). Los tribunales u otros funcionarios pudieron haber notado estos problemas.

Autoindulgente, hedonista, inmaduro e insolente si sus deseos se frustran, parece tener un exagerado sentido de autoimportancia y puede tener planes más bien grandiosos. Encanta y persuade a otros con facilidad pero en realidad puede sentirse muy inseguro e incapaz. Niega de manera excesiva tener problemas o tiende a culpar a los demás por ellos. Puede ser hiperactivo, inquieto, irritable y voluble. Es propenso a arrebatos de enojo cuando se frustra.

Sus dos escalas clínicas más altas en el MMPI-A, *Pd* y *Ma*, son las dos elevaciones más frecuentes entre adolescentes varones en los contextos de tratamiento tanto de problemas de salud mental como de alcohol y drogas. Más de 20% de los adolescentes varones en los programas de tratamiento tienen estas dos escalas prominentes en su perfil clínico. Cabe señalar que este par de puntaje alto es el segundo par de escalas más frecuente en las muestras normativas de los adolescentes varones (representa casi 6% de la muestra). Sin embargo, las elevaciones de las escalas *Pd* y *Ma* son por lo general más bajas en la muestra normativa que en las muestras de tratamiento de adolescentes.

Su perfil de escalas de contenido en el MMPI-A revela áreas importantes para considerar en su evaluación. Reporta varios problemas de conducta, como robar, hurtar en tiendas, mentir, romper o destruir propiedades, ser irrespetuoso, maldecir u objetar. Puede pertenecer a un grupo de pares que con frecuencia está en problemas y que estimula la conducta perversa. También es posible que tenga un bajo desempeño escolar y problemas de conducta en el colegio así como en casa. Puede manifestar una conducta de *acting out* agresiva u ofensiva, ya que reportó tener problemas considerables para controlar su ira. Puede parecer sumamente interesado en la violencia y en la agresión.

Este joven reporta varias dificultades en la escuela. Tal vez tenga un bajo desempeño académico y no participe en las actividades escolares. Puede tener un historial de ausentismo o suspensiones escolares. Es probable que tenga actitudes muy negativas hacia el colegio y, tal vez, reporte que estar con sus amigos sea el único aspecto positivo de ella. Tiene expectativas limitadas de éxito académico y no está muy interesado o involucrado en ser exitoso.

Relaciones interpersonales

Es francamente explosivo en sus relaciones interpersonales y utiliza su encanto y sus poderes de persuasión con los otros. Evita tener apegos efectivos profundos. Su conducta social puede estar mezclada con periodos de volubilidad y una expresión abierta de sentimientos negativos.

(continúa)

RECUADRO 8.1 (continúa)

Algunos problemas con sus relaciones se manifiestan gracias a que acepta en extremo los ítems en la escala *A-CYN* (Cinismo). Tiene un gran número de actitudes misantrópicas. El mundo es un lugar muy hostil para él y cree que los demás quieren atraparle. Considera que hay motivos escondidos siempre que alguien hace algo bueno por él. Piensa que es más seguro no confiar en nadie porque la gente tiene amistades para usarlas. Ya que cree que la gente, en su interior, no le agrada ayudar a los demás, reporta estar a la defensiva cuando las personas parecen ser más amistosas de lo que espera. Siente que los demás lo malinterpretan y piensa que están celosos de él.

Además de sus afirmaciones extremas en las escalas de contenido del MMPI-A, el paciente reporta otros problemas interpersonales importantes. Los problemas de control del enojo son significativos en su panorama clínico. Reporta una irritabilidad considerable, molestia e impaciencia con los demás. Las rabietas y la conducta agresiva pueden caracterizar sus interacciones. Indica varios problemas familiares y puede experimentar un incremento de desacuerdo con sus padres y otros miembros de la familia.

Estabilidad conductual

La elevación relativa de sus escalas clínicas más altas (*Pd* y *Ma*) sugiere que su perfil no está tan bien definido como muchos otros perfiles. Es decir, sus escalas más altas están muy cerca de sus siguientes elevaciones de puntaje. Podría haber algunos cambios de las elevaciones de escala más prominentes en el código del perfil si se somete a la prueba nuevamente en una fecha posterior. Este patrón de problemas de conducta e impulsividad pueden ser resistentes al cambio.

Consideraciones diagnósticas

Es posible diagnosticar que los adolescentes con este perfil clínico tienen uno de los de trastornos de conducta disruptiva, aunque también debe evaluarse la posibilidad de un trastorno ciclotímico. Su muy elevada escala *A-CON* puede indicar la presencia de un trastorno oposicional desafiante o un trastorno de conducta. En vista de su elevación en la escala *A-CON*, su evaluación diagnóstica podría incluir la evaluación de los posibles déficits en sus habilidades académicas y problemas de conducta. Los resultados escolares por debajo de lo exigido, una falta general de interés en cualquier actividad escolar y las bajas expectativas de éxito parecen ser esenciales en sus problemas.

El paciente obtuvo un puntaje extremadamente alto en las escalas *MAC-R* y *PRO*, lo cual indica un alto potencial para desarrollar problemas con el consumo de alcohol u otras drogas. Es posible que se involucre en conductas riesgosas y que tienda al exhibicionismo. Probablemente pertenece a un grupo de pares que consume alcohol u otras drogas. Posteriormente, será necesario evaluar su relación con un estilo de vida de abuso de drogas o de alcohol. Los problemas en el hogar o en la escuela se relacionan con sus problemas con alcohol u otras sustancias.

Sin embargo, no ha reconocido en sus respuestas a los ítems un consumo sustancial problemático de alcohol o de otras drogas. No está dispuesto a admitir los problemas con el alcohol u otras sustancias, o puede no estar consciente del grado al que su consumo interfiere con su capacidad para cumplir con sus responsabilidades.

Consideraciones de tratamiento

Los adolescentes con este perfil de escalas clínicas del MMPI-A tienden a ser malos candidatos a la psicoterapia tradicional. Aunque en un inicio puedan parecer agradables y cooperativos y parezca que “disfrutan” el tratamiento, se aburren pronto o se distraen con otras actividades e

RECUADRO 8.1 *(continúa)*

interrumpen el tratamiento antes de que haya un cambio de conducta significativo. Por lo tanto, una aproximación de manejo de la conducta puede ser lo mejor, a menos que se descubran otros problemas.

El alto potencial de este individuo para desarrollar problemas con el alcohol o con las drogas necesita atención en la terapia si se quiere realizar cambios de vida importantes. Sin embargo, su relativamente baja consciencia de o su negación a reconocer los problemas en esta área podrían impedir los esfuerzos de tratamiento.

Sería posible explorar las condiciones, en su entorno, que pudieran contribuir a su conducta agresiva y ofensiva. Los adolescentes con problemas de control del enojo pueden beneficiarse de las aproximaciones de modelo de comportamiento y de recompensas si su conducta es apropiada. El entrenamiento en inoculación de estrés u otras intervenciones cognitivas y conductuales podría aplicarse para enseñar el autocontrol. Las observaciones de su conducta alrededor de sus pares pueden proporcionar oportunidades para intervenir y prevenir las acciones agresivas hacia los demás.

Eligió algunos ítems que indican posibles dificultades para establecer una relación terapéutica. Podría estar reacio a autorevelarse, podría desconfiar de los profesionales que le brinden ayuda u otros y podría creer que sus problemas no tienen solución. Podría no estar dispuesto a asumir la responsabilidad por los cambios conductuales o planificar a futuro. Sus actitudes cínicas y sus creencias acerca de los otros y de sus intenciones escondidas podrían crear dificultades en la terapia. Su terapeuta debe estar consciente de su desconfianza general hacia los demás.

comparabilidad de las diferentes versiones de la prueba, los datos de perfil del MMPI-A se representan en una gráfica de acuerdo con normas tanto mexicanas como estadounidenses.

Gabriela G. era una adolescente mexicana de 15 años que intentó suicidarse porque su madre la descubrió teniendo relaciones sexuales con su novio. Es importante subrayar que en la cultura mexicana tener relaciones sexuales antes del matrimonio se considera inapropiado y “pecaminoso” para los adolescentes solteros, ya que se espera que la actividad sexual ocurra únicamente dentro de las relaciones maritales. Como resultado, la reacción inmediata de Gabriela fue finalizar todo contacto con su novio y sentirse enojada, molesta y que había decepcionado a su madre. Se sintió muy abatida e ingirió una gran cantidad de somníferos y antidepresivos. La hospitalizaron inmediatamente y la estabilizaron en el transcurso de unos días. Después fue enviada a tratamiento psiquiátrico, el cual continuó por varios meses. Gabriela protestó abiertamente por tener que estar en tratamiento y afirmó que éste no fue efectivo. Sin embargo, al mismo tiempo, siguió teniendo problemas académicos y de conducta en la escuela. Es importante destacar que era hija única y que su madre se había separado de su padre.

Como parte del tratamiento, a Gabriela se le aplicó el MMPI-A en español. Las figuras 8-4 y 8-5 presentan su desempeño trazado de acuerdo con las normas mexicanas y estadounidenses. Su perfil se considera válido e interpretable. Una revisión

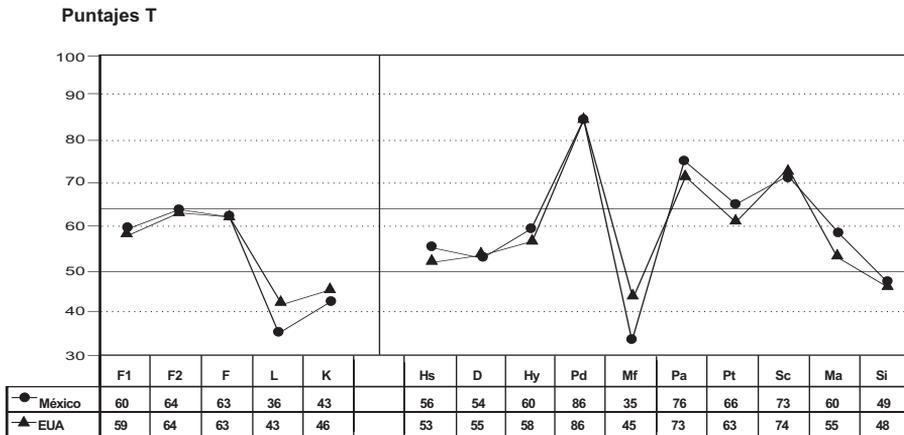


Figura 8-4. Perfil de la escala de validez y clínica del MMPI-A para Gabriela G. trazado sobre normas mexicanas y estadounidenses. Las escalas incluyen *F* (Infrecuencia), *L* (Mentira), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondriasis), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad - feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía), y *Si* (Introversión social).

del perfil de MMPI-A indica que obtuvo elevaciones clínicamente significativas (>65 T) en las siguientes escalas: *Pd*, *Pa* y *Sc* (Esquizofrenia).

Clínicamente, parece que Gabriela estaba resentida, irritable y enojada, en especial con aquellos con quienes tenía una mayor cercanía emocional. Una elevación en la escala *A-ALN* (enajenación) indica una tendencia a aislarse de los demás, a no compartir sus sentimientos, a sentirse incomprendida y a tener pocas habilidades de comunicación. Su perfil indica una aproximación de resentimiento y enojo hacia los otros, pues, en especial, se siente marginada. Además, el resultado también sugiere una tendencia a ser desafiante, engañosa, insolente y tal vez manipuladora y controladora.

Gabriela G. comentó que la habían descubierto copiando en la escuela y perdió un año académico. También afirmó que había experimentado con drogas y que varios de sus amigos la habían rechazado por consumirlas. Dijo que había terminado con su novio y parecía estar muy desilusionada de las relaciones. También le parecía más y más difícil hablar de sus “asuntos” o problemas. Las elevaciones en las escalas *A-TRT* (Rechazo al tratamiento) y *A-CYN* (Cinismo) indican que podría haber estado enojada y resentida, a la defensiva, cautelosa, cínica hacia el tratamiento, sarcástica, desafiante, y en general, insolente (véase figura 8-5).

Una revisión de las escalas suplementarias indica una elevación en la escala *PRO*, la cual evalúa la propensión hacia el consumo excesivo de alcohol y de sustancias. Aunque no admitió consumir ni experimentar con éstas de forma activa, la escala puede haber marcado el abuso de sustancias, legales o ilegales, como las que ella ingería. Una elevación en la escala *A* (Ansiedad) reafirmó una inadaptación general que incluía el automenoscabo.

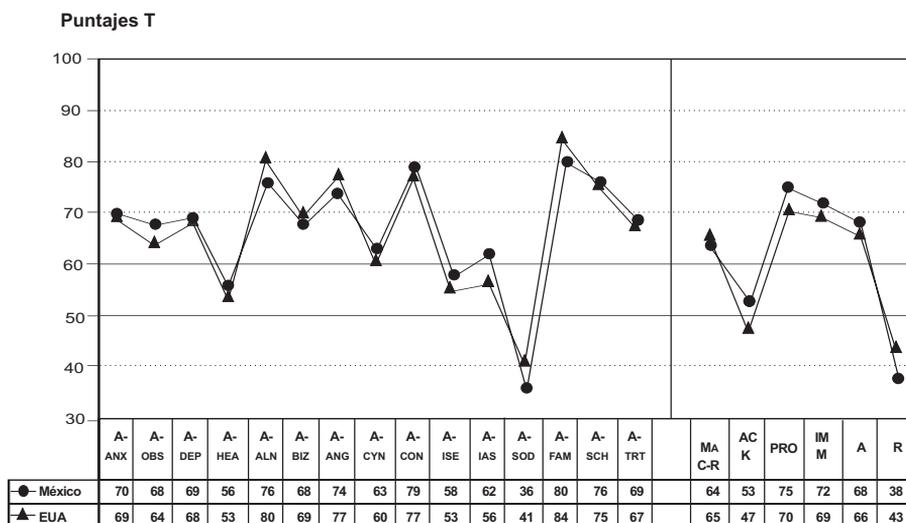


Figura 8-5. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Gabriela G. trazado sobre normas mexicanas y estadounidenses. Las escalas incluyen A-ANX (Ansiedad), A-OBS (Obsesividad), A-DEP (Depresión), A-HEA (Preocupaciones por la salud), A-ALN (Enajenación), A-BIZ (Pensamiento delirante), A-ANG (Enojo), A-CYN (Cinismo), A-CON (Problemas de conducta), A-ISE (Baja autoestima), A-IAS (Aspiraciones limitadas), A-SOD (Incomodidad social), A-FAM (Problemas familiares), A-SCH (Problemas escolares), A-TRT (Rechazo al tratamiento), MAC-R (Escala revisada de Alcoholismo de MacAndrew), ACK (Reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas), PRO (Propensión hacia el alcohol y abuso de sustancias), IMM (Inmadurez), A (Ansiedad) y R (Represión).

En general, se puede concluir, a partir del desempeño en la prueba y de las conductas de Gabriela, que era inmadura, carecía de fuerza del yo y de autoestima, y era egocéntrica. También se victimiza, no es capaz de ser flexible o abierta a la retroalimentación psicológica. Se le proporcionó retroalimentación terapéutica para ayudarla con sus actitudes y conductas desafiantes, iracundas, defensivas y rígidas. Dicha retroalimentación, aunque difícil de aceptar para ella, pareció afectarle a la larga hasta el punto de fomentar poco a poco algunos cambios positivos.

Comentario: El perfil del MMPI-A de Gabriela produjo en esencia los mismos puntajes T en los tres conjuntos de datos normativos: las normas para adolescentes mexicanos de Lucio, las normas en inglés, y las normas del MMPI-A versión hispana como se muestra en el cuadro 8-1. Los tres conjuntos de normas indican un perfil válido e interpretable que refleja el perfil clínico en el MMPI-A de Gabriela (véase figura 8-4) que muestra sus elevaciones prominentes en las escalas Pd, Pa y Sc que predicen su historial de conducta de *acting out* reciente y sus problemas de control de enojo.

CUADRO 8-1
Puntajes T de Gabriela G., una adolescente mexicana, para las normas en inglés del MMPI-A, las normas del MMPI-A versión hispana y las normas mexicanas de Lucio

Escala	Normas estadounidenses	Normas de la versión hispana	Normas mexicanas
<i>F1</i>	59	60	60
<i>F2</i>	64	60	64
<i>F</i>	63	61	63
<i>L</i>	43	38	36
<i>K</i>	46	44	43
<i>Hs</i>	53	53	56
<i>D</i>	55	56	54
<i>Hy</i>	58	58	60
<i>Pd</i>	86	84	86
<i>Mf</i>	45	37	35
<i>Pa</i>	73	74	76
<i>Pt</i>	63	65	66
<i>Sc</i>	74	72	73
<i>Ma</i>	55	54	60
<i>Si</i>	48	47	49

Nota: Las escalas incluyen *F* (Infrecuencia), *L* (Mentira), *K* (Actitud defensiva), *Hs* (Hipocondría), *D* (Depresión), *Hy* (Histeria), *Pd* (Desviación psicopática), *Mf* (Masculinidad-Feminidad), *Pa* (Paranoia), *Pt* (Psicastenia), *Sc* (Esquizofrenia), *Ma* (Hipomanía) y *Si* (Introversión social).

CASO 3: PROTECCIÓN DE NIÑOS

Susana D., una adolescente latina bilingüe, de 16 años, fue enviada a una evaluación por la oficina estatal de protección infantil (CPA, por sus siglas en inglés, *Child Protective Agency*). Susana creció en Colombia, donde fue educada y vivió con su familia paterna después del divorcio de sus padres, cuando era niña. Su madre emigró a EUA, donde finalmente se volvió a casar, tuvo más hijos y posteriormente se divorció. Cuando Susana cumplió 11 años, su abuela materna, que se había hecho cargo de ella, murió. Sin otros parientes que quisieran hacerse responsables del cuidado de Susana, se realizaron los arreglos para que pudiera reunirse con su madre en el este de EUA. Al momento de la evaluación, Susana había vivido y asistido a la escuela en la Unión Americana por lo menos cinco años.

La familia de esta adolescente se vio involucrada con el CPA estatal a raíz de que la paciente reveló a un consejero escolar que su madre abusaba físicamente de ella y la hacía asumir diversas responsabilidades en el hogar y con sus hermanos. Después de que la CPA fundamentó este informe, se colocó a Susana en otro hogar para proteger su seguridad. También se descubrió que su madre no se ocupaba de su propio tratamiento de salud mental. Además de estos problemas, Susana reportó que su madre la trataba

como a un extraño, tal vez debido a nuestra separación... pero ella espera que yo sea perfecta, no aprecia que hago lo que me pide, no le importa cómo voy en la escuela y cree que mis amigos son malos sin siquiera conocerlos.

Susana describe a su madre como “aislada”.

Pese a esos problemas, esta adolescente dijo que tenía buenas relaciones con otros miembros de su familia materna y que gracias a su apoyo, estoy bien, quiero seguir yendo a la escuela y ser exitosa en el futuro, tal vez ser médico o consejera. Reconoce que se siente deprimida esporádicamente, en especial cuando hay una discusión entre mi madre y yo... sólo me voy a mi habitación, lloro, y no quiero comer. Susana negó consumir sustancias en exceso o tener tendencias suicidas. Debido a que las dificultades con su ubicación en otro hogar no se relacionaban con su desajuste, se le evaluó cuando regresó a vivir con su madre. Por las cuestiones de seguridad ya mencionadas, una trabajadora social monitoreó muy de cerca a la familia.

Por medio de la evaluación, la cual incluyó mediciones del funcionamiento cognitivo, su competencia lingüística cognitiva y académica, una tarea de compleción de oraciones, dibujos y el MMPI-A, Susana fue cooperativa, obediente e hizo su mejor esfuerzo. Por lo tanto, se considera que los descubrimientos representan con precisión su nivel de funcionamiento. Se realizó una evaluación bilingüe, ya que Susana prefirió relatar su historial en español y responder los instrumentos de la prueba en inglés.

Aunque no tenía más de cinco años de vivir en EUA al momento de la evaluación y prefirió conversar en español, resultaba importante evaluar su competencia en ambas lenguas antes de determinar el idioma en el que se administraría el MMPI-A. Cuando ella comenzó la escuela en EUA, fue ubicada en un grupo de inglés como lengua extranjera y después se le transfirió a un grupo de educación regular totalmente en inglés, sin que tuviera dificultades académicas aparentes.

La evaluación paralela de sus competencias en inglés y en español reveló, sobre todo, que el nivel de competencia de Susana seguía siendo más alto en español que en inglés para la lectura, la ortografía, el razonamiento verbal y las tareas léxicas. Sin embargo, su puntaje en una actividad de competencia de habilidades lectoras en inglés estaba sobre el nivel requerido para el MMPI-A. Asimismo, se llevó a cabo una evaluación informal de la comprensión de los ítems de MMPI-A de Susana al hacerla responder y leer varios de ellos, lo cual verificó su comprensión del contenido. En vista de su bajo nivel de inglés, en relación con el español, se obtuvo un estimado de su habilidad cognitiva al utilizar una medición no verbal. En esta medición, Susana obtuvo un puntaje en el rango promedio.

Respondió a los 478 ítems del MMPI-A en la versión en inglés. Se aproximó al inventario de manera no defensiva y abierta, como se refleja en su puntaje de 43 en la escala *L* (Mentira). Su actitud no defensiva se refleja más adelante en su puntaje en

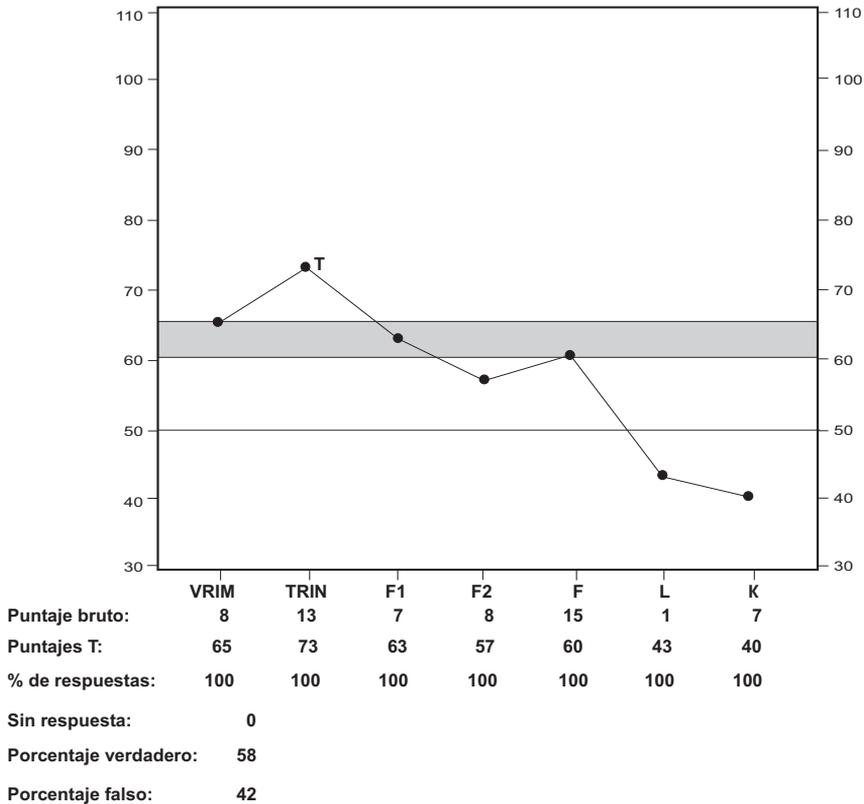


Figura 8-6. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Susana D. Véase figura 8-1 para las definiciones de la escala. T = verdadero.

la escala *K* (Actitud defensiva) de 40, el cual podría indicar la existencia de defensas más bien débiles y de vulnerabilidad emocional. Otras características de su aproximación hacia el inventario incluyen la tendencia a estar de acuerdo (*TRIN* [Inconsistencia de Respuestas verdadero] Puntaje bruto = 13) junto con cierto grado de aleatoriedad (*VRIN* [Inconsistencia de respuesta variables] = 65). Es posible que a pesar de su adecuado nivel de lectura en inglés, Susana se haya confundido con el contenido de la estructura de algunos ítems, lo cual la condujo a responder de manera inconsistente en algunos casos. Sus puntuaciones en la escala *F* (Infrecuencia) se encuentran en el rango de normal a alto, lo que indica que reconoce cierto grado de angustia emocional (véase figura 8-6).

El perfil de las escalas clínicas de Susana (véase figura 8-7) revela elevaciones en las escalas 2 (*D*, Depresión), 4 (*Pd*), 7 (*Pt*) y 8 (*Sc*). Dichas elevaciones indican dificultades emocionales múltiples relacionadas, en especial, con la depresión, preocupaciones acerca de su seguridad y de su futuro, conflictos familiares y alienación. Estas elevaciones parecen coincidir con la experiencia de Susana de sentirse

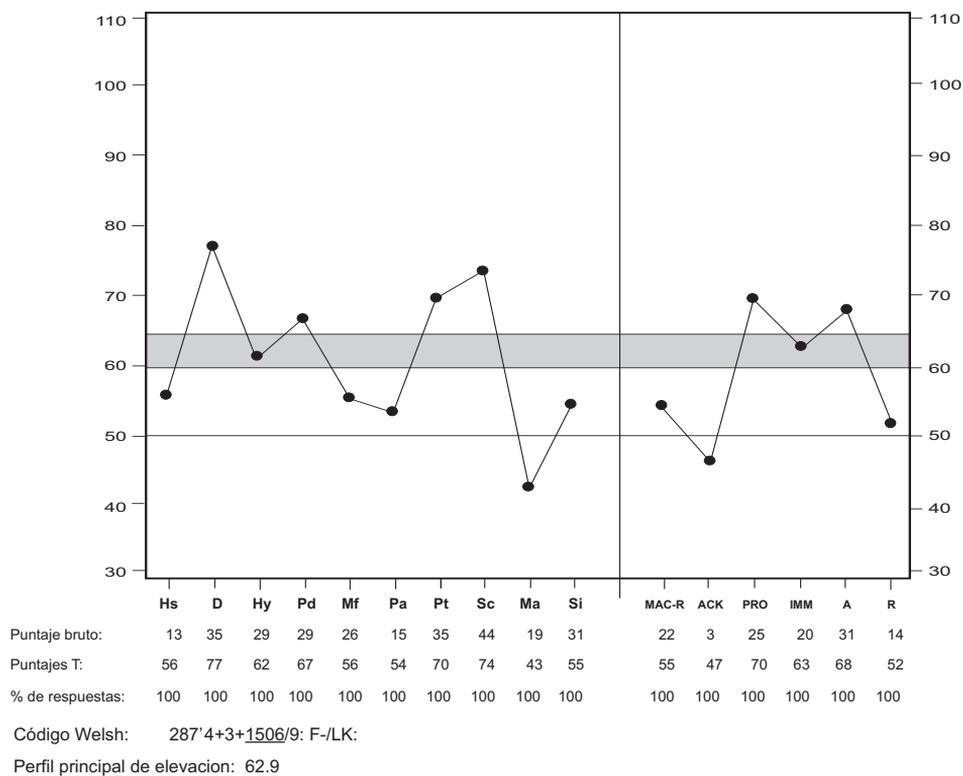


Figura 8-7. Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Susana D. Véase figura 8-2 para las definiciones de la escala.

indefensa y derrotada ante las expectativas poco realistas de su madre. Es probable que esta adolescente estuviera confundida y decepcionada de su relación con su madre, porque tenía la esperanza de construir gradualmente una relación positiva luego de su larga separación pero, en cambio, la relación, como ella lo describió, era “como entre extraños.” Adicionalmente pudo haber experimentado una gran confusión en vista de sus roles como una hija en la familia, pero también como responsable de los deberes del hogar y de los hermanos pequeños y como una adolescente en una cultura diferente. Por último, las propias dificultades emocionales y el inconsistente compromiso con el tratamiento por parte de su madre probablemente podían aumentar la angustia general de Susana y reflejarse por medio de las tendencias a preocuparse y a experimentar ansiedad, preocupación y hasta confusión acerca de su identidad. Las elevaciones en las escalas clínicas, en resumen, parecen captar dichas situaciones de manera precisa.

Además, el análisis del contenido de la escala 2 (D) revela elevaciones en todos los componentes, que oscilaron de los sentimientos subjetivos de depresión hasta las experiencias somáticas de afecto depresivo y pensamientos reflexivos. Las experiencias

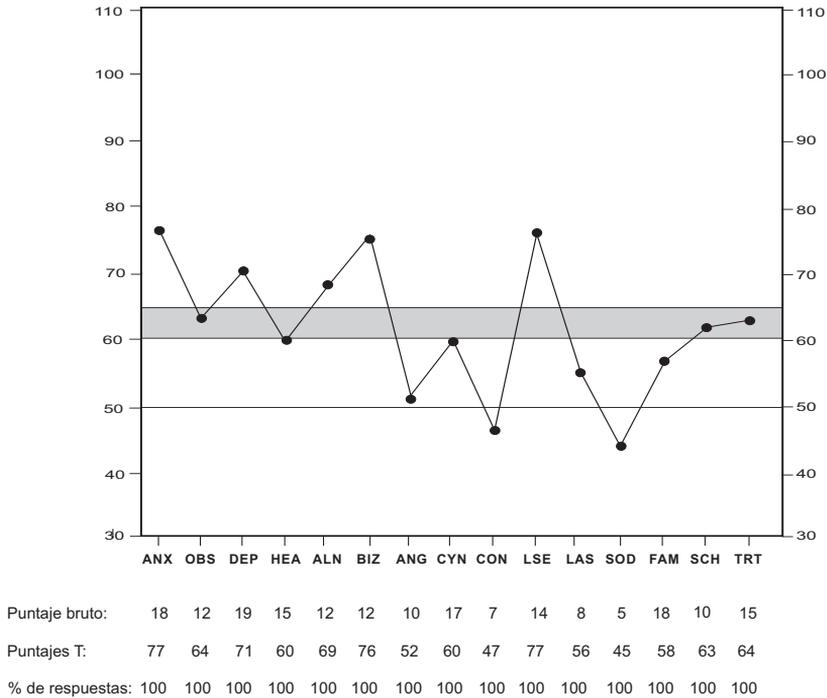


Figura 8-8. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Susana D. Véase figura 8-3 para las definiciones de la escala.

de autoalienación y enajenación social, así como un dominio yoico, se reflejan en las subescalas de las escalas 4 (*Pd*) y 8 (*Sc*).

En cuanto al perfil de las escalas de contenido (véase figura 8-8), hay también varias elevaciones que son muy consistentes con las observadas en el perfil clínico. Las elevaciones más significativas se encuentran en las escalas *A-ANX* (Ansiedad), *A-DEP* (Depresión), *A-ALN* (enajenación), *A-BIZ* (Pensamiento delirante) y *A-LSE* (Baja autoestima). Era probable que Susana experimentara una ansiedad generalizada en torno a múltiples situaciones, de acuerdo con la elevación en la escala clínica 7 (*Pt*, Psicastenia). Además de las elevaciones en las áreas de depresión y alienación, las escalas de contenido revelan que esta adolescente experimentaba baja autoestima (*A-LSE* = 77), lo cual es, a menudo, consistente con las múltiples experiencias negativas en sus antecedentes. Otras escalas de contenido, aunque no al nivel de interés clínico ($T = 65$), se acercan a él y podrían volverse significativas en el funcionamiento de Susana. Estas incluyen su puntaje en las escalas *A-OBS* (Obsesividad), *A-SCH* (Problemas en la escuela), y *A-TRT* (Rechazo al de tratamiento). Aunque está claro que Susana tuvo múltiples inquietudes y tendía a estar preocupada, sus dificultades también pudieron haber tenido algún impacto en su ajuste escolar general. También pudo experimentar problemas para comprometerse en

una relación terapéutica, porque pudo sentir miedo de poner en peligro el estatus de su familia, de estar más consciente de sus problemas emocionales y, tal vez, de confiar en otros fuera de su familia por temor a que la castigaran o la separaran del apoyo de sus familiares. Sin embargo, es de especial importancia la elevación que se observó en la escala *PRO*, la cual puede señalar la vulnerabilidad en su funcionamiento de la personalidad, y ponerla en riesgo de consumir sustancias en exceso.

Comentario: El perfil del MMPI-2 de Susana muestra un grave trastorno emocional en el que estaba abrumada por la ansiedad, la tensión y la depresión. Además, se sentía indefensa, sola, incompetente e insegura al momento de la administración de la prueba. Los síntomas que reportó en el MMPI-A, resumidos ampliamente en el Informe Minnesota (véase el recuadro 8-2), sugieren la necesidad de un tratamiento psicológico y del desarrollo de un entorno más alentador en el hogar.

CASO 4: EVALUACIÓN JUVENIL DEL TRIBUNAL

Carlos F., era un adolescente hispano, de 15 años, de origen dominicano a quien se envió a una evaluación después de comparecer ante el tribunal de menores por cargos de rebeldía/desobediencia. Además de no querer asistir a la escuela, Carlos abusaba tanto verbal como físicamente de su madre. Él vivió en la República Dominicana hasta que terminó el segundo grado de la escuela primaria. La familia se había establecido de manera permanente en EUA cuando Carlos ingresó al cuarto grado. Al momento de esta evaluación, él era estudiante de décimo grado y estaba reprobando todas las materias.

En una amplia entrevista, su madre reportó que los problemas de conducta de Carlos afectaban a todos los miembros de la familia, que no es capaz de aceptar un *no* como respuesta en lo que sea que quiera y que él “se enfurecía.” Al momento de esta evaluación, Carlos no había recibido ningún tratamiento psiquiátrico. La madre también proporcionó alguna información de desarrollo acerca de este adolescente; lo describió como un niño más bien tímido antes de que desarrollara algunos hábitos “poco comunes” alrededor de los tres años de edad, como negarse a comer si alguien se sentaba frente a él y manifestar un temor extremo en casi cualquier situación social. Además, el chico desarrolló una aversión a que lo tocaran y, al momento de esta evaluación, seguía preocupándose por ensuciarse o contaminarse, se lavaba las manos “constantemente” y tomaba baños “muy prolongados.” De acuerdo con la madre de Carlos, él se negaba rotundamente a asistir a cualquier terapia. El padre biológico del menor no se involucraba con la familia y su madre no se había vuelto a casar, ni había iniciado una nueva relación.

Cuando se le entrevistó de manera individual, Carlos se mostró como un adolescente agradable y educado. Fue demasiado evidente que abordó con cautela el proceso de evaluación porque tendía a responder las preguntas de una manera deli-

RECUADRO 8-2

Informe Minnesota (Susana D.)

Consideraciones de validez

Esta joven tuvo una tendencia a responder Verdadero de manera inconsistente sin prestar atención adecuada a los significados de los ítems. Pese a que su puntaje *TRIN* no es lo suficientemente elevado como para anular su MMPI-A, se sugiere tener cuidado al interpretar y utilizar los perfiles resultantes.

Conducta sintomática

Un patrón de desajuste psicológico caracteriza a los individuos con este perfil de escalas clínicas del MMPI-A. Esta persona está abrumada por la ansiedad, la tensión y la depresión. Se siente impotente, sola, incompetente e insegura. Cree que la vida no vale la pena y que nada está bien. Intenta controlar sus preocupaciones mediante la intelectualización y de un autoanálisis infructuoso, pero tiene problemas para concentrarse y tomar decisiones. Funciona en un bajo nivel de eficiencia. Tiende a reaccionar exageradamente aun ante un estrés menor y podría mostrar una rápido deterioro conductual. También tiende a culparse a sí misma por sus problemas. Su estilo de vida es caótico y desorganizado. Puede estar preocupada por ideas religiosas confusas.

Su alto puntaje en la escala *D* es el segundo puntaje máximo más frecuente en las muestras clínicas (más de 18%). Este puntaje *D* también es frecuente entre las jóvenes normativas (más de 14%). El puntaje *D* es elevado por encima de un T de 65 para cerca de 20% de las jóvenes en las muestras clínicas pero para sólo 10% de las jóvenes en la muestra normativa. Las respuestas extremas son evidentes en su perfil de las escalas de contenido del MMPI-A. Ella aceptó, al menos, 90% de los ítems en la escala *A-ANX* en la dirección anómala, lo cual indica que lo siguiente es muy importante para entender su situación problema. Reporta varios síntomas de ansiedad, tensión y preocupación. Puede tener pesadillas frecuentes, irregularidades del sueño y dificultades para dormir. La vida representa mucha tensión para ella y podría sentir que sus problemas son insuperables. La domina un sentimiento de temor, así como las dificultades para concentrarse y realizar alguna tarea.

Además de las afirmaciones extremas que se encontraron en su perfil de escalas de contenido del MMPI-A, la paciente también describe otras áreas-problema importantes. Reporta diversos pensamientos y experiencias extraños, los cuales podrían incluir alucinaciones, ideas persecutorias o sentimientos de que otros la controlan. Podría estar preocupada de que algo está mal con su mente.

Los síntomas de depresión son muy prominentes en sus respuestas al MMPI-A. Afirma sentirse triste, fatigada, tener ataques de llanto y pensamientos de autodesprecio. Su vida podría parecerle poco interesante y sin valor. Sus sentimientos de soledad, pesimismo e inutilidad son prominentes. Aceptó varias opiniones muy negativas acerca de ella misma. Reportó sentirse fea, carente de seguridad en sí misma, sentirse inútil, tener pocas habilidades y muchos defectos y no ser capaz de hacer algo bien. Podría ser fácilmente influenciable.

Relaciones interpersonales

Las relaciones personales problemáticas también son características de los adolescentes con este perfil clínico. Parece que esta persona carece de habilidades sociales básicas y es retraída. Aunque tiende a ser dependiente, y a veces melosa, podría relacionarse con los demás de manera ambivalente, pues nunca confía o ama por completo a nadie. Muchos individuos con este perfil clínico nunca establecen relaciones duraderas o profundas. Las relaciones personales de esta paciente pueden ser poco provechosas o pueden carecer de valor. Parece sentirse incompetente e insegura en sus relaciones con los demás.

RECUADRO 8.2 (continúa)

El perfil de las escalas de contenido del MMPI-A sugiere algunos problemas interpersonales. Esta joven reporta sentirse distante de los demás. Le parece que otras personas son poco comprensivas con ella. Se siente rechazada y cree que nadie la entiende. Reporta algunas actitudes misantrópicas, lo cual indica su desconfianza hacia los demás y sus motivos. Podría estar a la defensiva cuando las personas parecen mucho más amistosas de lo que, en su opinión, deberían ser.

Estabilidad conductual

La relativa elevación de sus escalas clínicas más altas (*D*, *Pt* y *Sc*) sugiere una clara definición del perfil. Su escala clínica más elevada tal vez esté presente en su patrón de perfil si se somete de nuevo a la prueba en una fecha posterior. Podría desarrollar un gran patrón conductual más bien crónico. Los adolescentes con este perfil clínico tienen una vida desorganizada y de infelicidad dominante. Podrían tener episodios de conducta más intensa y perturbada como resultado de un nivel de estrés elevado.

Consideraciones de diagnóstico

Es posible diagnosticar que los adolescentes con este perfil de escalas clínicas del MMPI-A presenten trastornos por ansiedad o distímicos. También son posibles las características del desarrollo de tendencias esquizoides. Esta joven reporta diversos pensamientos y conductas extravagantes. Si estas experiencias no pueden explicarse por la intoxicación por alcohol u otras drogas, los problemas orgánicos, una mala interpretación de los ítems, o una exageración intencional de psicopatología, es necesario considerar un proceso psicótico. Su extrema aceptación de síntomas múltiples basados en la ansiedad debe considerarse en su diagnóstico.

Los adolescentes con puntajes muy altos en la escala *PRO* por lo general reportan estar involucrados con un grupo de pares que consume alcohol u otras drogas. Esta participación del adolescente en un estilo de vida de consumo de alcohol y de drogas debe evaluarse posteriormente. Los problemas en la escuela o en el hogar son probables si se considera la relación de la paciente con el alcohol y con otras drogas. Sin embargo, no ha reconocido en sus respuestas a los ítems el consumo substancial problemático de alcohol o de otras drogas. Podría no tener la disposición de admitir sus problemas con el alcohol u otras sustancias o tal vez no esté consciente del grado al que su consumo interfiere con su habilidad para cumplir con sus responsabilidades.

Consideraciones de tratamiento

Muchos individuos con este perfil clínico buscan y requieren tratamiento psicológico para sus problemas. Debido a que varias de estas dificultades tienden a ser crónicas, puede ser necesario un esfuerzo terapéutico intensivo con el objetivo de obtener un cambio significativo. Porque los pacientes con este perfil clínico suelen tener muchas preocupaciones psicológicas y situacionales, a menudo es difícil que mantengan la concentración en el tratamiento.

Tal vez la paciente necesite mucho apoyo emocional en este momento. Su inseguridad y sentimientos de inadecuación le dificultan movilizarse hacia la acción terapéutica. Sus expectativas de cambios positivos en la terapia pueden ser bajas. Una actitud positiva es importante para ella si se quiere que el tratamiento tenga éxito.

Los adolescentes con este perfil clínico tienden a tener ideaciones exageradas y cavilaciones y las autodudas. Tienden a no aprovechar la terapia no estructurada orientada al *insight* y, de hecho, podrían deteriorar su funcionamiento si se les pide que sean introspectivos. Esta persona puede responder mejor al tratamiento de apoyo directivo y orientado a una meta.

(continúa)

RECUADRO 8.2 *(continúa)*

Su alto potencial para desarrollar problemas con el alcohol o con las drogas requiere atención en terapia si quieren lograr cambios de vida importantes. Sin embargo, su relativamente baja consciencia de rechazo a reconocer los problemas en esta área podría impedir los esfuerzos del tratamiento.

Los adolescentes con este perfil clínico podrían presentar un claro riesgo de suicidio. Esta paciente adolescente debería evaluarse para determinar la presencia de pensamientos suicidas y de cualquier posible conducta suicida. Si está en riesgo, deben tomarse las precauciones apropiadas.

Aceptó algunos ítems que indican las posibles dificultades para establecer una relación terapéutica. Podría negarse a la autorevelación, ser desconfiada de la ayuda profesional y de otros y creer que sus problemas no tienen solución. Podría, además, no querer asumir su responsabilidad para el cambio conductual o para planear su futuro.

Esta distancia e incomodidad emocional de los adolescentes en las situaciones interpersonales deben considerarse en el desarrollo de un plan de tratamiento. Podría tener dificultades para autorevelarse, en especial en grupos, así como no apreciar el recibir una retroalimentación de otros acerca de sus problemas de conducta.

berada y objetiva después de lo que parecía ser una consideración cuidadosa de sus respuestas. En resumen, Carlos describió que su familia “se llevaba muy bien” y minimizó las preocupaciones de su madre acerca de su conducta violenta. Sólo admitió que su problema era cuando me enoja, pero eso pasa nada más cuando tengo que repetirle y repetirle las cosas a mi madre y no me responde o no me da la respuesta que quiero. De lo contrario, Carlos se describió a sí mismo como una persona “normal” quien no experimentó síntomas de depresión, ideación o planes suicidas o experiencias perceptuales inusuales. Negó la mayoría de las preocupaciones conductuales que su madre reportó.

Como parte de su evaluación, se le administró a Carlos la prueba de niveles cognitivos y de aprovechamiento y mediciones de autoinforme del funcionamiento de personalidad y emocional, incluido el MMPI-A. El chico prefirió que lo entrevistaran y evaluaran en inglés, aunque tendía a comunicarse con su madre en español. Ya que Carlos recibió toda su educación en inglés desde el cuarto grado y nunca había tenido una educación bilingüe, la entrevista y la prueba se realizaron en inglés. Carlos fue cooperativo y obediente con los procedimientos de la prueba, y se considera que los resultados obtenidos representan su nivel de funcionamiento.

La evaluación cognitiva revela un nivel promedio general de habilidad, con una relativa fortaleza en las tareas que implican procesos de memoria y visuales más que en las tareas que involucran procesos lingüísticos. Los puntajes de lectura y comprensión de este adolescente se encuentran dentro del rango promedio para su grupo de edad, lo cual indica que podía tomar el MMPI-A sin ningún problema.

En uno de los inventarios de autoinforme que realizó, en el que pudo proporcionar respuestas relativamente abiertas, Carlos describió que tenía buenas relaciones

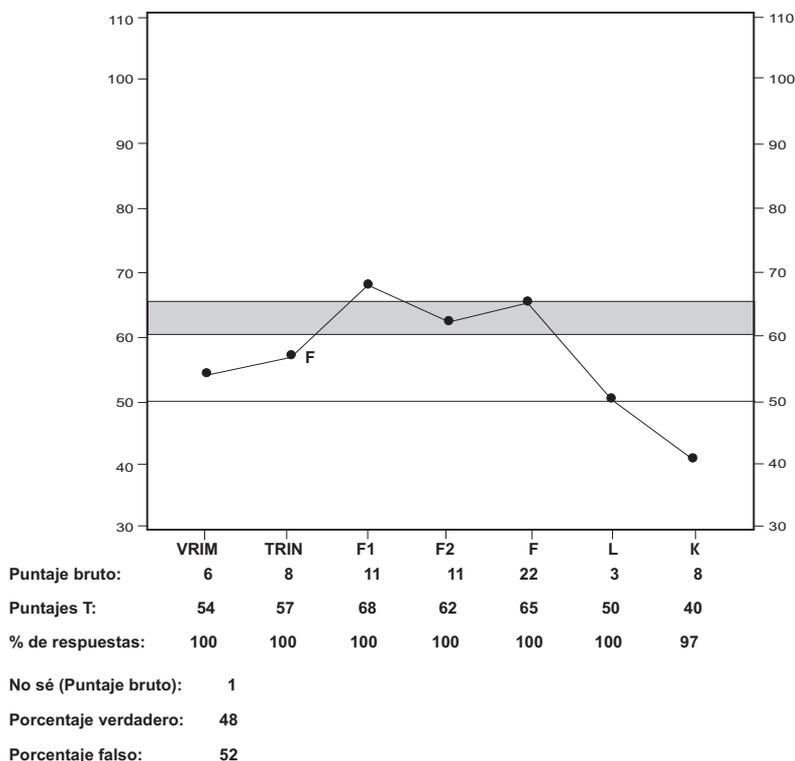


Figura 8-9. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Carlos F. Véase figura 8-1 para las definiciones de la escala. F = falso.

con su familia y con sus compañeros de escuela. Afirmó que sus problemas en el colegio se debían a los profesores porque no siempre entiendo las tareas que piden. Es interesante que Carlos también reconociera que tendía a hacerse amigo de quienes “se meten en problemas” y que “a veces” desobedecía a su madre y se sentía celoso. Además, reconoció tener problemas de impulsividad, introversión social, mal carácter y suspicacia.

Carlos contestó los 478 ítems de la versión en inglés del MMPI-A. Los índices de validez revelan que Carlos se aproximó al inventario de una forma abierta ($L = 50$) y que sus defensas fueron más bien débiles ($K = 40$). No se evidenciaron conjuntos de respuestas extremas o respuestas aleatorias (puntaje bruto $TRIN = 10$; puntaje bruto $VRIN = 6$). Sin embargo, su perfil revela que reconoció tener síntomas de angustia emocional, como lo indicó su puntaje F de 65 (véase figura 8-9).

El perfil de las escalas clínicas de Carlos (véase figura 8-10) revela dos elevaciones en el nivel clínico, a saber, la escala 9 (*Ma*, Hipomanía) y 0 (*Si*, Introversión Social). Estas elevaciones tienden a reflejar las dificultades de Carlos con la impulsividad y posiblemente otros aspectos de su funcionamiento, tales como inflación

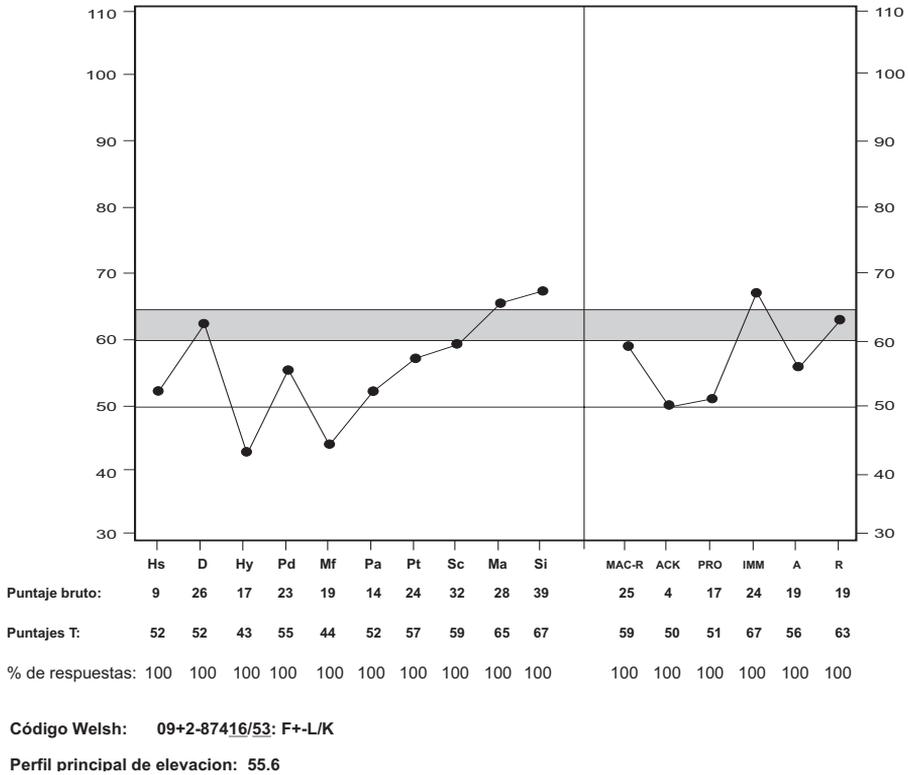


Figura 8-10. Perfiles de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Carlos F. Véase la figura 8-2 para las definiciones de la escala.

yoica y la amoralidad. Además, la elevación en la escala 0 refleja los problemas de ajuste social permanentes que Carlos ha experimentado desde la infancia. Cabe destacar que la escala 2 (*D*), aunque no a un nivel clínicamente importante, se encuentra en un nivel alto normal y debe considerarse en la interpretación global del perfil y del ajuste de Carlos. Es muy probable que muchas de las dificultades de este adolescente posean un sustrato afectivo. El análisis de las subescalas revela que las correspondientes a la escala 2 (*D*), asociadas con el retraso psicomotor y la torpeza mental, parecen elevadas, con una elevación alta normal en los síntomas físicos. Estas elevaciones parecen concordar con las observaciones de la madre acerca de la tendencia de Carlos a aislarse y a mostrar metas y aspiraciones limitadas. También es interesante la elevación en la subescala de la escala 4 (*Pd*) relacionada con problemas de autoridad, los cuales fueron predominantes en la presentación conductual de Carlos en la casa y en la escuela. Otras subescalas clínicas de las escalas 8 (*Sc*), 9 (*Ma*), y 0 (*Si*) se muestran en el perfil de las subescalas. Específicamente, la elevación en *Sc*3 se asocia con la experiencia de un control bajo sobre los pensamientos, lo cual puede reflejar las ansiedades y preocupaciones encubiertas de

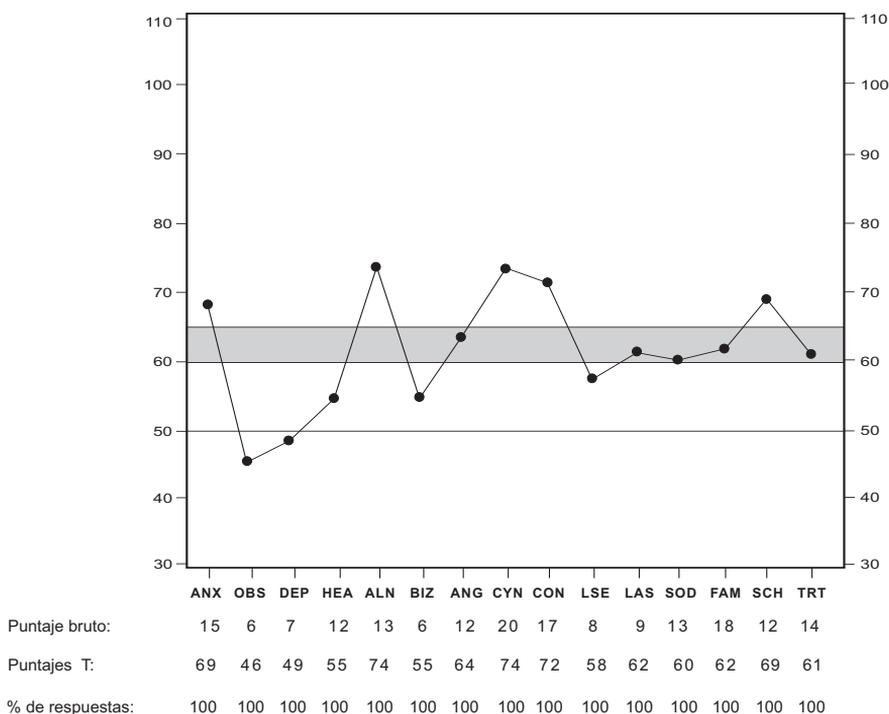


Figura 8-11. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Carlos F. Véase la figura 8-3 para las definiciones de la escala.

Carlos. La elevación en la escala *Mal* se relaciona con la amoralidad, que en el caso de este joven puede vincularse con un bajo nivel de consciencia del impacto de sus acciones sobre los otros y sus tendencias a minimizarlas o a justificarse diciendo que “la culpa es de los demás”. De acuerdo con la historia dominante de funcionamiento interpersonal deficiente, la evaluación en la escala *Si2* se relaciona con la evitación activa de situaciones sociales, lo cual se manifestó en Carlos desde temprana edad.

El perfil de las escalas de contenido (véase la figura 8-11) revela elevaciones en varias escalas relacionadas con muchos de los problemas que se presentan en Carlos. Estas escalas son: *A-ANX*, *A-ALN*, *A-CYN*, *A-CON* (Problemas de conducta adolescentes), y *A-SCH*, las cuales parecen captar las dificultades conductuales de este joven en una forma específica, como se reflejó en las elevaciones *A-CON* y *A-SCH* en especial. También resulta interesante que esta escala de *A-CYN* sea elevada, lo que podría considerarse como consistente con las actitudes generales que han sido descritas en Carlos. Sin embargo, su puntaje en la escala *A-ANG* (Enojo), aunque en nivel alto normal, no alcanza el criterio de $T = 65$. El análisis de componente y contenido de esta escala, así como para otras escalas altas normales como *A-LAS* (aspiraciones limitadas), *A-SOD* (Incomodidad social), y *A-FAM* (Problemas

familiares), podría ser útil. Los indicadores de riesgo de abuso de sustancias aparecen dentro del rango normal. No obstante, un indicador de inmadurez también está elevado. Esto parece coincidir con varias características conductuales de Carlos descritas por su madre, tales como su participación en rituales tranquilizantes infantiles cuando está molesto, hacer rabietas y sentir disgusto cuando está lejos de casa. Su mamá informó que como parte del proceso inicial de comparecencia, Carlos había sido enviado temporalmente a una institución de atención residencial para tratar su violencia física y su ausentismo frecuente en la escuela, pero no fue capaz de tolerar estar lejos de casa y finalmente regresó a su hogar con la condición de que cumpliera con todas las expectativas presentadas por la corte.

Comentarios: El desempeño en el MMPI-A de Carlos indica la fuerte posibilidad de un trastorno conductual. Su desempeño en la escala de contenido *CON* y la elevación en *Ma* sugieren un patrón de conducta que refleja actitudes contra la autoridad, un *acting out* agresivo, una conducta impulsiva y desprecio por los demás que tal vez persistan a menos que la intervención pueda lograr que se produzcan más controles conductuales. El Informe Minnesota (véase recuadro 8-3) indica que es probable que Carlos no vea su necesidad de tratamiento y entonces no participe por completo en los planes de tratamiento. Algunas indicaciones para el tratamiento conductual se incluyen como un medio encaminado a lograr que se produzcan más controles conductuales sobre sus comportamientos agresivos.

CASO 5: DEPRESIÓN ADOLESCENTE

Este caso fue resumido por E.M. Lucio (2000) en un compendio de casos escogidos por los talleres del MMPI-2 y del MMPI-A para ilustrar la interpretación clínica de la prueba en contextos internacionales. Se utilizó la versión mexicana del MMPI-A, traducida originalmente por E. Lucio *et al.* (1994), en la evaluación.

Alejandro Q., un hombre de 18 años, había concluido la preparatoria y estaba esperando ingresar a la universidad. Es difícil ser aceptado en las universidades públicas de México y esta situación hace que los adolescentes y sus padres estén ansiosos. Recientemente, Alejandro no había logrado ingresar a una universidad pública y estaba muy deprimido. Pertenecía a una clase social media alta en la ciudad de México, su comprensión de lectura era muy buena y su familia era bien educada (ver figuras 8-12, 8-13 y 8-14).

Alejandro entró a tratamiento psicológico para su estado de depresión. Su psicoterapeuta lo envió a una evaluación con el fin de obtener un panorama de sus estados de ánimo y de conducta actuales. Alejandro buscó orientación para investigar qué opciones de carrera profesional debía seguir.

Su madre era profesora de historia del arte en una universidad y pertenecía a una familia de clase social alta; al momento de esta evaluación, ella tenía 50 años

RECUADRO 8-3

Informe Minnesota (Carlos F.)

Consideraciones de Validez

Este es un MMP-A válido. El individuo se mostró cooperativo con la evaluación y parece estar dispuesto a revelar información personal. Puede haber cierta tendencia de su parte a ser demasiado franco y a exagerar sus síntomas en un intento por obtener ayuda. Puede estar abierto a la idea de recibir orientación psicológica si sus perfiles en el MMPI-A reflejan síntomas psicológicos que requieren atención.

Conducta sintomática

El perfil de las escalas clínicas en el MMPI-A del paciente muestra, en este momento, relativamente pocos problemas psicológicos. Parece ser dinámico, entusiasta y activo. Está implicado en varias actividades. Aunque parece ser muy seguro de sí mismo, puede sobreestimar sus capacidades y forzarse demasiado con proyectos que son difíciles de cumplir.

Es posible que niegue sus dificultades y vea el lado positivo incluso ante los problemas. Por lo general es espontáneo y expresivo, pero también impulsivo; prefiere la acción que la reflexión y tiende a ser un tanto indiferente hacia los detalles. Parece que disfruta correr riesgos. Los adolescentes varones con esta configuración de perfil clínico del MMPI-A tienen una de las escalas de puntaje alto más frecuentes, el puntaje en la escala *Ma*, entre las poblaciones de tratamiento. Más de 16% de los jóvenes varones en los programas de tratamiento tienen este puntaje en la escala principal en su perfil. Es necesario notar que su puntaje alto también es el puntaje máximo más frecuente en la población normativa (21%), aunque, a menudo, tiene un nivel más bajo de elevación que en las muestras de tratamiento. En las muestras clínicas, el puntaje *Ma* se eleva por encima de un puntaje T de 65 en 18% de los casos, mientras que casi 11% de la muestra normativa tiene esta escala elevada por encima de un puntaje T de 65.

Su perfil de las escalas de contenido MMPI-A revela áreas importantes que se deben tener en cuenta en su evaluación. Reportó muchos problemas conductuales, como sustraer objetos, robar en tiendas, mentir, dañar o destruir propiedades, faltar al respeto, maldecir o desafiar. Puede ser que pertenezca a un grupo de pares igual que a menudo está en problemas y que impulsa una conducta anormal. Además, es posible un aprovechamiento académico deficiente y los problemas conductuales en la escuela, así como problemas de conducta en casa.

Este joven reporta numerosas dificultades en la escuela. Probablemente tenga un aprovechamiento académico deficiente y no participe en las actividades escolares. Puede tener un historial de ausencias o suspensiones en el colegio. Es probable que tenga una actitud negativa hacia la escuela, y tal vez reporte que el único aspecto positivo de la escuela sea estar con sus amigos. Asistir al colegio puede provocarle cierta ansiedad o miedos. Reporta muchos síntomas de ansiedad, como preocupaciones excesivas y trastornos del sueño. Puede tener dificultades de concentración y atención, lo cual causa que a veces se confunda. Probablemente la vida es una presión para él, y puede creer que sus problemas son tan grandes que no será capaz de resolverlos.

Relaciones interpersonales

Es probable que a veces el comportamiento egocéntrico produzca un conflicto interpersonal. No está muy abierto a considerar su contribución a estas dificultades. Algunos problemas con sus relaciones son obvios en su aceptación extrema de los ítems en la escala *A-CYN*. Tiene varias actitudes misantrópicas. El mundo es un lugar muy hostil para él, y cree que otros lo persiguen. Busca motivos ocultos cada vez que alguien hace algo bueno por él. Cree que es más seguro no confiar en nadie, porque las personas hacen amigos para usarlos. Ya que a la gente en su interior le desagrada ayudar a los demás, él reporta estar a la defensiva cuando las personas parecen ser

(continúa)

RECUADRO 8.3 (continúa)

más amigables de lo que él espera. Se siente incomprendido por los demás y piensa que le tienen envidia. Además de sus respuestas aprobatorias extremas en las escalas de contenido del MMPI-A, reporta otros problemas interpersonales significativos. Siente una considerable distancia emocional con respecto a los demás. Puede creer que otras personas no lo aceptan, no lo comprendan ni se preocupan por él. Dice no tener a nadie en quien confiar, ni siquiera sus padres y amigos. Indica varios problemas familiares y puede experimentar un creciente desacuerdo con sus padres y otros miembros de la familia. Reportó varios problemas en las relaciones sociales. Se le dificulta estar con otras personas y prefiere estar solo. También reportó cierta irritabilidad e impaciencia hacia los demás. Puede tener problemas para controlar su enojo.

Estabilidad conductual

La relativa elevación de su escala clínica más alta (*Ma*) señala una definición clara del perfil. Sus escalas clínicas más elevadas probablemente estén presentes en su patrón de perfil si se somete nuevamente a la prueba en una fecha posterior.

Consideraciones diagnósticas

No se proporciona ningún diagnóstico clínico para este perfil de las escalas clínicas del MMPI-A. Sin embargo, es necesario evaluar los posibles problemas de autoridad e impulsividad. La escala *A-CON* (Problemas de conducta) sumamente elevada del paciente puede indicar la presencia de un trastorno oposicional desafiante o de un trastorno conductual. Dada su elevación en la escala *A-SCH* (Problemas escolares), su evaluación diagnóstica incluiría la valoración de un posible déficit en las habilidades académicas, y problemas de conducta. Su aceptación de varios síntomas basados en la ansiedad debe tenerse en cuenta en su diagnóstico.

Aunque las escalas de problemas con el alcohol y con otras drogas no son elevadas, él tiene otros indicadores de posibles problemas en esta área. Se sugiere una evaluación del consumo de alcohol u otras drogas.

Consideraciones del tratamiento

Los adolescentes con este perfil clínico que están en un contexto de tratamiento sin hospitalización a menudo ven que no hay necesidad para una terapia. Si los otros perfiles del MMPI-A o evaluaciones adicionales no revelan más problemas, estos pacientes pueden entrar a terapia sólo por la insistencia de otros. En estas circunstancias será difícil lograr un cambio conductual.

Los perfiles de las escalas de contenido sugieren ciertas áreas sintomáticas que el terapeuta debe considerar en las sesiones iniciales de tratamiento. Los problemas de conducta de este adolescente pueden responder mejor a las estrategias de manejo de contingencias, tal como el contrato conductual. Su aceptación de varios síntomas basados en la ansiedad también podría ser explorada con más detenimiento.

El paciente aceptó algunos ítems que indican posibles dificultades para establecer una relación terapéutica. Puede estar renuente a la autorevelación, desconfiar de la ayuda de los profesionales y de los demás y creer que sus problemas no tienen solución. Puede no estar dispuesto a asumir la responsabilidad de su cambio conductual o de hacer planes para el futuro. Sus actitudes y creencias cénicas acerca de los demás y sus motivos ocultos pueden crear dificultades en la terapia. Su terapeuta debe estar consciente de la desconfianza general del paciente hacia los demás.

La distancia emocional y la incomodidad de este adolescente en las situaciones interpersonales deben considerarse al desarrollar un plan de tratamiento. Puede tener dificultades de autorevelación, especialmente en grupos. Es posible que no valore la retroalimentación de los otros acerca de su conducta o sus problemas.

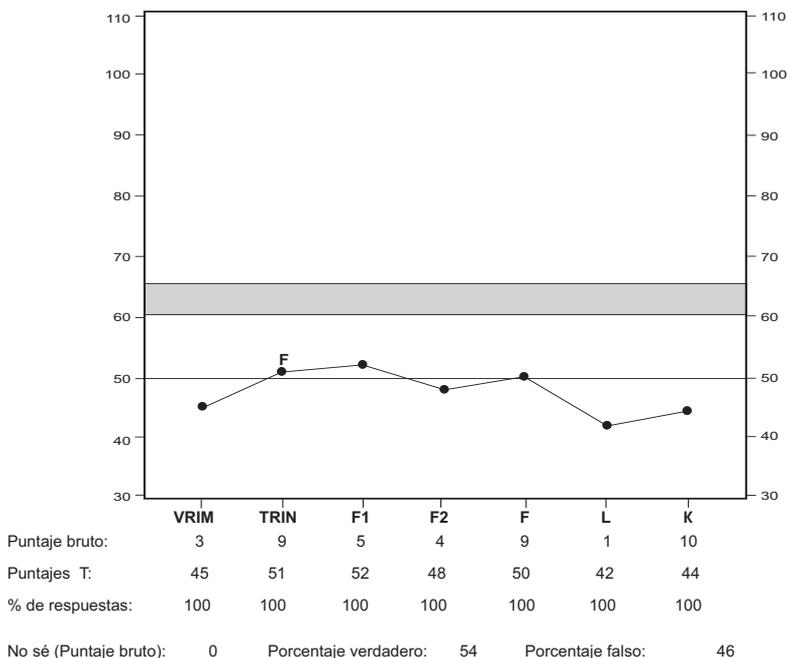


Figura 8-12. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Alejandro Q. Véase la figura 8-1 para las definiciones de la escala. F = falso.

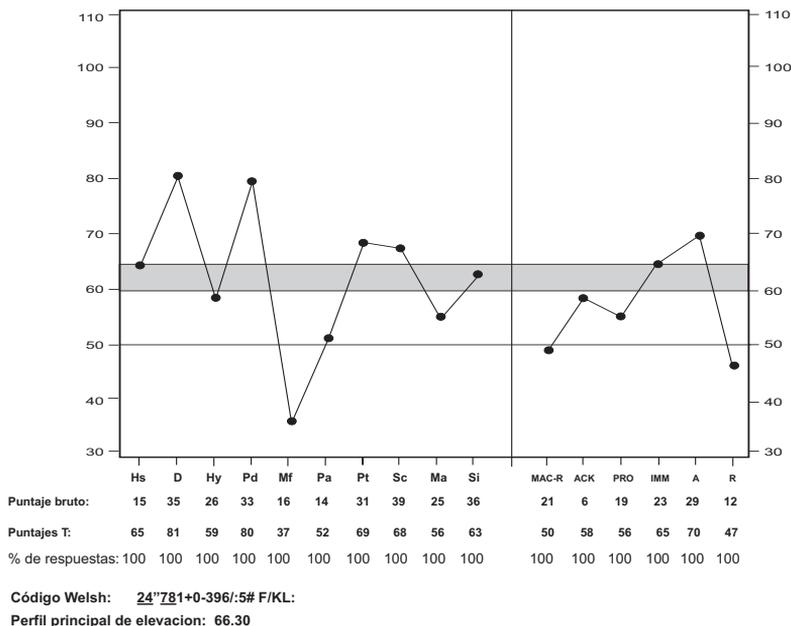


Figura 8-13. Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Alejandro Q. Véase la figura 8-2 para las definiciones de la escala.

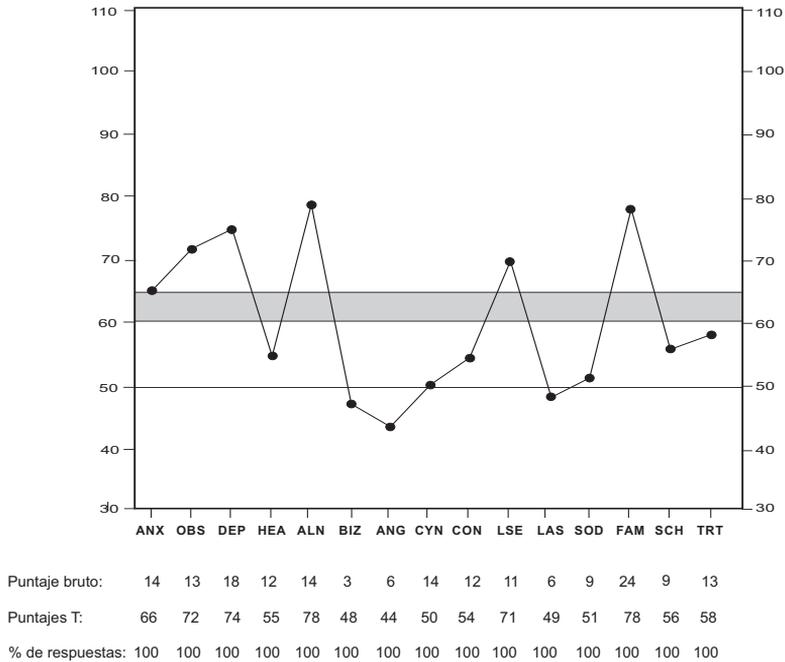


Figura 8-14. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Alejandro Q. Véase la figura 8-3 para las definiciones de la escala.

de edad. Su padre era cirujano, de una familia de clase media, y tenía 57 años en el momento de la evaluación. Alejandro tenía dos hermanas menores, una de 15 años y otra de 13. Sus padres se divorciaron cuando él tenía 10 años, así que vivía con su padre en el momento de la evaluación. Sin embargo, unos meses antes, había vivido con su madre, sus dos hermanas y su padrastro. Su madre se había casado seis años atrás y no tuvo hijos con su segundo esposo.

En el momento de la evaluación, Alejandro no asistía a la escuela. Había terminado la preparatoria en un colegio privado. Antes de que reprobara los exámenes de admisión, primero en una universidad pública y después en una privada, era un estudiante sobresaliente; sus calificaciones siempre eran altas. Fue enviado a evaluación porque no sabía qué carrera escoger y también porque estaba deprimido, así que su psicoterapeuta quería saber cuáles eran sus aptitudes e intereses. La psicóloga que realizó la evaluación decidió administrar el MMPI-A, porque pensó que algunas veces los rasgos de personalidad y los síntomas pueden interferir con la decisión de una persona acerca de qué carrera elegir. En la escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler, alcanzó un puntaje de CI (coeficiente intelectual) de 119.

Alejandro estaba deprimido y no mostraba interés en nada. Sus síntomas eran trastornos del sueño, como hipersomnia, sentimientos de insignificancia, habilidad

disminuida para pensar o concentrarse e indecisión. También había sido rechazado por la joven con quien tenía una relación. Sentía que sus amigos lo estaban tratando de forma diferente porque había reprobado el examen de admisión a la universidad.

Estaba tratando de escoger entre estudiar medicina y química. Su madre no quería que estudiara medicina porque sentía que requería un compromiso educativo excesivamente largo. Para empeorar las cosas, a pesar de que su padre no le dijo qué estudiar, Alejandro sintió que a aquél le gustaría que estudiara medicina. El joven pensó que también le gustaría estudiar literatura pero estaba indeciso. Le gustaba la química, pero no esto no lo entusiasmaba. Sentía que tal vez no era lo suficientemente bueno para estudiar algo.

Alejandro dijo que peleaba constantemente con su madre porque era demasiado estricta y hacía muchas comparaciones entre él y sus hermanas; ella trataba mejor a sus hermanas. También discutía con el padre debido a que éste quería que Alejandro hiciera algo mientras aguardaba tomar de nuevo el examen de admisión en la universidad, pues no estudiaba ni trabajaba, y el papá pensaba que estaba deprimido porque se levantaba muy tarde en las mañanas. El muchacho dijo que no consumía alcohol ni drogas y que nunca había sido arrestado ni enviado a prisión.

De acuerdo con el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (cuarta edición *American Psychiatric Association*, 1994), el diagnóstico de Alejandro podría ser un trastorno de ajuste con un estado de ánimo depresivo. Se encontraba en tratamiento de psicoterapia con una orientación psicodinámica. No estaba tomando ningún medicamento en el momento de la evaluación, pero más tarde empezó a ingerir medicamentos antidepresivos. Durante el curso de la psicoterapia, Alejandro llegó a cierta resolución con respecto a sus planes de carrera y estaba decidido a dedicarse a la química cuando entrara a la universidad.

Comentario: Alejandro continuó con el tratamiento psicológico por un tiempo y mostró una notoria mejoría. Se le proporcionaron los resultados del MMPI-A y los encontró útiles. Más tarde fue admitido en una universidad pública. Decidió solicitar un lugar en la carrera de química y aprobó el examen de ingreso. Esto disminuyó las actitudes negativas que tenía acerca de sí mismo. Su relación con sus pares mejoró porque no sentía que fuera a fracasar.

El MMPI-A detectó los principales problemas de Alejandro: su baja autoestima, que no correspondía con sus habilidades; la significativa ansiedad que estaba experimentando, y la crisis de identidad por la que atravesaba, lo cual apareció en la elevación según la escala de enajenación. El Informe Minnesota (véase recuadro 8-4) describió la mayor parte de los síntomas y de la conducta. Sin embargo, no tuvo la precisión de sugerir que este joven podía presentar de una conducta de *acting out* y problemas con el consumo de alcohol o drogas. Alejandro no había actuado de forma impulsiva antes. De hecho, era tímido, pesimista y rígido. Estaba preocu-

RECUADRO 8-4

Informe Minnesota (Alejandro Q.)

Consideraciones acerca de la Validez

Este es un MMPI-A válido. El paciente no negó los problemas ni afirmó un número excesivo de síntomas inusuales. Su puntaje bajo en la escala *K* indica una autoevaluación demasiado franca. Tal vez presenta un panorama más negativo de lo que permitido. Esto puede reflejar una necesidad de atraer atención hacia sus problemas.

Conducta sintomática

Este perfil clínico del MMPI-A de este adolescente refleja un alto grado de angustia psicológica en este momento. Se mostró algo tenso y deprimido y puede sentirse agitado por los problemas en su entorno. Puede estar experimentando mucho estrés luego de un periodo de conducta de *acting out*, la cual tal vez incluya problemas de consumo de alcohol u otras drogas.

Parece estar desarrollando un patrón de control de impulsos deficiente y una falta de aceptación de los estándares sociales. También puede estar enojado por su situación actual y culpar a otros por sus problemas, así como estar buscando un alivio temporal de su estrés situacional. Es posible que intente manipular a otros al hacer uso de sus síntomas con el fin de escapar de la responsabilidad de los problemas que él ha creado.

Sus dos escalas clínicas más altas en el MMPI-A, *D* y *Pd*, que están claramente elevadas por encima de otras escalas, constituyen la tercera combinación más frecuente de escalas de dos puntos bien definidas entre los adolescentes en contextos de tratamiento de salud mental y de consumo de alcohol/drogas. Más de 3% de los adolescentes varones en los programas de tratamiento tienen este patrón de perfil claramente definido. Se debe notar que este par de puntaje alto bien definido es menos común en la muestra normativa, en donde ocurre en menos de 1% de la muestra.

Las respuestas extremas son evidentes en el perfil de las escalas de contenido del MMPI-A de este paciente. Él aceptó al menos 90% de los ítems en la escala *A-OBS*, en la dirección anómala, lo cual indica que lo siguiente es muy importante para entender su situación problemática. Reporta preocupaciones irracionales, a menudo por asuntos triviales. Puede sentirse abrumado por pensamientos intrusivos (p. ej., "malas palabras") o cosas sin importancia. Puede tener problemas para dormir debido a sus preocupaciones. Tomar decisiones le resulta un problema y los cambios le provocan miedo.

Además de las elecciones extremas encontradas en su perfil de las escalas de contenido del MMPI-A, el paciente también describe otras áreas problema importantes. Los síntomas de depresión son muy prominentes en sus respuestas al MMPI-A. Reporta tristeza, fatiga, ataques de llanto y pensamientos de autodesprecio. Su vida le puede parecer poco interesante y carente de valor. Sobresalen los sentimientos de soledad, pesimismo e inutilidad. Reporta varios síntomas de ansiedad, como tensión, preocupación y dificultades para dormir, y acepta varias actitudes muy negativas acerca de sí mismo y de sus habilidades.

Relaciones interpersonales

Sus relaciones pueden ser algo superficiales. Puede usar a otros para su propia satisfacción. Es un tanto hedonista y puede actuar de forma impulsiva sin mostrar el debido interés hacia los sentimientos de los amigos o familiares. Probablemente ha experimentado relaciones interpersonales difíciles.

Es algo tímido, con algunas ansiedades e inhibiciones sociales. Es un poco hipersensible acerca de lo que otros piensan de él y en ocasiones se preocupa por sus relaciones con los otros. Parece ser un tanto inhibido en las relaciones personales y en las situaciones sociales, y puede

RECUADRO 8.4 *(continúa)*

tener cierta dificultad al expresar sus sentimientos hacia los demás. Es posible que trate de evitar las muchedumbres, las fiestas o las actividades escolares.

El perfil de las escalas de contenido del MMPI-A sugiere algunos problemas interpersonales. Los problemas familiares son muy relevantes en la vida de esta persona. Reporta una gran cantidad de problemas con sus padres y otros miembros de la familia. Describe a su familia en términos de discrepancia, envidia, crítica, enojo, inconformidad grave, falta de amor y comprensión y comunicación muy limitadas. Espera el día en que pueda dejar su casa para siempre y siente que no puede contar con su familia en los momentos problemáticos. Sus padres a menudo desaprueban a sus amigos. Indica que lo tratan como a un niño y suelen castigarlo sin causa alguna. Sus problemas familiares probablemente tengan un efecto negativo en su conducta en la escuela.

Él siente una distancia emocional considerable con respecto a los otros. Puede creer que las personas no lo aprecian, no lo entienden o no se preocupan por él. Dice no tener a nadie en quien confiar, ni siquiera sus padres y amigos.

Estabilidad conductual

La elevación relativa de las escalas más altas (*D*, *Pd*) en su perfil clínico muestra una definición del perfil muy alta. Es probable que sus puntajes máximos sigan siendo muy prominentes en su patrón de perfil si se somete a la evaluación una vez más en una fecha posterior.

Este perfil clínico refleja algunas características maladaptativas que podrían convertirse en problemas de personalidad. Aunque parece estar experimentando mucha angustia aguda, sus problemas de personalidad pueden continuar después de que las tensiones actuales disminuyan y se sientan más estables.

Consideraciones diagnósticas

Un adolescente con este perfil clínico puede recibir un diagnóstico de trastorno oposicional o conductual con algunas características depresivas. Su extrema aceptación de síntomas múltiples basados en la ansiedad debe ser considerada en su diagnóstico. Las obsesiones recurrentes, como el pensamiento obsesivo, pueden ser parte de su panorama diagnóstico.

Aunque las escalas de problemas con el consumo de alcohol y otras drogas no son elevadas, el paciente tiene algunos otros indicadores de problemas posibles en esta área. Se sugiere una evaluación de su consumo de alcohol u otras drogas.

Consideraciones del tratamiento

Este joven considera que tiene tantos problemas que no es capaz de funcionar de forma efectiva en las situaciones cotidianas. Su bajo estado de ánimo y su actitud pesimista repercuten en él de manera negativa y, al parecer, evitan que actúe para mejorar su situación. Su poca tolerancia a la frustración y sus actitudes negativas acerca de sí mismo pueden ser muy perjudiciales para progresar en el tratamiento y pueden requerir atención y apoyo en las primeras sesiones de terapia, con el fin de evitar que se desanime.

Algunos individuos con este patrón en el MMPI-A tratan de manipular a otros mediante gestos suicidas cuando sus necesidades no se satisfacen. Ya que el abuso de sustancias es una gran posibilidad entre los individuos con este perfil clínico, es necesario monitorear con cuidado cualquier uso de medicamentos. Este paciente debe ser evaluado para determinar la presencia de pensamientos suicidas y cualquier posible conducta de ese tipo. Si está en peligro, se deben tomar precauciones adecuadas. Su situación familiar, que está llena de conflictos, debe considerarse

(continúa)

RECUADRO 8.4 (continúa)

en su plan de tratamiento. La terapia familiar puede ser útil si sus padres o tutores están dispuestos y pueden trabajar en la resolución del conflicto. Sin embargo, si la terapia familiar no es factible puede ser aconsejable que durante el curso de su tratamiento se explore su ira considerable y su decepción por su familia. Las fuentes alternativas de apoyo emocional por parte de los adultos (p. ej., padres adoptivos, maestros, otros familiares, padres de los amigos o vecinos) podrían explorarse y facilitarse en ausencia del cuidado de los padres. Es necesario considerar la distancia emocional y la incomodidad de este adolescente en situaciones interpersonales al desarrollar un plan de tratamiento. El paciente puede tener dificultades de autorrevelación, especialmente en grupos. Puede ser que no valore la retroalimentación de los demás acerca de su conducta o de sus problemas. Aceptó el contenido que señala un deseo de tener éxito en la vida. Puede haber algunos aspectos positivos acerca de la escuela que podrían reforzarse. Esto sería un gran valor que hay que cimentar durante el tratamiento.

pado y tenía problemas para tomar decisiones. La alta escala 4 estaba relacionada con sus problemas familiares, los cuales exageró porque estaba sensible y deprimido cuando tomó el MMPI-2. La elevación de la escala 4 también podría deberse a que se juzgó a sí mismo y también a su padre, quien lo había apoyado, de manera muy estricta. Las características depresivas fueron más importantes que la conducta de oposición. Estaba decepcionado cuando reprobó el examen de admisión y sentía distinto a sus pares. Había algunas pequeñas diferencias entre las normas mexicanas y las estadounidenses y, tal vez, el informe sería más preciso si se usaran las normas mexicanas.

CASO 6: UNA ADOLESCENTE AGRESIVA

El caso final de este capítulo, una adolescente de Perú, se incluye en este libro para demostrar la generalizabilidad de las normas hispanas en otros países latinoamericanos. El caso fue proporcionado por Pampa & Scott (2000) y desarrollado para el compendio de casos de los talleres del MMPI-2 y del MMPI-A sobre los estudios de caso internacionales del MMPI-A para ilustrar la interpretación transcultural de la prueba. La traducción hispana usada en este caso fue la versión hispana oficial de la *University of Minnesota Press* para el MMPI-A, elaborada por Garcia-Peltoniemi *et al.* (1998). El MMPI-A versión hispana ha sido usado y estudiado ampliamente en Perú y demuestra la utilidad del instrumento en otros contextos de habla hispana.

Adriana L., de 17 años en el momento de la evaluación, era hija única. Sus padres se divorciaron cuando tenía tres años de edad. Vivía con su madre y su padrastro. Su madre se había vuelto a casar cuando Adriana tenía cinco años.

Esta chica fue enviada a terapia porque se volvió violenta con su madre y le fracturó un brazo. Según se informa, había manifestado muchas conductas abe-

rrantes: agresividad, bulimia y problemas con las drogas y con el alcohol. Su mamá también había estado en terapia por varios años y había sido internada varias veces en un hospital por depresión e insomnio. Su padre biológico era un alcohólico que fue muy abusivo con la madre de Adriana; ésta fue la razón del divorcio de sus padres. Su papá se casó otra vez y tiene otra hija. Él había continuado bebiendo hasta hacía poco.

Cuando Adriana tenía 15 años, presentó varios síntomas de bulimia. Más recientemente, había tenido un ataque de bulimia voluntario o reflejo, al menos, dos veces por semana.

Al los 16 años, esta chica empezó a fumar y a beber alcohol (en una semana tomaba alrededor de tres vasos de ron y refresco de cola y varias botellas de cerveza). Reconoció que se emborrachaba con facilidad y que a veces se volvía agresiva. También empezó a consumir marihuana en los parques públicos, pero había dejado de hacerlo cuatro meses antes de la evaluación. Ella había tenido problemas con la policía, fue acusada de narcomenudeo y estaba bajo escrutinio judicial. Fumaba cuatro cigarrillos por día al momento de la evaluación.

Adriana tenía muchas dificultades en la escuela. Reportó problemas con algunas de sus clases, en especial matemáticas, química y física. Sus fracasos escolares requerían que repitiera el séptimo grado. Fue expulsada de la escuela por agresividad y por fumar y había estado en escuelas secundarias distintas. En el momento de la evaluación, estaba en onceavo grado y su rendimiento era deficiente.

Su relación con su padre no era particularmente problemática, en parte porque no había mucha comunicación. La mayor parte del tiempo, él estaba borracho y continuaba actuando de forma agresiva con la madre de Adriana, pues a menudo la insultaba. La joven sólo vivía con su papá de manera esporádica, y él nunca fue bueno con ella; aunque la insultaba, nunca la dañó físicamente. Justo antes del momento de la evaluación, su padre había intentado cambiar su conducta; había dejado de tomar 20 meses antes y dijo que quería tener una buena relación con su hija y con su ex esposa. La relación de Adriana con su padrastro parecía ser mejor, así como que ella lo respetaba más. Era muy estricto con ella y siempre insistía en que fuera honesta. Él la reprendía cuando tomaba, fumaba o se comportaba de manera inapropiada.

La relación con su madre era problemática. Discutían con frecuencia debido a la conducta de Adriana, en especial por el alcohol y la bulimia. No obstante, la chica dijo que amaba a su madre y que no quería lastimarla, sólo que a veces perdía el control. No recordaba cuando le rompió el brazo a su mamá; dijo que lo hizo cuando estaba ebria. Le había prometido a su madre que cambiaría, algo que no había cumplido porque sentía que su mamá era sobrecontroladora. Afirmó que la bulimia empezó como una forma de llamar la atención de su mamá. También causaba problemas porque no quería limpiar el desorden después de los incidentes de vómito que iniciaba al introducir su dedo en la garganta. Cuando su mamá no la dejaba salir con

sus amigos, Adriana le decía que iba a suicidarse y que sería su culpa (ver los perfiles en las figuras 8-15, 8-16, y 8-17).

Comentario: Como se presenta en el capítulo siete, ya sea que se usen las normas hispanas para EUA o las normas estándar en inglés para EUA, los resultados son prácticamente los mismos. Como se observa en la figura 8-18, el perfil de Adriana, trazado sobre las normas hispanas del MMPI-A, dio como resultado perfiles sumamente comparables a los que aparecen en la figura 8-15 (escalas de validez) y la figura 8-16 (escalas clínicas). El Informe Minnesota (véase el recuadro 8-5), que resume el desempeño de Adriana en el MMPI-A, aborda los problemas de personalidad y agresividad que demostraba en sus relaciones con su madre.

RECUADRO 8-5. Informe Minnesota (Adriana L.)

Consideraciones de validez

Este es un MMPI-A válido. Ella no está negando los problemas ni afirmando un número excesivo de síntomas inusuales. Su bajo puntaje en la escala *K* sugiere una autoevaluación demasiado franca, por lo que posiblemente presente un cuadro más negativo que el permitido. Esto puede reflejar una necesidad para atraer la atención a sus problemas.

Conducta sintomática

Los adolescentes con estos perfiles de escalas clínicas muestran un patrón extremo de desajuste psicológico que combina problemas de *acting out* con conductas más neuróticas y dependientes. Este individuo tiende a llevar la contraria, a resistirse, ser artero y deshonesto. Puede ser excesivamente sensible cuando las cosas no salen como ella quiere. Su comportamiento es impredecible y es muy temperamental. Puede burlarse, intimidar y dominar a sus pares. Sus problemas de control del enojo pueden ser pronunciados. Es posible que tenga problemas de consumo de alcohol u otras drogas, y tener dificultades en la escuela. Además, es posible que tenga problemas antisociales más graves, como un *acting out* sexual.

También puede aferrarse y depender de los adultos (p. ej., buscar su ayuda, querer estar con ellos). Puede estar abrumada porque cree que es mala o que merece un castigo grave. Estas ideas pueden adquirir una cualidad obsesiva. Paradójicamente, también tiende a exteriorizar sentimientos de culpa.

La escala clínica más alta en su perfil clínico del MMPI-A, *Pd*, ocurre con mucha frecuencia en unidades de tratamiento psiquiátrico o contra el consumo de alcohol/drogas para adolescentes. Más de 24% de las chicas en contextos de tratamiento tienen este puntaje máximo bien definido (esto es, con la escala *Pd* al menos 5 puntos más alta que la siguiente escala). La escala *Pd* está entre las elevaciones máximas que ocurren con menos frecuencia en la muestra de la normativa de chicas (alrededor de 3%).

Su perfil en la escala de contenido del MMPI-A revela áreas importantes que deben considerarse en su evaluación. Reportó varias experiencias y pensamientos extraños, que pueden incluir alucinaciones, ideas persecutorias o sentimientos de que otros la controlan. Puede estar preocupada de que algo esté mal en su mente.

Reporta muchos problemas conductuales, como sustraer objetos, robar en tiendas, mentir, dañar y destruir propiedades, ser irrespetuosa, maldecir y desafiar. Puede pertenecer a un grupo

(continúa)

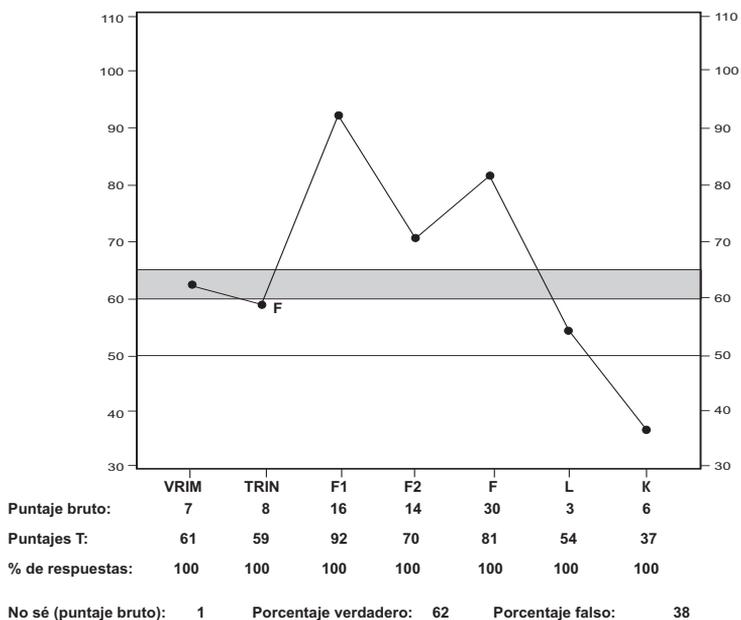


Figura 8-15. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Adriana L. Véase la figura 8-1 para las definiciones de la escala.

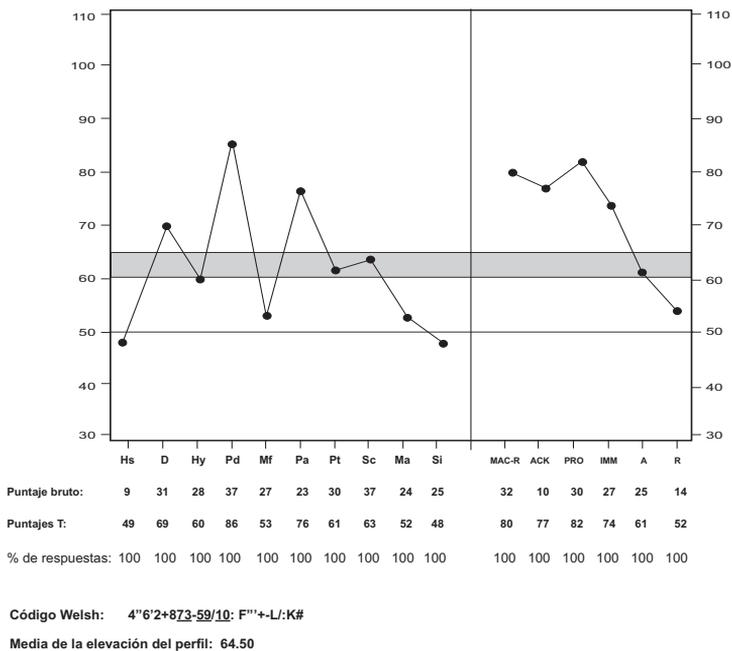
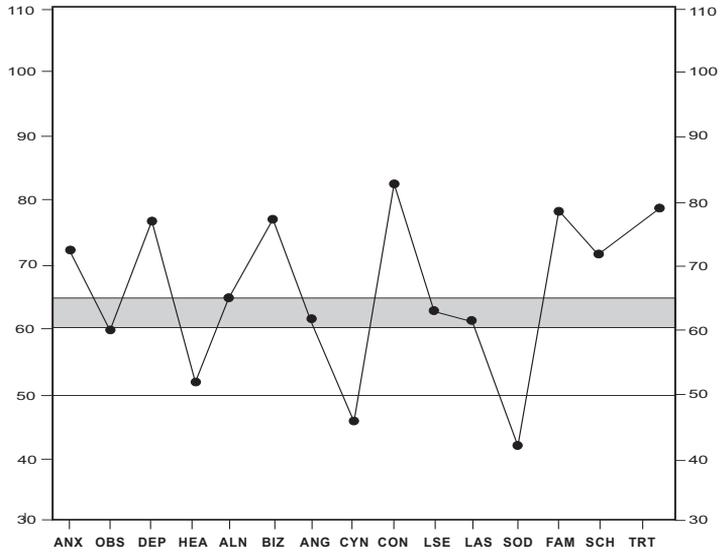


Figura 8-16. Perfil de la escala clínica y suplementaria del MMPI-A para Adriana L. Véase la figura 8-2 para las definiciones de la escala.



Puntaje bruto:	17	11	21	10	11	12	12	12	18	10	9	4	25	12	19
Puntajes T:	73	59	76	52	66	76	62	46	81	62	61	43	78	71	78
% de respuestas:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Figura 8-17. Perfil de la escala de contenido del MMPI-A para Adriana L. Véase la figura 8-3 para las definiciones de la escala.

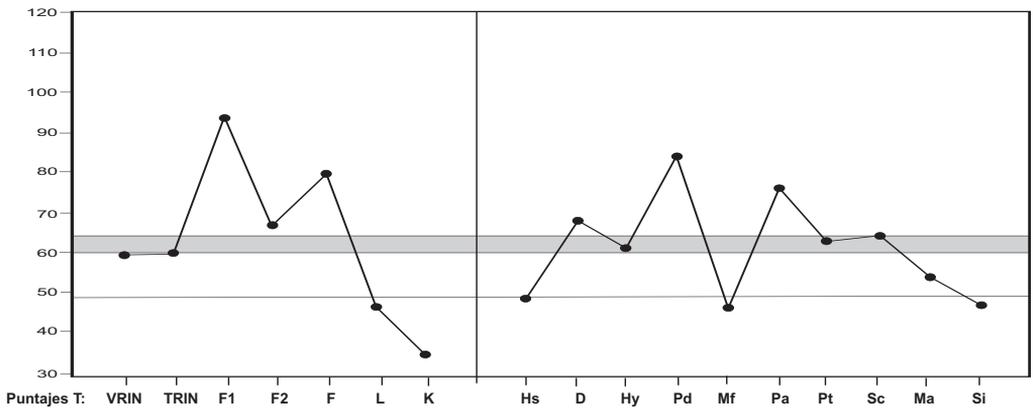


Figura 8-18. Perfil de la escala de validez del MMPI-A para Adriana L., trazado sobre las normas del MMPI-A versión hispana. Las escalas incluyen VRIN (Inconsistencia de respuestas variables), TRIN (Respuesta verdadero), F (Infrecuencia), L (mentira), K (Actitud defensiva), Hs (Hipocondriasis), D (Depresión), Hy (Histeria), Pd (Desviación psicopática), Mf (Maculino-Femenino), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía) y Si (Introversión Social).

RECUADRO 8.5 (continúa)

de pares que a menudo está en problemas y que la empuja a una conducta anormal. También es posible que su rendimiento académico sea deficiente y que tenga problemas de conducta en la escuela, así como en casa. Puede ser sexualmente activa, insinuante, provocativa o promiscua.

Los síntomas de depresión son muy prominentes en sus respuestas al MMPI-A. Reporta tristeza, fatiga, ataques de llanto y pensamientos de autodesprecio. Su vida puede parecer poco interesante y carente de valor. Destacan los sentimientos de soledad, pesimismo e inutilidad.

Reportó varios problemas en la escuela, tanto académicos como de conducta. Indicó varios síntomas de ansiedad, como tensión, preocupación y dificultades para dormir.

Relaciones interpersonales

Tiene muchas dificultades en sus relaciones sociales. Siente que otros no la entienden y no le transmiten suficiente empatía. Es algo distante, fría, egoísta, intransigente y trata de avanzar a expensas de los demás. Tiende a ser hostil, rencorosa e irascible.

Su perfil de las escalas de contenido del MMPI-A sugiere algunos problemas interpersonales. Los problemas familiares son muy relevantes en la vida de esta persona. Reporta varios problemas con sus padres y otros miembros de la familia; describe a ésta en términos de discordia, envidia, crítica, enojo, desacuerdos graves, falta de amor y comprensión y comunicación muy limitada. Espera el día que pueda dejar su casa para siempre, no siente que puede contar con sus familiares cuando tiene problemas. A menudo, sus padres desaprobaban a sus amistades. Dice que la tratan como a una niña y que a menudo la castigan sin causa alguna. Sus problemas familiares probablemente tengan un efecto negativo sobre su conducta en la escuela. Esta joven reporta sentirse distante de los demás. Otras personas no se muestran comprensivas con ella. Se siente despreciada y cree que nadie la entiende. Reporta cierta irritabilidad e impaciencia hacia los otros. Puede tener problemas para controlar su enojo.

Estabilidad conductual

La relativa elevación de las escalas más altas (*Pd*, *Pa*) en su perfil clínico refleja una alta definición del perfil. Si se somete nuevamente a la evaluación en una fecha posterior, es probable que los puntajes máximos en su prueba conserven su relativa preeminencia en su patrón del perfil. Las conductas de *acting out* y la dependencia extrema de esta adolescente pueden producir periodos de intensa dificultad interpersonal.

Consideraciones diagnósticas

Es posible considerar que un individuo con este perfil de escalas clínicas del MMPI-A desarrolla las características de un problema de personalidad. Las conductas de externalización pueden ser prominentes en su patrón clínico.

La paciente admite tener algunos síntomas de trastornos alimenticios (p. ej., atiborrarse, purgarse o ingerir laxantes para perder peso). Reportó varios pensamientos y conductas extravagantes. Si no es posible explicar estas experiencias por la intoxicación de alcohol u otras drogas, problemas orgánicos, una mala interpretación de los ítems, o una exageración intencional de psicopatología, es necesario que se considere la posibilidad de un proceso psicótico. Su escala *A-CON* (Problemas conductuales) altamente elevada puede indicar la presencia de un trastorno oposicional-desafiante o un trastorno conductual.

Dada su elevación en la escala *A-SCH* (Problemas escolares), su evaluación diagnóstica puede incluir la evaluación de un posible déficit de habilidades académicas y problemas conductuales.

La paciente obtuvo puntajes extremadamente altos en las tres escalas de problemas de consumo alcohol y de drogas, lo cual indica problemas graves en esta área. Tal vez se involucre

(continúa)

RECUADRO 8.5 (continúa)

en conductas de riesgo y tienda al exhibicionismo. Probablemente pertenezca a un grupo de pares que consume alcohol u otras drogas. Su participación en un estilo de vida de consumo de alcohol o de drogas debe evaluarse a detalle. Ha reconocido tener problemas de abuso de esas sustancias en sus respuestas al MMPI-A. Es probable que tenga problemas en casa o en la escuela en vista de sus problemas con el alcohol u otras drogas.

Consideraciones de tratamiento

El perfil de las escalas clínicas del MMPI-A indica que esta persona tiene graves problemas que requieren intervención. Tal vez será una paciente difícil de tratar debido su desconfianza, volubilidad y potencial de *acting out*. Una aproximación alentadora y constante puede ser útil. Una estrategia directiva que se enfoque en el cambio conductual puede resultar más benéfica que las técnicas orientadas al *insight*. Sin embargo, a veces la relación puede ser tormentosa, y el terapeuta puede estar inundado con preguntas poco realistas.

Su muy alto potencial para desarrollar problemas de consumo de alcohol o de drogas requiere atención en terapia si se quieren efectuar cambios importantes en la vida. La paciente ha reconocido algunos problemas en esta área, lo cual es un valioso primer paso para la intervención.

Debe ser evaluada para determinar la presencia de pensamientos suicidas y cualquier conducta suicida posible. Si está en riesgo, se deben tomar las precauciones adecuadas.

Su situación familiar, que está llena de conflictos, debe considerarse en su plan de tratamiento. La terapia familiar puede ser útil si sus padres o tutores están dispuestos y si son capaces de trabajar en la resolución del conflicto. Sin embargo, si la terapia familiar no es factible, puede ser provechoso que durante el curso del tratamiento se explore su enojo considerable y su decepción por su familia. Fuentes alternas de apoyo emocional por parte de los adultos (p. ej., padres adoptivos, maestros, otros familiares, padres de los amigos o vecinos) pueden explorarse y facilitarse en ausencia de la atención de los padres.

Hay algunas áreas sintomáticas sugeridas por el perfil de las escalas de contenido que el terapeuta debe considerar en las sesiones iniciales de tratamiento. Su aceptación de los síntomas internalizadores de la ansiedad y la depresión podrían explorarse a detalle.

Durante el curso de su tratamiento puede ser importante discutir su conducta sexual. Sus conocimientos sobre sexualidad y protección contra enfermedades de transmisión sexual se pueden valorar, así como proporcionar la información necesaria. Tal vez en una relación terapéutica de confianza, la paciente será capaz de discutir el grado de su actividad sexual y el significado de ésta en su vida. Se pueden discutir y promover alternativas a las conductas promiscuas y de riesgo. Si es insinuante y provocativa, una mayor consciencia de su parte podría evitar actos sexuales no deseados o una posible victimización. Puede ser útil en entrenamiento en habilidades sociales para cambiar conductas posiblemente inadecuadas.

La paciente puede tener varias actitudes y creencias que interfieran al establecer una relación terapéutica. Es posible que éstas incluyan opiniones muy negativas acerca de los profesionales de la salud mental, una negación a la autorrevelación y creencias de que sus problemas no tienen solución. Puede no estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de sus conductas o de planear su futuro, así como dudar de que otros se preocupen por ayudarla o de que sean capaces de entenderla.

La distancia emocional e incomodidad de esta adolescente en las situaciones interpersonales deben ser consideradas en el desarrollo de un plan de tratamiento. Puede tener dificultades de autorevelación, especialmente en grupos, y no apreciar la retroalimentación de los demás acerca de su conducta o de sus problemas.



RESUMEN Y DIRECCIONES FUTURAS

La llegada persistente de inmigrantes a EUA, principalmente de México, ha causado un incremento en las evaluaciones transculturales en situaciones que involucran a profesionales de la salud mental o a forenses. Cada vez más se requiere que los psicólogos evalúen a los pacientes con antecedentes culturales diferentes, quienes tienen distintas habilidades en el idioma inglés y una consciencia limitada de la cultura estadounidense. En este libro hemos examinado muchos factores que pueden afectar el desempeño de los inmigrantes hispanos en los instrumentos de medición psicológica como el MMPI-2 o el MMPI-A. Discutimos distintas variables cruciales que necesitan tenerse en cuenta para que la evaluación de la personalidad en los contextos de evaluación multicultural sea efectiva:

- *Factores lingüísticos:* los terapeutas necesitan considerar los factores lingüísticos en las evaluaciones y usar las formas, apropiadas al español, de las pruebas en la evaluación clínica de pacientes no nativos que no hablan inglés.
- *Nivel de aculturación:* los intérpretes de las pruebas aplicadas a pacientes hispanos necesitan considerar el nivel de aculturización o el proceso en el que una persona se adapta a otra cultura. El grado en el que un individuo ha aprendido una nueva cultura puede afectar su adaptación a nuevas exigencias ambientales e influir en su desempeño en las pruebas. Las creencias culturales o conductas arraigadas pueden persistir en los esfuerzos de adaptación de un inmigrante y crear dificultades para la misma.
- *Estrés:* el nivel de estrés que una persona experimenta por ser inmigrante en una sociedad compleja necesita ser considerado. Esta variable puede agregar una ambigüedad adicional al proceso de evaluación. Al enfrentarse con la inmigración, el ingreso ilegal u otra circunstancia de vida difícil, el ajuste psicológico de la persona puede verse afectado de manera sustancial. Los psicólogos evaluadores necesitan tener en cuenta los factores de estrés al realizar una evaluación de pacientes hispanos, ya que los altos niveles de

malestar experimentado pueden hacer que los resultados de la evaluación parezcan demasiado extremos o inválidos.

La necesidad actual de técnicas de evaluación válidas y útiles, en los contextos clínicos y forenses, para proporcionar información requerida con el fin de tomar decisiones acerca de los pacientes hispanos, sobrepasa cualquier factor psicomético o cultural que influya en la metodología de evaluación con los pacientes que pertenecen a alguna minoría. La evaluación de la personalidad, a menudo dictada por las circunstancias o el contexto, necesita tener lugar aunque los métodos no sean perfectos y las conclusiones dadas sólo sean provisionales. Aun cuando no haya un instrumento de evaluación perfecto o totalmente preciso a disposición de los pacientes hispanos, como se muestra en los estudios de casos de libro, el MMPI-2 y el MMPI-A pueden dar información importante en la evaluación intercultural de la personalidad y ser herramientas valiosas para proporcionar hipótesis operativas que los médicos pueden usar en sus evaluaciones multiculturales.

Una historia sustancial de la investigación en torno a la adaptación transnacional del MMPI ha dado como resultado estrategias efectivas de interpretación transcultural de las pruebas que pueden aplicarse en las evaluaciones de minorías étnicas. Por consiguiente, hay un gran número de instrumentos traducidos y disponibles para usarse en otros idiomas y culturas. Por ejemplo: más de 50 años de investigación y aplicaciones clínicas de las versiones del MMPI en español han dado una amplia gama de traducciones aprobadas (apéndice A) y una amplia base de datos sobre las fuentes de investigación en español (apéndice B), que puede proporcionar un sustento empírico para el uso del MMPI-2 y MMPI-A con hispanos que son evaluados en EUA.

IMPORTANCIA DE DETERMINAR LA VALIDEZ DEL PROTOCOLO

Los médicos que se enfrentan con la tarea de evaluar a los pacientes en un contexto multicultural necesitan estar alerta ante las posibles condiciones de invalidez que pueden ser más pronunciadas en las evaluaciones transculturales que en las que se llevan a cabo con la población general. Para que una evaluación dé resultados útiles, el médico necesita estar seguro de las actitudes de respuesta del paciente y determinar si éste ha cooperado lo suficiente con la evaluación para dar información fiable de la personalidad. El MMPI-2 y el MMPI-A tienen escalas de validez que, como se ha demostrado, ayudan a explicar las estrategias de respuesta de un paciente hispano (Bagby *et al.*, 2006; G. E. Lucio *et al.*, 2002). La investigación sobre las escalas de validez le ha brindado al médico los medios para detectar las condiciones invalidantes entre los pacientes hispanos. Una evaluación cuidadosa de los indicadores de validez para un paciente puede darle confianza al terapeuta en

los resultados en muchos casos y formular preguntas para que les dé seguimiento en los registros de una validez cuestionable.

Las estrategias de interpretación efectivas para el MMPI-2 y el MMPI-A se discutieron e ilustraron en el capítulo cuatro. Se consideraron algunas modificaciones sugeridas en los puntajes límite usados tradicionalmente para la invalidez, ya que es posible encontrar algunas variaciones de respuestas entre los pacientes hispanos. Por ejemplo, algunas elevaciones en la escala *F* (Infrecuencia) puede resultar de los factores de estrés o culturales, así como de factores lingüísticos. El terapeuta puede obtener hipótesis claras acerca de la fuente del patrón de respuestas del paciente por medio de examinar su desempeño en otras escalas de validez; por ejemplo: si se observa una elevación en la escala *F*, entonces podemos refinar la interpretación al examinar su desempeño en las escalas de inconsistencia *VRIN* (inconsistencia de respuestas variables) y *TRIN* (inconsistencia de respuestas verdadero) o si la persona entendió lo suficiente los ítems. Además, se han advertido algunas elevaciones en la escala de *L* (mentira) en los hispanos, como resultado de factores culturales en los que hay una necesidad de presentar una autoimagen demasiado favorable. Las elevaciones en la escala *L* pueden evaluarse aún más por medio de examinar el desempeño relativo del paciente en la escala *S* (superlativo), en particular mediante la comparación del desempeño relativo en las subescalas *S*.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL MEJORADOS

Este libro ha presentado varios casos de estudio en los que las personas de origen hispano fueron evaluadas por un psicólogo para analizar su salud mental, como parte de un proceso de selección de personal o por servicios forenses. Abordamos el tema de la mejor manera de completar dicha evaluación, con hipótesis fiables y útiles basadas en la personalidad que plasman los problemas del paciente desde una perspectiva justa y extensa.

Con frecuencia, las circunstancias requieren que una persona hispana sea evaluada en un contexto de salud mental o de psicología forense. Un objetivo importante en este libro ha sido proporcionar estrategias de interpretación claramente definidas con los pacientes de habla hispana que viven en EUA, de tal modo que los administradores de la prueba puedan entender mejor sus problemas y síntomas. Es alentador que la prueba haya sido validada y permita demostrar su utilidad cuando se aplica en países de habla hispana como Chile, Argentina, México, Perú y España, entre otros. Las escalas clínicas tradicionales poseen esencialmente el mismo significado y correlatos en otros países así como en EUA.

Varios ejemplos en este libro ilustran el uso de evaluaciones asistidas por computadora con pacientes hispanos. Una ventaja importante de la utilización de informes sobre las pruebas, asistidos por computadora, es que son más incluyentes

y están menos influenciados por interpretaciones subjetivas que los informes clínicos (véase los argumentos de Atlis *et al.*, 2006; Butcher, 1986). Aunque algunos teóricos (p. ej., Hays, 2001) han cuestionado el uso de los informes asistidos por computadora con los pacientes hispanos, las ilustraciones que aparecen en este libro apoyan dicha aplicación. Las investigaciones acerca de la evaluación transcultural asistida por computadora han apoyado su utilidad para valorar de manera objetiva a los pacientes en contextos transculturales (Butcher, Berah, *et al.*, 1998; Butcher *et al.*, 2000; Shores & Carstairs, 1998).

DIRECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Butcher (2005b) recomendó que los psicólogos realicen más esfuerzos concertados para realizar programas de investigación que incorporen componentes multiculturales para desarrollar puntos de vista más amplios de la psicopatología y de los trastornos psicológicos:

El futuro presenta vastas posibilidades para que los psicólogos apliquen métodos de investigación objetivos con el propósito de adquirir una ciencia que tenga más bases culturales en la psicología. En primer lugar, la psicología está creciendo como profesión alrededor del mundo. Sólo tenemos que observar los desarrollos paulatinos de la investigación en Asia, particularmente en China, para así obtener una apreciación del grado de la investigación psicológica en el mundo de hoy (Butcher *et al.*, 2003). Existe un creciente conjunto de investigadores de la personalidad en muchos países que tienen tanto la motivación, como las aptitudes para la investigación internacional y de colaboración sobre las evaluaciones de la personalidad. Segundo, la habilidad de comunicación entre los investigadores en el mundo actual de Internet de alta velocidad, es un nuevo desarrollo importante en la última década. Hace sólo algunos años, era extremadamente difícil llevar a cabo investigaciones psicológicas transculturales, debido a la indisponibilidad de un medio para compartir los descubrimientos distintos de las publicaciones científicas que a menudo tardaban años en salir a la luz. Las comunicaciones estaban obstaculizadas por el alto costo de la comunicación telefónica internacional y la falta de confianza en el correo. En el mundo actual, incluso en los lugares más distantes del planeta, puede haber una computadora conectada a Internet, así que las colaboraciones para la investigación pueden ser frecuentes y amplias. Tercero, el acceso rápido a un extenso cuerpo de investigación publicada puede representar una gran ventaja para que los investigadores colaboren en la actualidad. Por ejemplo: el servicio electrónico de referencia *PsycLit* de la *American Psychological Association* incluye resúmenes de las publicaciones periódicas internacionales y hace que los estudios transculturales se encuentren disponibles de forma inmediata. Sólo tenemos que examinar el amplio conjunto de investigaciones que emergen de China para reconocer que en realidad existe una revolución en la ciencia de

la psicología. Cuarto, hay una gran cantidad de traducciones bien desarrolladas del MMPI-2 disponibles actualmente, más de 33 (Butcher, 1996), que podrían servir como una base para los estudios de las investigaciones transculturales. Quinto, podemos tener un alto grado de confianza en la equivalencia y la utilidad de los instrumentos de medición de la personalidad, como el MMPI-2. Los colaboradores de otros países tienen acceso al MMPI-2 gracias a que está disponible en muchos idiomas. El amplio uso de traducciones de ítems altamente estandarizados y comparados hace que la investigación efectuada en un país pueda compararse y utilizarse en otros. Esto permite que la investigación psicológica (aun en las áreas remotas del mundo) sea acumulativa (p. 563).

Aunque la literatura psicológica incluida en este libro le da al usuario de la prueba la confianza de llevar a cabo evaluaciones multiculturales con la tecnología existente, algunos aspectos de la evaluación hispana que han recibido relativamente menos atención podrían beneficiarse de otras provenientes de la investigación. Sería benéfico para nuestro entendimiento de los problemas de adaptación de las personas que experimentan estrés por migración, con el fin de realizar una investigación empírica con estos individuos. Sin embargo, la escasez de investigaciones en esta población transitoria no proviene de la falta de disponibilidad de instrumentos, sino de proyectos que sean utilizados de manera apropiada. Por ejemplo: por diferentes razones, pocas investigaciones empíricas se han dirigido al paciente transicional hispano durante los primeros esfuerzos de adaptación en EUA que funcionan para reducir la información acerca de los refugiados que están en proceso de adaptación a la cultura de EUA (véase Butcher, 1994; Halcón *et al.*, 2004; Jaranson *et al.*, 2004; Spring *et al.*, 2003): los recursos de investigación han sido limitados para estudiar a los individuos en este grupo; además, hay dificultades para identificar a las personas incluidas en esta población; finalmente, cuando son identificadas, con frecuencia es difícil obtener la cooperación de los inmigrantes en estos procesos. Por ejemplo: durante el estudio normativo del MMPI-2 en la década de los años 80, se hicieron esfuerzos para incluir en las normas una muestra representativa de los hispanos. Intentamos agregar hispanos recién llegados, pero encontramos que había una gran resistencia de parte de los inmigrantes identificados para participar, ya que pensaron que teníamos algo que ver con intentos federales para deportarlos.

Es importante estudiar a los grupos inmigrantes de manera empírica con el fin de obtener un mejor entendimiento de los procesos psicológicos involucrados en los procesos siempre crecientes, y a menudo, debilitantes de inmigración y aculturización. Sin embargo, los problemas inherentes en este tipo de investigación requieren un amplio estudio minucioso. En este punto, dado el bajo nivel de apoyo a la investigación para dicho proyecto, sería valioso que los psicólogos implementaran la investigación que es posible actualmente con fuentes más limitadas. Dadas las dificultades de llevar a cabo estudios epidemiológicos empíricos y rigurosos con

la población inmigrante, sería posible obtener más información si se emplea una escala más pequeña o estudios clínicos más enfocados para documentar los problemas experimentados con esta población.

Gracias a la disponibilidad de instrumentos objetivos claramente válidos, fiables y útiles, hay una excelente oportunidad para que los profesionales de la salud mental efectúen comparaciones transculturales de psicopatología. La disponibilidad de traducciones cuidadosamente desarrolladas del MMPI-2 y del MMPI-A, como la versión mexicana, ofrece un medio de realizar una cuidadosa investigación empírica acerca de el diagnóstico y los problemas sintomáticos encontrados en los contextos de salud mental en EUA y México. Se han publicado algunas investigaciones sobre el desempeño relativo de pacientes psiquiátricos en México y EUA (G. M. E. Lucio *et al.*, 1999), lo cual sugiere patrones similares de psicopatología entre los pacientes; sin embargo, no se han publicado comparaciones directas a nivel de las escalas o de la interpretación. Se podría obtener información más específica al examinar grupos de diagnóstico similares entre culturas como se ha realizado en otros países (p. ej., en Grecia por Manos, 1985; en Turquía por Savacir & Erol, 1990). Sería posible desarrollar un estudio para proporcionar información acerca de la generalizabilidad transcultural de los constructos de salud mental. Como ya se observó antes, el campo de la investigación transcultural sobre psicopatología se encuentra en una fuerte postura que le permite proporcionar evaluaciones objetivas de trastornos psicológicos con el fin de emprender una comparación más concreta de la manifestación de la psicopatología entre culturas por varias razones: por ejemplo: sería posible desarrollar más investigaciones sobre la generalización de las evaluaciones asistidas por computadora al examinar a pacientes psiquiátricos en México y a personas de habla hispana que vivan en EUA y Puerto Rico.

Otra dirección para las investigaciones que es necesaria hoy en día, como se destacó antes en este libro, es una exploración más completa del impacto de la baja aculturización acerca de la expresión de la psicopatología y su impacto sobre el proceso de evaluación. La investigación en torno a los factores de personalidad durante el proceso de aculturación podría enriquecer nuestro entendimiento del papel del estrés ambiental sobre el proceso de adaptación. Algunos patrones de personalidad que los inmigrantes expresan en las variables del MMPI-2 podrían verse influenciados por el estrés de adaptación. El desempeño en escalas tales como la *F* (infrecuencia), *D* (depresión), *Pt* (psicastenia) y *Pk* (trastorno por estrés posttraumático) podría aumentar nuestra comprensión del proceso de aculturación si se evalúan a través del tiempo y durante la adaptación.

Una tercera área que podría explorarse para bien de esta población incluye el papel de las características de la personalidad persistentes a largo plazo, como las que conforman los trastornos de personalidad. ¿Las características de personalidad arraigadas, como se manifiestan en los trastornos de personalidad, son detectables en los pacientes hispanos que están en proceso de adaptación a una nueva cultura? La

investigación en los contextos transculturales (para una discusión, véase Derksen, 2006) ha mostrado que hay perfiles de personalidad que sugieren trastornos en ésta y que son abordados por las variables del MMPI-2. ¿Las personas con funcionamiento patológico de la personalidad tienen más dificultad para adaptarse a la nueva cultura, que quienes no tienen esas características de personalidad?

RESUMEN

Este capítulo ha destacado muchas características de vida que pueden afectar el desempeño de los pacientes hispanos en los instrumentos de medición psicológica como el MMPI-2 y MMPI-A. La incapacidad de comunicarse en inglés puede ser un impedimento para los pacientes hispanos que buscan ayuda en las clínicas de salud mental en EUA. Además, la falta de aculturación o la experiencia de un estrés extremo, como resultado de la migración, pueden ser perjudiciales para una evaluación psicológica fiable. Tanto los factores culturales como las circunstancias de la prueba pueden influir en una respuesta anómala. Es crucial que el psicólogo preste atención cuidadosa a las actitudes de respuesta manifestadas en las escalas de validez. Con un desempeño válido en la prueba, es probable que los protocolos de la misma brinden hipótesis útiles acerca de la personalidad y síntomas de un paciente hispano.

Se ha encontrado que las escalas clínicas tradicionales y las de contenido en el MMPI-2 y el MMPI-A reflejan síntomas psicológicos, y conductas similares en los pacientes de habla hispana como en la mayoría de los pacientes. Es posible impulsar mejores decisiones con los hispanos en situaciones clínicas por medio del uso cuidadoso de información objetiva de la prueba de personalidad.

Muchos ejemplos de la utilización de los informes de las pruebas asistidos por computadoras se han incluido en este libro e ilustran que esta aproximación puede usarse con los pacientes hispanos para desarrollar hipótesis de personalidad acerca de pacientes cuando los protocolos son válidos. Se observó la necesidad de una investigación multicultural más amplia en torno a la psicopatología. En particular, hay una escasez de investigaciones sobre las poblaciones transitorias como los inmigrantes hispanos en EUA.

En este momento, el campo de la evaluación de personalidad está en una postura única para incorporar diseños de investigación multiculturales e internacionales en los proyectos de evaluación con la gran cantidad de investigadores de la personalidad calificados, multiculturales e internacionales, la rápida comunicación que está disponible en Internet y la extensa literatura con la que se cuenta para los psicólogos en fuentes documentales. Se destacaron muchas vías fructíferas como las posibles direcciones que las futuras investigaciones podrían tomar para ampliar el conocimiento fundamental de aquéllas relacionadas con la comunidad hispana.

APÉNDICES





APÉNDICE A

TRADUCCIONES Y TRADUCTORES AL ESPAÑOL Y DESARROLLADORES DEL MMPI-2 Y DEL MMPI-A

MMPI-2

Traducciones y distribuidores

Español para México
Manual Moderno
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo
06100 México, D.F.
México
+ 52-55-5265-1100 (teléfono)
+ 52-55-5265-1162 (fax)
Correo electrónico:
info@manualmoderno.com

Español para España y Argentina
TEA Ediciones
Fray Bernardino de Sahagún, 24
Madrid 28036
España
+ 34-912-705-000 (teléfono)
+ 34-913-458-608 (fax)
Correo electrónico:
madrid@teaediciones.com

Español para EUA
Pearson Assessments
5601 Green Valley Drive
Bloomington, MN 55437
800-627-7271 (teléfono)
612-939-5199 (fax)

Traductores y desarrolladores de escala

Español/Argentina
María Casullo (traductora)
Universidad de Buenos Aires
Facultad de psicología
Tucumán 2162, 8vo piso A
1050 Buenos Aires, Argentina

541-953-1218 (teléfono)
541-49-4332 (fax)
Correo electrónico:
casullo@insinv.psi.uba.ar

Chile

Fernando J. Rissetti (traductor)
 Departamento de Salud Estudiantil
 Pontificia Universidad
 Católica de Chile
 JV Lastarria 65
 Santiago, Chile SA5
 562-638-0638 (fax)

España

Alejandro Ávila-Espade (traductor)
 Universidad de Salamanca
 Departamento de Psicología

México

Emilia Lucio e Isabel Reyes-Lagunes
 (traductoras)
 Corregidora 30-1
 Col. Miguel Hidalgo, Tlalpan
 CP 14410
 525-665-6325 (teléfono)
 525-528-5253 (fax)
 Manual Moderno (distribuidor; véase
 la página anterior para la dirección)

EUA

Alex Azan (traductor)
 Florida International University
 Student Counseling Services
 University Park-GC 211
 Miami, FL 33199
 305-348-2880 (teléfono)
 305-348-3448 (fax)

Rosa Garcia-Peltoniemi (traductora)

Center for the Victims of Torture
 717 East River Road
 Minneapolis, MN 55455
 612-626-1400 (teléfono)
 612-626-2465 (fax)
 Pearson Assessments (distribuidor; véase
 la dirección en la página anterior)

MMPI-A**Traductores y distribuidores***Español/México*

Emilia Lucio e Isabel Reyes-Lagunes
 (traductoras; véase la dirección en
 la página anterior)
 Manual Moderno (distribuidor; véase
 la dirección en la página anterior)

EUA

Alex Azan (traductor; véase la
 dirección en la página anterior)
 Rosa García-Peltoniemi (traductora;
 véase la dirección en la página anterior)
 Pearson Assessments (distribuidor; véase
 la dirección en la página anterior)



APÉNDICE B

COMPENDIO DE REFERENCIAS EN ESPAÑOL MMPI, MMPI-2, Y MMPI-A

- Acevedo Corona, M. y Zarabozo, E. D. (1993). Un programa para la calificación automatizada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) [A computerized scoring system for the MMPI]. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 195-202.
- Adams, S. V. (2000). MMPI frequency scale using a Hispanic population: An ethnic validity study. *Dissertation Abstracts International*, 61, 2742B.
- Adis-Castro, G. y Arayo-Quesada, M. (1971). Mini Mult: Una forma abreviada del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, MMPI [Mini Mult: A short form of the MMPI]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17, 12-18.
- Alamo, R. R., Cabiya, J. J. y Pedrosa, O. (1995, March). *Utility of the MMPI-2 in the identification of emotional indicators in a sample of Puerto Ricans who experienced armed assault*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, St. Petersburg, FL.
- Alba, C. G., (2004). Reflexiones sobre un grupo de adolescentes no pacientes. Comparación con pacientes anoréxicas y deprimidas [Reflections on a nonpatient adolescent group. Comparison with anorexic and depressed female patients]. *Clínica y Salud*, 15(2), 57-176.
- Alfayate, R., Del Palacio, S., Rubio, J. L. et al., (1997, June). Factores de riesgo en la producción de trastorno mental después de un aborto espontáneo [Risk factors for mental disorders following spontaneous abortion]. *Anales de Psiquiatría*, 13, 231-235.
- Altus, W. D. y Clark, J. H. (1949). The effect of adjustment patterns upon the intercorrelation of intelligence subtest variables. *Journal of Social Psychology*, 30, 39-48.
- Aluja, A. (1991). Evaluación clínica y psicométrica del Trastorno Antisocial de la Personalidad. [Psychometric and clinical evaluation of antisocial personality disorder]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 59-70.
- Aluja, A. (1994). Escalas empíricas derivadas de la escala de Desviación Psicopática del MMPI, para la evaluación del trastorno antisocial de la personalidad del *DSM-III* en delincuentes y no delincuentes [Empirical scales derived from the psychopathic deviate subscale of MMPI to assess the antisocial personality disorder, *DSM-III*, in delinquents and nondelinquents]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21, 75-84.
- Aluja Fabregat, A. y Pérez Sánchez, J. (1994). Medida del trastorno antisocial de la personalidad del *DSM-III* mediante la escala de desviación psicopática del MMPI [Assessment of *DSM-III* antisocial personality disorder using the psychopathic deviate scale from the MMPI]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 15, 41-52.
- Aluja, A. y Torrubia, T. (1996). Componentes psicológicos de la personalidad antisocial en delincuentes: Búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a las señales de premio y castigo [Psychological

- elements of antisocial personality in delinquent people. Sensation seeking and susceptibility to reward and punishment]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23, 47-56.
- Alvarez, M. A., Alvarez, E. y Lastra, R. A. (1982). Desarrollo psicológico en hijos de madres con bocio tóxico difuso [Psychological development in children of mothers with diffuse toxic goiter]. *Revista Cubana de Pediatría*, 54, 206-214.
- Amaro, T. (1953). *La personalidad del normalista habanero, según el MMPI* [The personality of the normal Habanero according to the MMPI]. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de la Habana, Havana, Cuba.
- Ampudia, R. A., Duran, P. C. y Lucio, G. M. E. (2000). El uso del MMPI-2 en población mexicana de la tercera edad [Use of the MMPI-2 in a Mexican third age population]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9, 115-128.
- Ampudia, R. A., Lucio, G. M. E. y Duran, C. P. (1998, March). *Relationship between the MMPI-A and life events in two groups of Mexican adolescents: Normals and Psychiatric patients*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Clearwater, FL.
- Ampudia, R. A., Lucio, G. M. E. y Duran, P. C. (1995). Confiabilidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 en una población mexicana [Reliability of supplementary scales of the MMPI-2 in a Mexican population]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(2), 25-49.
- Ampudia, S. V. (1977). *Tendencia a la somatización en estudiantes de matemáticas (estudio comparativo entre estudiantes de matemáticas y medicina utilizando la prueba del MMPI)* [Somatization tendency in mathematics students: Comparative study between mathematics and medicine students using the MMPI]. Unpublished doctoral dissertation, Nacional University of Mexico, Mexico City.
- Anderson, R. P., Blanco-Picabia, A., Greene, R. L. y Rodríguez-González, J. M. (1988). Utilidad de la Escala de Alcoholismo de MacAndrews en la discriminación de alcohólicos españoles [The utility of the MacAndrews Alcoholism Scale for discrimination of Spanish alcoholics]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 431-438.
- Anderson, T. R., Thompson, J. P. y Boeringa, J. A. (1993, August). *MMPI-2 and Mississippi scale profiles of Hispanic veterans with posttraumatic stress disorder*. Paper presented at the 101st Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, LA.
- Anderson, U. (1999). Validation of the MMPI-2 Masculinity-Femininity scale with Latino men and women: Preliminary findings. *The SDSU McNair Journal*, 6, 70-77.
- Anderson, U., Fernandez, S., Callahan, W. J. y Velasquez, R. J. (2001, May). *Validation of the MMPI-2 Masculinity-Femininity scale with Latino men and women*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Anderson, U., Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (2000, August). *Sex roles, cultural differences and Mf scores of Latinos*. Paper presented at the 108th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Anderson, W. P. (1995). Ethnic and cross-cultural differences on the MMPI-2. In J. C. Duckworth & W. P. Anderson (Eds.), *MMPI and MMPI-2: Interpretative manual for counselors and clinicians* (4th ed., pp. 439-460). Bristol, PA: Accelerated Development.
- Anthony, A. (2003). The validity of the MMPI-2 with two samples of Mexican American psychiatric outpatients. *Dissertation Abstracts International*, 63, 4359B.
- Arayo-Quesada, M. (1967). *Estudio sobre el MMPI en su aplicación a un grupo de pacientes psiquiátrico costarricenses* [A study of the MMPI and its applicability with Costa Rican psychiatric patients]. Professional thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Arce, R., del Carmen Pampillon, M. y Farina, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal [Development and assessment of an empirical procedure for detecting simulated mental insanity in the legal context]. *Anuario de Psicología*, 33, 385-408.

- Arias, G., Mendoza, K., Atlis, M. y Butcher, J. N. (2002, May). *MMPI-2 use in Cuba: An illustration and future directions*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2. Minneapolis, MN.
- Arqué, J. M. y Beltri, R. T. (1988). Personality, bioelectric profile and platelet monoamine oxidase activity in psychophysiological disorders: Headaches, insomnia and loss of consciousness due to neurocirculatory dystonia. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 3, 263-267.
- Arqué, J. M., Segura, R. y Torrubia, R. (1987). Correlation of thyroxine and thyroid-stimulating hormone with personality measurements: A study in psychosomatic patients and healthy subjects. *Neuropsychobiology*, 18, 127-133.
- Arqué, J. M., Unzeta, M. y Torrubia, R. (1988). Neurotransmitter systems and personality measurements: A study in psychosomatic patients and healthy subjects. *Neuropsychobiology*, 19, 149-157.
- Arsuaga, E. N., Higgins, J. C. y Sifre, P. A. (1986). Separation of brain-damaged from psychiatric patients with the combined use of an ability and personality test: A validation study with a Puerto Rican population. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 328-331.
- Arturo Boizblatt, S., Ruby Baño, A. y Germán Cueto, U. (1983). Depresión postaborto: Estudio de casos y controles [Postabortion depression: Case reports and control]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 11, 391-394.
- Avila, M. Y., Izaguirre, H. C. y Sánchez, Q. C. (1970). *Normas de calificación del MMPI en adolescentes en la E.N.E.P. at UNAM*. [Norms for the classification of the MMPI in adolescents in the E.N.E.P. at UNAM]. Unpublished degree thesis, National, University of Mexico, Mexico City.
- Avila Escribano, J. J. y Ledesma Jimeno, A. (1990). Estudio de la personalidad en las esposas de pacientes alcohólicos [Personality study of wives of alcoholic patients]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 18, 355-363.
- Avila-Espada, A. y Jiménez Gómez, F. (1996). The Castilian version of the MMPI-2 in Spain: Development, adaptation, and psychometric properties. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 305-328). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Avila-Espada, A. y Jiménez Gómez, F. (1997). *MMPI-A manual para investigación (adaptación Española)* [MMPI-A manual for investigation (Spanish adaptation)]. Salamanca, Spain: Laboratorio de Psicología Clínica y Psicodiagnóstico, Universidad de Salamanca.
- Azan, A. (1989). The MMPI version Hispanic: Standardization and cross-cultural personality study with a population of Cuban refugees (Doctoral dissertation, University of Minnesota, 1988). *Dissertation Abstracts International*, 50, 2144B.
- Bailles, E., Pintor, L., Fernández-Egea, E. *et al.*, (2004). Psychiatric disorders, trauma, and MMPI profile in a Spanish sample of nonepileptic seizure patients. *General Hospital Psychiatry*, 26, 310-315.
- Bamford, K. W. (1991). Bilingual issues in a mental health assessment and treatment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 13, 377-390.
- Barbenza, C. M., Montoya, O.A. y Borel, M.T. (1978). La tetradá psicótica del MMPI en un grupo de estudiantes universitarios [The psychotic tetrad of the MMPI in a group of collage students]. *Revista de Psicología General y aplicada*, 150, 79-88.
- Barcelata, B., Lucio, E. y Duran, C. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos [Indicators of psychological distress in a group of Mexican teenagers]. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-74.
- Barreda, O. (1976). Esquema interpretativo del MMPI en base a los grados de elevación con factor K. [Interpretive diagram of the MMPI based of degree of elevation of Scale K]. *Revista de Psicología de la Asociación de Psicólogos de Arequipa*, 2, 71-81.
- Barroso, C. C., Alvarez, M. A. y Alvisa, R. (1982). Validación preliminar para Cuba de una nueva versión del MMPI abreviado [Preliminary validation of the new version of the abbreviated MMPI in Cuba]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 23, 581-590.

- Becoña, E. (1985). Relación del conservadurismo con personalidad y adaptación en universitarios [The relationship of conservatism with personality and adaptation in university students]. *International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, 6, 87-101.
- Benavides, G., González, R., Barahona, A. y Paz Tévar, M. (2000). Características del voluntariado para pacientes con cáncer [Characteristics of volunteers for patients with cancer]. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 10, 77-96.
- Benito, Y. y Moro, J. (1997). *Proyecto de identificación temprana para alumnos superdotados* [Project for early detection of gifted students]. Madrid, Spain: Ministerio de Educación y Cultura de España.
- Bernal, A., Colon, A., Fernández, E., Mena, A. *et al.*, (1959). *Inventario Multifacético de la Personalidad* [Translation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory]. New York: Psychological Corporation.
- Bernal, A., Fernández, E. (1949). *The MMPI in Cuba*. Unpublished manuscript.
- Bernstein, I. H., Teng, G., Granneman, B. D. y Garbin, C. P. (1987). Invariance in the MMPI's component structure. *Journal of Personality Assessment*, 51, 522-531.
- Bertran, R. P., Gil, C. M., Montoya-Rico, J. L. y Reyes, J. R. (1968). Professional and psychological evaluation of personnel at the psychiatric hospital in Oviedo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 23(91), 77-93.
- Blanco, C., Ibáñez, A., Blanco-Jerez, C. -R. *et al.*, (2001). Plasma testosterone and pathological gambling. *Psychiatry Research*, 105, 117-121.
- Blanco, C., Orensanz-Muñoz L., Blanco-Jerez, C. y Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: A psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 119-121.
- Blanco González, A.L., Ledesma, J. A. Llorca R. G. *et al.*, (1988). Aspectos psicopatológicos de las neoplasias hematológicas [Psychopathological aspects of neoplasms]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 16, 375-384.
- Bohn, M. J. y Traub, G. S. (1986). Alienation of monolingual Hispanics in a federal correctional institution. *Psychological Reports*, 59, 560-562.
- Boscan, D., Penn, N., Gomez, N. *et al.*, (1998, March). *MMPI-2 personality of Venezuelan and Colombian university students*. Paper presented at the 16th International Conference on Personality Assessment, Clearwater, FL.
- Boscan, D. C., Penn, N. E., Velásquez, R. *et al.*, (2000). MMPI-2 profiles of Colombian, Mexican, and Venezuelan university students. *Psychological Reports*, 87, 107-110.
- Boscan, D. C., Penn, N. E., Velásquez, R., *et al.*, (2002). MMPI-2 performance of Mexican male university students and prison inmates. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 465-470.
- Boscan, D. C., Savino, A. V., Penn, N. E. *et al.*, (1999, April). *MMPI-2 performance of Mexican prison inmates: Clinical correlates*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington, Beach, CA.
- Branford, D. T. y Muñoz, A. (1993). Translation in bilingual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2, 52-61.
- Brennella, M. E., Dink, L. y Maristany, M. (1992). *Evaluación objetiva de la personalidad, aportes del MMPI-2* [Objective personality evaluation with the MMPI]. Buenos Aires, Argentina: Psicoteca Ed.
- Butcher, J. N. (1992, October). International developments with the MMPI-2. *MMPI-2 News & Profiles*, 4.
- Butcher, J. N. (Ed.). (1996). *International adaptations of the MMPI-2: Research and Clinical Applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (2002, February). *Workshop of the new norms for the Hispanic version of the MMPI-2 for Spanish speaking people of the United States*. Paper presented at the MMPI-2 Workshops and Symposia, Irvine, CA.

- Butcher, J. N., (2004). Personality assessment without borders: Adaptation of the MMPI-2 across cultures. *Journal of Personality Assessment*, 83, 90-104.
- Butcher, J. N. (2005). Exploring universal personality characteristics: An objective approach. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 553-566.
- Butcher, J. N., Azan-Chaviano, A. y Cabiya, et al., (2002, May). *New norms for the Hispanic version (Garcia-Aznan) of the MMPI-2*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Butcher, J. N., Cabiya J. y Lucio, G. M. E. et al., (1997, June). *New Hispanic version of the MMPI-A for the U.S.* Paper presented at the 32nd Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Butcher, J. N., Cabiya, J. y Lucio, et al., (1998). *Hispanic version of the MMPI-A manual supplement*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Clark, L. A. (1979). Recent trends in cross-cultural MMPI research and application. In J. N. Butcher (Ed.), *Recent Developments in the use of the MMPI* (pp. 205-257). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Coelho, M. S., Tsai, J. y Nezami, E. (2006). Cross-cultural applications of the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 505-537). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Ellertsen, B., Ubostad, B. et al., (2000). *International case studies on the MMPI-A: An objective approach*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Garcia, R. E. (1978). Cross-national application of psychological tests. *Personnel and Guidance Journal*, 56, 472-475.
- Butcher, J. N. y Pancheri, P. (1976). *A handbook of cross-national MMPI research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabeza de Vaca, M. y Fuster, A. B. (1993). Relaciones de los miedos y creencias hipocondriacas con ansiedad, depresión y síntomas somáticos [Relationships of hypochondriacal fears and beliefs with anxiety, depression, and somatic symptoms]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 461-478.
- Cabiya, J. J. (1993, November). *Clinical utility of the MMPI-2 in psychotherapy*. Paper presented at the Second Congress of Psychotherapy in San Juan, Puerto Rico.
- Cabiya, J. J. (1994, May). *Application of the Hispanic MMPI-2 in Puerto Rico*. Paper presented at the 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Cabiya, J. J. (1996). Use of the MMPI and the MMPI-2 in Puerto Rico. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp.284-304). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabiya, J. (2001, March). *Use of the MMPI-2 in Puerto Rico*. Paper presented at the Annual MMPI-2 and MMPI-A Symposium, Tampa, FL.
- Cabiya, J. J., Colberg, E., Perez, S. y Pedrosa, O. (2001, March). *MMPI-2 clinical profiles of female victims of domestic violence and sexual abuse*. Paper presented at the 36th Annual Workshop and Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Tampa, FL.
- Cabiya, J., Costantino, G. y Dana, R. (2004, August). *Cross-cultural validity of current instruments for Latinos*. Paper presented at the 112th Annual Convention of the American Psychological Association, Honolulu, HI.
- Cabiya, J. y Cruz, R. (2001, April). *Estudio del MMPI-2 con una muestra de Puertorriqueños normales*. [Study of the MMPI-2 with Puerto Rican normals]. Paper presented at the Annual Convention of the Puerto Rican Psychological Association, San Juan, Puerto Rico.
- Cabiya, J., Cruz, R. y Bayón, N. (2002, April). *MMPI-2 Hispanic Normative Project-Puerto Rican sample*. Paper presented at the 37th Annual MMPI-2 Workshop and Symposium, Minneapolis, MN.

- Cabiya, J. y Dávila, G. (1999). Cultural differences in MMPI-2 scores between North Americans and Puerto Ricans. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 12, 145-158.
- Cabiya, J. J. y Dávila, G. (1999, April). *MMPI-2 mean T scores and code-types of Puerto Rican depressed outpatients and inpatients*. Paper presented at the 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Cabiya, J. J., Lucio, E., Chavira, D. A. *et al.*, (2000). MMPI-2 scores of Puerto Rican, Mexican, and U. S. Latino Collage students: A research note. *Psychological Reports*, 87, 266-268.
- Cabiya, J., Martín, E. A., Despaigne, D. N. y Espinosa, A. L. (1983). Factores de personalidad, depresión y concentración de la atención en el bocio tóxico difuso [Personality factors, depression, and concentration in diffuse toxic goiter]. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2, 274-381.
- Cabiya, J. J., Reuben, D., García, O. *et al.*, (2004). Preliminary validation study of the Spanish version of the MMPI-A with Puerto Rican adolescents. *Ciencias de la Conducta*, 19, 59-71.
- Cabiya, J. Reuben, D., García, O. *et al.*, (2001). *Preliminary study of the adequacy of the Spanish translation of the MMPI-A with Puerto Rican adolescents*. Unpublished manuscript.
- Cabiya, J. y Velez, R. (1989). Capacidad discriminativa del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) con tres muestras de población puertorriqueña [Discriminative capacity of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) with three samples of Puerto Rican population]. *Avances en Psicología clínica Latinoamericana*, 7, 105-115.
- Calderon, I. (2002). Effects of acculturation of the performance of Mexican-American adolescents on selected scales of the MMPI-A (L, K, SC, and MA). *Dissertation Abstracts International*, 63, 1083B.
- Callahan, W. J. (1997). Symptom reports and acculturation of White and Mexican-Americans in psychiatric, college, and community settings. *Dissertation Abstracts International*, 58, 4439B.
- Callahan, W. J. (2000, August). *Mexican-American acculturation and MMPI-2 performance*. Paper presented at the 108th Annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Callahan, W. J., Velasquez, R. J. y Saccuzzo, D. P. (1995, August). *MMPI-2 performance of university students by ethnicity and gender*. Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, New York.
- Calles, D., Ana, M. y Garriga Trillo, A. J. (1983). Fuerza del Ego = Fuerza del yo? [MMPI Ego Strength Scale = 16PF Feelings Scale?]. *Informes de Psicología*, 2, 209-220.
- Campailla, G. (1989). La familia de los enfermos de coronarias [The families of coronary patients]. *Psicopatología*, 9, 39-40.
- Campos, L. P. (1989). Adverse impact, unfairness, and bias in the psychological screening of Hispanic peace officers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11, 122-135.
- Cannon, D. S., Bell, W. E., Fowler, D. R. *et al.*, (1990). MMPI differences between alcoholics and drugs abusers. *Psychological Assessment*, 2, 51-55.
- Canul, G. D. (1993). The influence of acculturation and racial identity attitudes of Mexican Americans' MMPI-2 performance. *Dissertation Abstracts International*, 54, 6442B.
- Canul, G. D. y Cross, H. J. (1994). The influence of acculturation and racial identity attitudes on Mexican-Americans' MMPI-2 Performance. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 736-745.
- Cardenas, Y. (1987). *Estudio de correlación entre la escala adicional del MMPI AC (Logro Académico) y promedio en una muestra representativa de adolescentes* [Correlational study between MMPI (Academic Achievement) additional scale and scholar grades on a representative adolescent sample]. Unpublished degree thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Carey, R. J., Garske, J. P. y Ginsberg, J. (1986). The prediction of adjustment to prison by means of an MMPI-based classification system. *Criminal Justice and Behavior*, 13, 347-365.
- Carrascoso López, F. J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: Un estudio de caso [Acceptance and commitment therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study]. *Psicothema*, 11(1), 1-12.

- Casabal, C. y Wengerman, A. (1974). *Estudio de las características de la personalidad utilizando el MMPI en una muestra representativa de la generación 1973 de la Facultad de Psicología* [Study of personality characteristics using the MMPI in a representative sample of the 1973 class in the Psychology School]. Unpublished degree thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Castañeiras, C., Belloch, A. y Martínez, M. P. (2000). ¿Es normal preocuparse por la enfermedad? [Is normal to worry about illness?]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 537-553.
- Castellano, M. (2004). A comparative study, of MMPI-2 profiles, between obese Hispanics and non-Hispanics seeking gastric bypass surgery. *Dissertation Abstracts International*, 64, 4097B.
- Casullo, M. M. (1964). *Adaptación del Cuestionario MMPI* [Adaptation of the MMPI questionnaire]. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Orientación Vocacional, Universidad de Buenos Aires.
- Casullo, M. M. (1996, June). *Assessment of applicants to a military unit using MMPI: Profile comparisons by gender*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo* [Adolescents in risk]. Buenos Aires, Argentina: Paidós, Cuadernos de Evaluación Psicológica.
- Casullo, M. M., Samartino, L. G., Brenella, M. E. et al., (1996). Studies of the MMPI-2 in Argentina. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 252-264). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cavior, N., Kurtzberg, R. L. y Lipton, D. S. (1967). The development and validation of a heroin addiction scale with the MMPI. *International Journal of the Addictions*, 2, 129-137.
- Cervera, S., Casanova, J. y Lahortiga, F. (1984). Perfil psicopatológico y pruebas neuroendocrinas en el estudio de los trastornos afectivos [Psychopathological features and neuroendocrine test in the study of affective disorders]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 11, 399-421.
- Chacon, M. y Vargas, L. (1976). Exploración psicológica de las dimensiones de neuroticismo y de introversión-extroversión [Psychological exploration of the dimensions of neuroticism and introversion-extroversion]. *Revista de Psicología de la Asociación de Psicólogos de Arequipa*, 2, 22-27.
- Chavira, D. A., Malcarne, V. L. y Velásquez, R. J. (1997). *The influence of ethnic experience on Mexican-Americans' MMPI-2 performance*. Unpublished manuscript, San Diego State University, San Diego, CA.
- Chavira, D. A., Malcarne, V., Velasquez, R. J. et al., (1996, August). *Influence of ethnic experience on Spanish MMPI-2 performance*. Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Chavira, D. A., Montemayor, V., Velasquez, R. J. et al., (1995, August). *A comparison of two Spanish translation of the MMPI-2 with Mexican-Americans*. Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, New York.
- Chavira, D. A., Velasquez, R. J., Montemayor, V. et al., (1995, March). *U. S. Latinos' performance on the Spanish language MMPI-2 & acculturation*. Paper presented at the 30th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Cirera, E., Belloch, J. V. y Boget, T. (1989). Estudio evolutivo de un estado psicótico tras un intento de suicidio [Psychopathological evolution of a patient suffering from a psychotic state, after a suicide attempt]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16, 213-219.
- Clark, S. A. (1991). A descriptive study of the MMPI and industrially injured immigrant Hispanic workers. *Dissertation Abstracts International*, 52, 2290B.
- Clark, S. A., Callahan, W. J., Lichtszajn, J. et al., (1996). MMPI performance of Central-American refugees and Mexican immigrants. *Psychological Reports*, 79, 819-824.
- Clark, S. A., Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (1991). *MMPI performance of Hispanics by country of origin*. Unpublished manuscript, San Diego State University, San Diego, CA.

- Clark, S. A., Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (1992). MMPI-2 two-point codes of industrially injured Hispanic workers by *DSM-III-R* diagnosis. *Psychological Reports*, 71, 107-112.
- Clark, S. A., Velasquez, R. J., Callahan, W. J. y Lopez, C. (1993). MMPI-2 differences among Hispanic worker's compensation applicants by psychiatric diagnosis, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 24(2), 15-18.
- Colon, C. C. (1993). *Relationship between the MMPI-2 content scale and psychiatric symptoms with Puerto Rican college students and psychiatric patients*. Unpublished doctoral dissertation, Caribbean Center for Advanced Studies, San Juan, Puerto Rico.
- Conde López, V., Cuesta Zorita, M. J. y Fernández Abejón, M. D. (1986). Comparación de los perfiles del MMPI en función del resultado en la prueba de supresión con dexametasona en pacientes con depresión mayor [Comparison of MMPI profiles of major depression patients as a function of dexamethasone suppression test results]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 351-361.
- Contini, N. y Figueroa de Pucci, M. I. (1990a). *Perfil psicológico del adolescente de zona rural de Tucumán* [Psychological profile of the adolescent of rural Tucumán]. Unpublished manuscript.
- Contini, N. y Figueroa de Pucci, M. I. (1990b). *Personalidad en adolescentes de Tucumán* [Personality of adolescents in Tucumán]. Unpublished manuscript.
- Contini de González, E. N., Figueroa, M. I., Cohen, I. S. *et al.*, (2001). El MMPI-A en la identificación de rasgos psicopatológicos. Un estudio con adolescentes de Tucumán (Argentina) [The use of the MMPI-A in the identification of psychopathological traits in adolescents of Tucumán (Argentina)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 12, 85-96.
- Contini de González, N. (1982). *Actualizaciones. Dos tecnicas con fines psicodiagnósticos* [Updates. The aims of psychodiagnosis]. Unpublished manuscript, Universidad Nacional de Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Cuaderno Humanitas, Tucumán, Argentina.
- Contini de González, N., Figueroa, M. I. y Cohen Imach, S. (2000). Estudio comparativo de psicopatologías prevalentes en adolescentes de dos zonas geográficas de Tucumán (Argentina). [Prevalence study of Psychopathology for adolescents in the geographic zones of Tucumán (Argentina)]. *Revista del Departamento de Investigación, Facultad de Psicología*, 2, 7-18.
- Cook, W. A. (1996). Item validity of the MMPI-2 for a Hispanic and White clinical sample. *Dissertation Abstracts International*, 56, 5761B.
- Corbella, S., Beutler, L. E., Fernández-Álvarez, H. *et al.*, (2003). Measuring coping style and resistance among Spanish and Argentine samples: Development of the systematic treatment selection self-reports in Spanish. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 921-932.
- Corrales, M. L., Cabiya, J. J., Gómez, F. *et al.*, (1998). MMPI-2 and MMPI-A research with U. S. Latinos: A bibliography. *Psychological Reports*, 83, 1027-1033.
- Crespo, G. S. y Gómez, F. J. (1995). La Escala Superlativa S de Butcher y Han (1995): El fingimiento en la adaptación española del MMPI-2 [The Superlative Scale S of Butcher and Han (1995): The "fake-good" in the Spanish adaptation of the MMPI-2]. *Revista de Psicología*, 21, 5-39.
- Cruz-Niemiec, R. (2004). *Factores de tiempo y género sexual asociados al MMPI-2, version Hispana, con una muestra de hombres y mujeres portorriqueños/as* [Factors of time and generated sexual associations to the MMPI-2, Hispanic version, with a sample of Puerto Rican men and women]. Unpublished doctoral dissertation, Albizu University, San Juan, Puerto Rico.
- Cuellar, I., Arnold, B. y Maldonado, R. (1995). Acculturation Rating Scale for Mexican Americans II: A revision of the original ARSMA scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 275-304.
- Cuellar, I. y Roberts, R. E. (1997). Relations of depression, acculturation and socio-economic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19, 230-238.
- Dahlstrom, L.E. (1986). MMPI findings on other American minority groups. In W. G. Dahlstrom, D. Lachar, & L. E. Dahlstrom (Eds.), *MMPI patterns of American minorities* (pp. 50-86). Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Dahlstrom, W. G. Lachar, D. y Dahlstrom, L. E. (Eds.) (1986). *MMPI patterns of American minorities*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dana, R. H. (1988). Culturally diverse groups and MMPI interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 490-495.
- Dana, R. H. (1995). Culturally competent MMPI assessment of Hispanic populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 305-319.
- Dana, R. H. (1996). Assessment of acculturation in Hispanic population. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18, 317-328.
- Dana, R. H. (1997). Multicultural assessment and cultural identity: An assessment-intervention model. *World Psychology*, 3, 121-141.
- Dana, R. (2005). *Multicultural assessment: Principles, applications and examples*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- de Barbenza, C. M., Montoya, O. A. y Borel, M. T. (1978). The psychotic tetrad of the MMPI in a group of university students. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33(150), 79-86.
- de Flores, T., Ampudia, M., Tomas, J., Gussinye, M. et al., (1992). Papel de los factores psicológicos en la diabetes mellitus: morbilidad psiquiátrica y perfil psicopatológico [Weight of psychological factors in diabetes mellitus: Psychiatric morbidity and psychopathological profile]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(4), 139-147.
- de la Casa, L. G. y Lubow, R. E. (1994). Memory for attended and nominally nonattended stimuli in low and high psychotic-prone normal subjects: The effects of test-anticipation. *Personality and Individual Differences*, 17, 783-789.
- de la Casa, L. G., Ruiz, G. y Lubow, R. E. (1993). Latent inhibition and recall/recognition of irrelevant stimuli as a function of pre-exposure duration in high and low psychotic-prone normal subjects. *British Journal of Psychology*, 4, 119-132.
- de la Torre, J., Sánchez Nieto, J. A., Dominguez, M. A. y Echevarria, C. (1972). Study of social desirability and differential profiles by course on an attitude questionnaire. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 27, 414-416.
- Delgado Martin, M. E., Llorca, Ramón, G., Blanco González, A. L. et al., (1989). Psicósomática y cáncer [Psychosomatics and cancer]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 169-175.
- del Palacio, R., Rubio, J. L., de Nicolás, M. y López, N. (1997). Morbilidad psicológica después de un aborto espontáneo [Psychological morbidity after a spontaneous abortion]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 18(10), 15-23
- Díaz, A., Jurado, M., Lucio, G. E. y Cuevas, M. (2003). Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitarios [Detection of treatment dropout in university students]. *Psiquiatría*, 19(1), 1-9.
- Díaz González, R. J., Hidalgo Rodrigo, M. I., Santiago Guervós, M. M. et al., (1991). Una subescala del M. M. P. I. para la medida de la alexitimia en pacientes con E. U. D. [An MMPI subscale for the assessment of alexithymia in patients with the ulcerative duodenal disorder]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19(1), 52-57.
- Dolan, M. P., Roberts, W. R., Robinowitz, R. y Atkins, H. G. (1983). Personality differences among Black, White, and Hispanic-American male heroin addicts on MMPI content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 807-813.
- Dominguez, M. A. (1970). El cuestionario MMPI y su aplicación en el ejercito [Use of the MMPI in the military services]. *Revista de Médico y Cirugía de Guerra*, 32, 351-358.
- Donovan, N., Castellanos, J., Velásquez, R. J. y Orozco, V. (2002, May). *The relationship between hypochondriasis, health concerns, cynicism, acculturation, and health locus of control for Chicanos*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.

- DuAlba, L. y Scott, R. L. (1993). Somatization and malingering for workers' compensation applicants: A cross-cultural MMPI study. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 913-917.
- Dupertuis, D. G., Bolzan, C., Regner, E. y Kunzi, I. (1998, March). *Self-efficacy and personal dominance in severe personality disorders: Control or lack of control? An evaluation with the MMPI-2 and Argentinean alcoholics*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 Clearwater, FL.
- Dupertuis, D. G., Bolzan, C., Regner, E. y Kunzi, I. (1998, March). *Eating disorders and MMPI-2: An analysis of serious personality disorders (in Argentina)*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Clearwater, FL.
- Duran, P. C. (1996). *Estudios psicométricos del MMPI-2 en estudiantes universitarios* [Psychometric studies of the MMPI-2 on university students]. Unpublished master's thesis. Nacional University of Mexico, Mexico City.
- Duran, P. C., Lucio, E. y Reyes-Lagunes, I. (1993, July). *Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 español en México* [Factorial analysis of the MMPI-2 Spanish for Mexico]. Paper presented at the 24th Congreso Interamericano de Psicología, Ponencia Sociedad Interamericana de Psicología, Santiago, Chile.
- Echevarria, R. C., Torre, R. J., García Santa-Cruz, L. y Domínguez, M. A. (1969). Relación entre actitudes interpersonales, y neuroticismo y rasgos psicopáticos en universitarios españoles (MMPI y SIV de Gordon) [Relationship between interpersonal attitudes and neuroticism and psychopathy in Spanish university students (MMPI and SIV de Gordon)]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 26, 894-901.
- Erdmann, K., Velásquez, R. J., Flores, L. y Perez, J. (2000, May). *Applying the BSI and MMPI-2 in the assessment of Spanish speaking immigrant DUI offenders*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Espina, A. (2003). Eating disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *European Journal of Psychiatry*, 17, 201-211.
- Espina, A., Joaristi, L., Ortego, M. A. y de Alda, I. O. (2003). Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles. An exploratory study. *Estudios de Psicología*, 24, 359-375.
- Estalló Martí, J. A. y Forns, M. (1988). La escala de Esquizofrenia del MMPI en adolescentes normales [The MMPI Schizophrenia subscale in normal adolescents]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15, 23-32.
- Fantoni-Salvador, P. y Rogers, R. (1997). Spanish versions of the MMPI-2 and PAI: An investigation of concurrent validity with Hispanic patients. *Assessment*, 4, 29-39.
- Farias, J. M. P., Duran, C. y Gomez-Maqueo, E. L. (2003). MMPI-A temporal stability study through a test-retest design in a Mexican student sample. *Salud Mental*, 26(2), 59-66.
- Fierro, R. J. (1986). The psychological effects of early referral to vocational rehabilitation among Mexican-American industrially injured workers (Doctoral dissertation, United States International University, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 1657A.
- Fierro, R. J. y Leal, A. (1988). The psychological effects of early versus late referral to the vocational rehabilitation process: The case of Mexican origin industrially injured workers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 19, 35-39.
- Figuroa, M. I. (2001). *Factores psicossociales y de la personalidad asociados con el rendimiento académico en adolescentes del género femenino* [Psychosocial factors related to academic performance in female adolescents]. Unpublished master's thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Fisher, G. (1967). The performance male prisoners on the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale: II. Differences as a function of race and crime. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 473-475.
- Fitch, R. S. (1973). Examination of selected MMPI profiles of four groups of Spanish-American and Anglo-American adolescents females (Doctoral dissertation, Baylor University, 1972). *Dissertation Abstracts International*, 38, 2360B.

- Flaskerud, J. H. (1986). Diagnostic and treatment differences among five ethnic groups. *Psychological Reports*, 58, 219-225.
- Flores, L., Chavira, D. A., Velasquez, R. J. *et al.*, (1996, June). *MMPI-2 codetypes of Spanish speaking Hispanic DUI offenders*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Fogliatto, H. y Bruno de Cano, M. (1974). Observations on a program of vocational orientation at the secondary level. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29, 781-790.
- Fonseca Fábregas, L. E. (1983). Test de supresión de la dexametasona: Valoración a seis meses de la experiencia [Dexamethasone suppression test: Evaluation after six months of experience]. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 16, 129-143.
- Fournier, M. (2001, March). *Validation of the emotional scale using MMPI-2: A preliminary exploration of aggression predictive factors for the psychiatric population of Puerto Rico*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Tampa, FL.
- Fournier, M. y Cabiya, J. J. (1999, April). *Concurrent validity of MMPI-2 and MCMI-3 Spanish versions*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Fournier, M. y Cabiya, J. J. (2000, May). *Comparison between the personality scales of the MCMI-III, Morey's and Ben-Porath's*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the use of the MMPI-2 and MMPI-A Minneapolis, MN.
- Fowler, R. D. y Blaser, P. (1972, March). *Around the world in 566 items*. Paper given at the Seventh Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI, Mexico City, Mexico.
- Fox, B. y Sunlight, C. (1985, March). *The validity of MMPI critical items in different ethnics groups*. Paper presented at the 20th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI, Honolulu, HI.
- Fragoso, J. M., Walker, M. E., Barron, V. L. *et al.*, (2003, June). *MMPI-2 performance of Mexicans villagers and immigrants, Mexican Americans, and White Americans*. Paper presented at the 38th MMPI-2 Conference on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 y MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Francis, B. S. (1964). *Culture and sex role determinants of personality profiles*. Unpublished master's thesis, Trinity University, San Antonio, TX.
- Frank, J. G., Velasquez, R. J., Reimann, J. y Salazar, J. (1997, June). *MMPI-2 profiles of Latino, Black, and White rapists and child molesters on parole*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Frye, T. F. (1973). *An evaluative actuarial study of the MMPI utilizing an Anglo and Mexican-American sample*. Unpublished master's thesis. Trinity University, San Antonio, TX.
- Fuller, C. G. (1984). Comparisons of unacculturated and acculturated Hispanics with Blacks and Whites on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Dissertation Abstracts International*, 45, 1283B.
- Fuller, C. G. y Maloney, H. N., JR. (1984). A comparison of English and Spanish (Nuñez) translations of the MMPI. *Journal of Personality Assessment*. 48, 130-131.
- Gaba, R. J. (1988). *Profile constellations of males accused of sexually abusing children*. Unpublished master's thesis, Mount St. Mary's College, Los Angeles, CA.
- Gaba, R. J. (1990). *Hispanic sex offenders: Assessment with the MMPI-168*. Paper presented at the Annual meeting of the California State Psychological Association, San Francisco, CA.
- García, C. y Garrido, M. (2000). Minorities in the United States: A sociocultural context for mental health and developmental psychopathology. In A. J. Samer-off, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 177-195). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.
- García, O. (1995). *Adecuación de la traducción del MMPI-A* [Adequacy of the translation of the MMPI-A]. Unpublished dissertation, Caribbean Center for Advanced Studies, Miami, FL.

- García, O., Cabiya, J. J. y Margarida, M. T. (1996, August). *Adequacy of the Spanish translation of the MMPI-A in Puerto Rico*. Paper presented at the 104th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- García, R., Hoffman, N. y Butcher, J. N. (1983). *Spanish translation of the MMPI for Hispanic Americans*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- García-Alba, C. (2004). Anorexia and depression: Depressive comorbidity in anorexic adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 7, 40-52.
- García Carretero, L., Ledesma Jimeno, A., Llorca, Ramón, G. et al., (1990). Estudio de la personalidad y de la agresividad en pacientes cancerosos [Study of personality and aggressiveness in cancer patients]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 18, 34-46.
- García-Merita, M., Fuentes, I., Miquel, M. y Rojo, J. (1992). El M. M. P. I. en la evaluación de la esquizofrenia: Un nuevo enfoque [The MMPI in the evolution of schizophrenia: A new approach]. *Anales de Psiquiatría*, 8, 253-257.
- García-Merita, M. L., Balaguer, I. e Ibáñez, E. (1984). Problemas de validez en la escala de Depresión del M. M. P. I. [Validity problems in the Depresión scale of the MMPI]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 313-340.
- García-Peltoniemi, R. y Azan Chaviano, A. (1993). *MMPI-2: Inventario Multifásico de la Personalidad-2 Minnesota* [MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2]. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Garrido, M. (1996, June). *Integrating the MMPI-2 and the Thematic Apperception Test for culturally competent evaluations of Latinos: Three cases of Latino parents undergoing child custody evaluations*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Garrido M. (2000, May). *MMPI-A with Latinos: Review of the literature and illustrative case studies*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Garrido, M. (2001, March). *The MMPI-2 (Spanish) as indicator of parenting stress among Latinos*. Paper presented at the 36th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Safety Harbor, FL.
- Garrido, M., Diehl, S., Gionta, D. et al., (1999, April). *Prison adjustment: Predictive utility of MMPI-2 scales, Megargee types, and demographic data*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Garrido, M., Gionta, D., Diehl, S. y Boscia, M. (1998, March). *The Megargee MMPI-2 system of inmate classification: A study of its applicability with ethnically diverse prison inmates*. Paper presented at the 33rd Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Clearwater Beach, FL.
- Garrido, M. y Velásquez, R. (2005). Interpretation of Latino/Latina MMPI-2 profiles: Review and application of empirical findings and cultural-linguistic consideration. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 477-504). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garrido, M., Velasquez, R. J., Reimann, J. O. et al., (1997, June). *MMPI-2 performance of Hispanic and White abusive and neglectful parents*. Paper presented at the 32nd Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Geisinger, K. F. (Ed). (1992). *Psychologist testing of Hispanics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ghiju, B. G. (1982). *Estudio comparativo del manejo de la agresividad en un grupo de adolescentes mujeres mexicanas de distintos niveles socioeconómicos, utilizando el M. M. P. I.* [Study of aggressiveness of a group of female Mexican adolescents from different socioeconomic levels, using the MMPI]. Unpublished degree thesis, Nacional University of Mexico, Mexico City.

- Glatt, K. M. (1969). An evaluation of the French, Spanish, and German translations of the *MMPI*. *Acta Psychologica*, 29, 65-84.
- Goldberg, S. D. (1981). The use of the MMPI psychopathic deviate scale in evaluation of Mexican American patients: a symbolic integrationist's perspective (Doctoral dissertation, United States International University, 1980). *Dissertation Abstracts International*, 41, 4663B.
- Gomez, F. C., Johnson, R., Davis, Q. y Velasquez, R. J. (2000). *MMPI-A* performance of African and Mexican American adolescents first-time offenders. *Psychological Reports*, 87, 309-314.
- Gómez de Borda, M. I., González, G. J. A. y Llorca, R. G. (1988). Estudio psicológico del enfermo oncológico [Psychological study of oncological illness]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 9, 29-36.
- Gondra, J. M. (1975). The relationship of the self/ideal congruence index to change during therapy and to personality adjustment. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30, 585-607.
- Gondra Rezola, J. M. y Ortega Martínez, L. (1980). La distribución Q y las dimensiones básicas de la personalidad [Q-sort distribution in basic personality dimensions]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35, 279-286.
- González, L. D. (1979). *Estudio de correlación de las respuestas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de las escalas L, F, K, D y Si de normales, neuróticos, depresivos y esquizofrénicos en población Mexicana*. [Correlation study of the Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI) of L, F, K, D and Si scales in a Mexican sample of normals, neurotics, depressed and schizophrenics]. Unpublished degree thesis, National University of México, México City.
- González, M. A. A., Martin E. A., Despaigne, D. N. y Espinosa, A. L. (1983). Factores de personalidad, depresión y concentración de la atención en el bocio tóxico difuso [Personality factors, depression and concentration of toxic goiter]. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2, 274-381.
- González del Pino, D. T., Lopez Navarro, A. y Dominguez, A. (1969). A differential study of the MMPI neurotic triad and Pd scales for Spanish university students. *Revista de Psicología General Aplicada*, 24, 728-733.
- González-Ibañez, A., Mercadé, P. V., Aymamí, N. y Pastor, C. (1990). Variables de personalidad, juego patológico [Personality variables and pathological gambling]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 203-209.
- González-Ibañez, A., Mora, M., Gutiérrez-Maldonado, J. et al., (2005). Pathological gambling and age: Differences in personality, psychopathology, and response to treatment variables. *Addictive Behaviors*, 30, 383-388.
- Graham, J. R. (1993). Use of special groups. In J. R. Graham (Ed.). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd ed., pp. 193-217). New York: Oxford University Press.
- Grassot Esteba, G. y Llinas Regla, J. (1997). Psychopathological comparación entre SCL-90-R y otros psychometric instrumento [Psychopathological comparison between SCL-90-R and other psychometric instruments]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 18(4), 43-50.
- Grau, A. (1991). Estudio neuropsicológico del trastorno obsesivo-compulsivo (primera parte) [Neuropsychological study of obsessive-compulsive disorder: I]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(1), 11-22.
- Grau, A., (1992). Estudio neuropsicológico del trastorno obsesivo-compulsivo (segunda parte) [A neuropsychological study of obsessive-compulsive disorder: II]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18(2), 49-58.
- Greene, R. L. (1987). Ethnicity and MMPI performance: A review. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 55, 497-512.
- Greene, R. L. (1991). Specific groups: Adolescents, the aged, Blacks, and other ethnic minority groups. In R. L. Greene (Ed.), *The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual* (pp. 331-354). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Greenwood, K., Velasquez, R. J., Suarez, R. *et al.*, (1998, March). *MMPI-2/MMPI-A profiles of Latino mother and daughter dyads in an outpatient community mental health center*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Clearwater, FL.
- Griffith, J. (1983). Relationship between acculturation and psychological impairment in adult Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 5, 431-439.
- Grillo, J. (1994, August). *Under-representation of Hispanic Americans in the MMPI-2 normative group*. Paper presented at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.
- Gumbiner, J. (1998). MMPI-A profiles of Hispanic adolescents. *Psychological Reports*, 82, 659-672.
- Gumbiner, J., Arriaga, T. y Stevens, A. (1999). Comparison of MMPI-A, Marks and Briggs, and MMPI-2 norms for juvenile delinquents. *Psychological Reports*, 84, 761-766.
- Guthrie, G. M. y Lonner, W. J. (1986). Assessment of personality and psychopathology. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 231-269). Beverly Hills, CA: Sage.
- Guzman, D. S. (1979). *Analysis of Mexican-American and Anglo-American differences on the MMPI*. Unpublished master's thesis, San Jose State University, San Jose, CA.
- Gynther, M. D. (1983). MMPI interpretation: The effects of demographic variables. In C. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 3 pp. 175-193). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hagemeijer, A. V., Gil, E. G. y Nogues, J. M. P. (2003). Psychopathology and gender identity disorder. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(3), 147-151.
- Hall, G. C. N., Bansal, A. y Lopez, I. R. (1999). Ethnicity and psychopathology: A meta-analytic review of 31 years of comparative MMPI/MMPI-2 research. *Psychological assessment*, 11, 186-197.
- Hargrave, G. E. y Berner, J. G. (1984). *POST psychological screening manual*. Sacramento, CA: California Commission on Peace Officer Standards and Training.
- Haskell, A. (1996). Mexican American and Anglo American endorsement of items on the MMPI-2 Scale 2, the Center for Epidemiological Studies Depression Scale, and the Cohen-Hoberman Inventory for Physical Symptoms. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4708B.
- Hathaway, S. R. (1970, March). *The MMPI development*. Paper presented at the Conference on Recent Developments in the Use of the MMPI, Mexico City, Mexico.
- Hathaway, S. R., Bernal, A., Colon, A. *et al.*, (1959). *Inventario Multifacético de la Personalidad. Edición limitada y experimental* [Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Limited experimental edition]. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Herl, D. (1976). Personality characteristics in a sample of heroin addict methadone maintenance applicants. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 807-813.
- Hernandez, J. (1994). *The MMPI-2 performance as a function of acculturation*. Unpublished master's thesis, Sam Houston State University, Huntsville, TX.
- Hernandez, J. S. y Kordinak, S. T. (1998, March). *The relationship between MMPI-2 performance and acculturation*. Paper presented at the 16th International Conference on Personality Assessment, Clearwater, FL.
- Hernandez, Q. y Lucio, G. M. E. (2002, May). *Personality and IQ of high-performance Mexican adolescent students*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Hibbs, B. J., Kobos, J. C. y Gonzalez, J. (1979). Effects of ethnicity, sex, and age on MMPI profiles. *Psychological Reports*, 45, 591-597.
- Himmel, E., Maltes, S. G. y Rissetti, F. J. (1979). *Validez de constructo del MMPI en la población universitaria chilena: Un enfoque transcultural* [Construct validity of the MMPI in the Chilean university population: A cross-cultural approach] (Report No. 9). Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría Académica, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Departamento de Salud Estudiantil.

- Hinkle, J. S. (1994). Counselor and cross-cultural assessment: A practical guide to information and training. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27, 103-115.
- Hoffmann, T., Dana, R. H. y Bolton, B. (1985). Measured acculturation and MMPI: Performance of Native Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 243-256.
- Holland, T. R. (1979). Ethnic group differences in MMPI profile pattern and factorial structure among adult offenders. *Journal of Personality Assessment*, 43, 72-77.
- Hudak, K. V. B. (2001). An investigation of variables related to attrition of Hispanic men from domestic violence treatment program. *Dissertation Abstracts International*, 61, 6137B.
- Hutton, H. E., Smith, R. y Langfeldt, V. (1989, May). *Ethnic differences on the MMPI-based over-controlled hostility scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the California Forensic Mental Health Association, Asilomar, CA.
- Inwald, R. E. (1980, August). *Effect of two-parent background on race differences in psychological testing*. Paper presented at the 88th Annual Convention of the American Psychological Association, Montreal, Quebec, Canada.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1990). *INEGI censo: Nacional de Población* [INEGI census: National Population]. Mexico City, Mexico: Autor.
- Izaguirre-Hernandez, C., Sanchez-Quintanar, C. y Avila-Mendez, Y. (1970). *Normas de calificación del MMPI en adolescentes del E. N. P. de U. N. A. M.* [MMPI norms for classification of adolescents of the National Preparatory School of the UNAM.]. Professional thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Jacobs, R. (1976). A study of drinking behavior and personality characteristics of three ethnic groups (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles, 1975). *Dissertation Abstracts International*, 36, 5796B.
- Jana, Y. A. (2001). The effectiveness of the MMPI-2 in detecting malingered schizophrenia in adult female inmates in Puerto Rico who receive coaching on diagnostic-specific criteria. *Dissertation Abstracts International*, 62, 1084B.
- Jella, S. H., Penn, N., Boscan, D. et al., (2001a, May). *MMPI-2 profiles of Mexican DUI offenders and collage students*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Development in the Use of the MMPI-2, Tampa, FL.
- Jella, S. H., Penn, N., Boscan, D. et al., (2001b, August). *MMPI-2 profiles of Mexican born DUI offenders and non-offenders*. Paper presented at the 109th Annual Convention on the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Jenkins, J. H. (1988). Ethno psychiatric interpretations of schizophrenic illness: The problem of nervousness within Mexican American families. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 12, 301-329.
- Jiménez Gómez, F. y Sánchez Crespo, G. (2002). Sensibilidad al fingimiento de la Escala Psiquiátrica *Fp* de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) en la adaptación española del MMPI-2 [Sensitivity to faking in Arbisi and Ben-Porath's Psychiatric *Fp* scale (1995, 1998) in the Spanish adaptation of the MMPI-2]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 14, 119-134.
- Jiménez Gómez, F. y Sánchez Crespo, G. y Guadalupe, F. (2001). La contribución de las subescalas Obvio-Sutil del MMPI-2 en la detección del fingimiento [The contribution of Obvious-Subtle subscales of the MMPI-2 to malingering detection]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 111-130.
- Jiménez Gómez, F. y Sánchez Crespo, G. y Guadalupe, F. (2003). Fingimiento de la imagen e índice de simulación F-K de Gough en la adaptación Española de MMPI-2 [Feigned imagery and Gough's F-K simulation index in the Spanish adaptation of the MMPI-2]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56, 311-323.
- Jiménez-Jiménez, F. J., Santos, J., Zancada, F. et al., (1992). "Premorbid" personality of patients with Parkinson's disease. *Acta Neurológica*, 14, 208-214.

- Jones, B. E., Gray, B. A. y Parson, E. B. (1983). Manic-depressive illness among poor urban Hispanics. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1208-1210.
- Justes, S. M., Cuello, J. D., Manso, J. A. et al., (2004). Relationship between malingered psychometric profiles at personality styles in prisoners. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 264-268.
- Karle, H. R. (1994). *Comparability of the English and Spanish versions of the MMPI-2: A study of Latino bilingual-bicultural students*. Unpublished master's thesis, San Diego State University, San Diego, CA.
- Karle, H. R. y Velasquez, R. J. (1995, August). *Comparability of the English and Spanish versions of the MMPI-2: A study of Latinos*. Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, New York.
- Knatz, H. F., Inwald, R. E., Brockwell, A. L. y Tran, L. N. (1992). IPI and MMPI predictions of counterproductive job behavior by racial group. *Journal of Business & Psychology*, 7, 189-201.
- Kwant, F., Rice, J. A. y Hays, J. R. (1976). The use of the heroin addiction scale to differentiate addicts from rehabilitation clients. *Psychological Reports*, 38, 547-553.
- Labastida, V. M. (1998). *Estudio para determinar las características de personalidad que influyen en la decisión de la carrera de cirujano de la UNAM* [Study of personality characteristics that influence dropouts in the career of surgery at UNAM]. Unpublished degree thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Ladd, J. S. (1996). MMPI-2 critical item norms in chemically dependent inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 367-372.
- Lapham, S. C., Skipper, B. J., Owen, J. P. et al., (1995). Alcohol abuse screening instruments: Normative test data collected for a first DUI offender screening program. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 51-59.
- Lapham S. C., Skipper, B. J. y Simpson, G. L. (1997). A prospective study of the utility of the standardized instruments in predicting recidivism among first DWI offenders. *Journal Studies of Alcohol*, 58, 524-530.
- Larraz de Izaurieta, M. (1980). *Pareja infértiles: Interrelación de factores de personalidad* [Infertile parents: Interrelation of personality factors]. Unpublished professional thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Lastiri Lopez, M. A. (1971). *Estudio comparativo del perfil de la triada neurótica del MMPI en diferentes grupos socio-económicos de adolescentes mexicanos* [Comparative study of the MMPI neurotic triad profile in different socioeconomic groups of Mexican adolescents]. Unpublished professional thesis, National University of Mexico, Mexico, City.
- Lawson, H. H. (1980). Psychopathologic an attitude toward mental illness of Mexican-American and European-American patients (Doctoral dissertation, University of Arizona, 1979). *Dissertation Abstracts International*, 40, 3945B-3946B.
- Lawson, H. H., Kahn, M. W. y Heiman, E. M. (1982). Psychopathology, treatment outcome and attitudes toward mental illness in Mexican American and European patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 28, 20-26.
- Ledwin, A. G. (1983a). A comparative study of the MMPI-Español and a culturally sensitive linguistic version (Doctoral dissertation, United States International University, 1982). *Dissertation Abstracts International*, 43, 3884A.
- Ledwin, A. G. (1983b, April). *A comparison between the MMPI-Español and a culturally linguistic revision*. Paper presented at the 18th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI, Minneapolis, MN.
- Leon, I. y Lucio, G. M. E. (1998, March). *Consistency and internal structure of the substance abuse scales of the MMPI-2*. Paper presented at the 33rd Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Clearwater, FL.

- León, I. y Lucio, E. (1999). Consistencia y estructura interna de las escalas de abuso de sustancias del MMPI-2 [Internal consistency and structure of the MMPI-2 substance abuse scales]. *Salud Mental*, 22(3), 14-19.
- León, O. G. y Suero, M. (2000). Regresión toward the mean associated with extreme groups and the evaluation of improvement. *Psicothema*, 12, 145-149.
- Lessenger, L. H. (1997). Acculturation and MMPI-2 scale scores of Mexican-American substance abuse patients. *Psychological Reports*, 80, 1181-1182.
- Leung, R. (1986). MMPI scoring as a function of ethnicity and acculturation: A comparison of Asian, Hispanic, and Caucasian gifted high school students. *Dissertation Abstracts International*, 47, 2622B.
- Llorca, G., Martín, T., Derecho, J. y Gómez, M. J. (1991). Personalidad y emesis en el paciente tratado con quimioterapia antineoplásica [Personality and emesis in patients treated with antineoplastic chemotherapy]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, 327-332.
- Llorente, J. M. y Onaindia, E. (1987). Personalidad y dependencia a opiáceos [Personality and opiate dependence]. *Avances en Psicología, Clínica Latinoamericana*, 5, 99-113.
- López, F. J. C. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain*, 4, 120-128.
- Lopez, S. (1988). The empirical basis of ethnocultural and linguistic bias in mental health evaluations of Hispanics. *American Psychologist*, 43, 1095-1097.
- López, S. y Weisman, A. (2004). Integrating a cultural perspective in psychological test development. In R. J. Velásquez, L. M. Arellano, & B. W. McNeill (Eds.), *The handbook of Chicana/o psychology and mental health* (pp. 129-151). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lopez-Ramirez, N. I. (1987). The impact of changing environment on six behavioral and psychological traits in Puerto Rican adults (Doctoral dissertation, Pennsylvania State University, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 2960A.
- López Ríos F. y Gil Roales-Nieto, J. (2001). Características del fumador y su relación con el abandono del tabaco en programas de intervención no aversivos [Characteristics of the smoker and their relation with smoking cessation in aversive intervention programs] *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 333-351.
- Loy, A., Alvarez, M., Durán, A. y Almagro, D. (1981). Consideraciones psicopatológicas en un grupo de hemofílicos adultos: Informe preliminar [Psychopathological considerations in a group of adult hemophiliacs: Preliminary information]. *Revista Cubana de Medicina*, 20, 38-44.
- Loya, F. y Munoz, A. (1981, March). *A comparison of the MMPI scales among Anglo, Black, and Hispanic individuals*. Paper presented at the Seventh International Conference on Personality Assessment, Honolulu, HI.
- Lucio, E. (1976). Presencia de algunas características hipocondriacas en estudiantes de medicina [Presence of Hypochondria characteristics in medical students]. *Revista de Psiquiatría*, 6(3), 44-49.
- Lucio, E. (1994). *Manual para la administración y calificación del MMPI-2* [Manual for administration and scoring of the MMPI-2]. Mexico City, Mexico: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, P.C. (1998). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes: MMPI-A* [Manual for the administration and scoring of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents: MMPI-A]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Lucio, E., Ampudia, A., Gallegos, L. y Jurado, F. (1996). Características de personalidad en un grupo de pacientes con dermatitis atópica: Estudio piloto [Personality traits in a group of patients with atopic dermatitis: Pilot study]. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 5, 166-176.
- Lucio, E., Ampudia-Rueda, A., Durán-Patino, C. et al., (1999). The new version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Mexican adolescents. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 217-226.

- Lucio, E., Díaz, A., Jurado, M. y Cuevas, M. (2003). Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitarios [Detection of treatment rejection in the university students]. *Psiquiatría*, 19, 1-9.
- Lucio, E. y Labastida, M. (1993). Características de personalidad que influyen en la deserción de la carrera de médico cirujano de la U.N.A.M. [Personality traits associated with dropout rates of medical students at UNAM]. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1), 44-49.
- Lucio, E., Monzon, G. L., Oyervides, G. S. y Larraguivel, G. (1996, June). *Development of an MMPI-2 in frequency scale for use with Mexican psychopathological populations: The F "psi" scale for Mexico*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, E. y Palacios, H. (1994, May). *MMPI in Mexican psychiatric inpatients: Validity, standard and content scales*. Paper presented at the 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, E., Perez, F. J. M. y Ampudia, R. A. (1996, May). *A reliability test-retest of the MMPI-2 in a group of Mexican university students*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, E. y Reyes-Lagunes, I. (1992, May). *Adaptation of the MMPI-2 Spanish version to Mexican college students*. Paper presented at the 27th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, E. y Reyes-Lagunes, I. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality assessment*, 63, 105-116.
- Lucio, E., Reyes-Lagunes, I. y Scott, R. L. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality assessment*, 63, 105-116.
- Lucio, G. E. (2000). Case of Alejandro. In J. N. Butcher, B. Ellertsen, B. Ubostad, E. Bubo, G. E. Lucio, J. Lim, et al., (Eds.), *International case studies on the MMPI-A: An objective approach* (pp. 28-37). Minneapolis, MN: MMPI-2 Workshops.
- Lucio, G. E., Ampudia, A., Duran, C. et al., (2001). Comparison of the Mexican and American norms of the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1459-1468.
- Lucio, G. E., Duran, C., Graham, J. R. y Ben-Porath, Y. S. (2002). Identifying faking bad of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent with Mexican adolescents. *Assessment*, 9, 62-69.
- Lucio, G. M. E. (1995a, March). *El uso de las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2 con personas de habla hispana* [Use of the MMPI-2 clinical and content scales with Spanish speakers]. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Development in the Use of the MMPI-2, St. Petersburg, FL.
- Lucio, G. M. E. (1995b). *MMPI-2: Manual para aplicación y calificación*. Mexico City: El Manual Moderno.
- Lucio, G. M. E., Ampudia, A. R. y Durán, C. P. (1996, May). *Development and normalization of the MMPI-A Spanish version for Mexico*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-3, Minneapolis, MN.
- Lucio, G. M. E., Ampudia, R. A. y Durán, P. C. (1997, June). *A test-retest reliability study of the MMPI-A in a group of Mexican adolescents*. Paper presented at the Clinical Workshops on the MMPI-2 and MMPI-A and the 32nd Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, G. M. E. Córdova, G. V. y Hernández, Q. (2002a, May). *Discriminative sensitivity of the Koss-Butcher and Lachar-Wrobel critical item sets in alcoholic patients*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Development in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Lucio, G. M. E., Córdova, I. V. y Hernández, C. Q. (2002b). Sensibilidad discriminativa de los Koss-Butcher and Lachar-Wrobel escalas [Discriminant sensitivity of the Koss-Butcher and Lachar-Wrobel scales]. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 6(1), 103-115.

- Lucio, G. M. E., Gallegos, M. L., Durán, P. C. y Jurado, F. (1999). Factores de personalidad y sucesos de vida que inciden en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica [Personality traits and life-events related to the treatment of patients who suffer from atopic dermatitis]. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 5(3), 66-75.
- Lucio, G. M. E., Loza, G. y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad del adolescente suicida [Stressful life events and the personality of adolescents who attempted suicide]. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(2), 58-65.
- Lucio, G. M. E., Palacios, H., Durán, C. y Butcher, J. N. (1999). MMPI-2 with Mexican psychiatric inpatients: Basic and content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1541-1552.
- Lucio, G. M. E., Perez, F. J. M. y Ampudia, A. (1997). Un estudio de confiabilidad con el MMPI-2 en un grupo de estudiantes universitarios [A reability study of the MMPI-2 in a group of the university students]. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 55-62.
- Lucio, G. M. E. y Reyes-Lagunes, I. (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos [The new versión of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2 for Mexican university students]. *Revista Mexicana de Psicología*, 11, 45-54.
- Lucio, G. M. E. y Reyes-Lagunes, I. (1996). The Mexican version of the MMPI-2 in Mexico and Nicaragua: Translation, adaptation, and demonstrated equivalency. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of MMPI-2* (pp. 265-283). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Madariaga, M. y Guttin, E. (1980). *Estudio comparativo de los rasgos de personalidad de dos grupos diferentes áreas Físico Matemática y el área de Disciplinas Sociales de la escuela preparatoria 5, mediante el uso del MMPI*. [Comparative study of the personality characteristics of two groups from different areas, Physical Mathematics and the Social Disciplines area, of Preparatory School 5, using the MMPI]. Unpublished undergraduated thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Maiocco, M. (1996). The relationship between ethnicity and somatization in workers' compensation claimants (African-American, Hispanic). *Dissertation Abstracts International*, 57, 2199B.
- Malgady, R. G. y Rogler, L. H. (1993). Mental health status among Puerto Ricans, Mexican-Americans and non-Hispanic Whites: The case of the misbegotten hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 21, 383-388.
- Malgady, R. G., Rogler, L. H. y Constantino, G. (1987). Ethno-cultural and linguistic bias in the mental health evaluation of Hispanic. *American Psychologist*, 42, 228-234.
- Malinchoc, M., Colligan, R.C. y Offord, K. P. (1996). Assessing explanatory style in teenagers: Adolescent norms for the MMPI Optimism-Pessimism scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 285-295.
- Maness, P. J., Gomez, N., Velásquez, R. J. et al., (2000, May). *Gender differences of the MMPI-2 for Columbian university students*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Maness, P. J., Savino, A. V., Lopez, C. et al., (2000, May). *Comparison of homeless White and African American males on various MMPI-2 scales*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Maness, P., Silkowski, S., Velasquez, R. J. et al., (2001, March). *Ethnic comparisons on the MMPI-2 and male sex offenders*. Paper presented at the 36th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Safety Harbor, FL.
- Marcos, T. (1985). Proceso de validación estructural de la escala NF/F para la evaluación de la psicogeneidad del dolor [Structural validation of the NF/F scale to evaluate the psychological factors involved in pain]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 239-248.
- Marcos, T., & Guijarro, A. (1989). Un caso de afasia amnésica postraumática [A case of posttraumatic amnesic aphasia]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona*, 16, 53-55.

- Martín, M. J., Riesco, N., Treserra, J. y Valdés, M. (1991). Efectividad en el entrenamiento asertivo y rasgos de personalidad [Effectiveness of assertiveness training and personality traits]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17(51), 7-15.
- Martín, R. J., Akamski, R. y Boenicke, C. (1977). Psychological disorders in patients with epilepsy caused by tumors. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 32(145), 193-210.
- Martinez, A. D., Baizabal, M. M. J., Maqueo, E. L. G. y Abad, M. C. (2003). Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitarios [Detection of treatment refusal in undergraduates]. *Psiquiatría*, 19(1), 1-9.
- Martinez de Gandell, M. D. (1983). Personality profiles and psychological orientations of employed and unemployed rehabilitated male heroin addicts: A comparison study (Doctoral dissertation, Ohio State University, 1981). *Dissertation Abstracts Internacional*, 42, 4588A.
- Mason, K. (1997). Ethnic identity and the MMPI-2 profiles of Hispanic male veterans diagnosed with PTSD. *Dissertation Abstracts Internacional*, 58, 2129B.
- Matias, J., Blanco, A. L., Llorca, G., Montejo, A. L. et al., (1995). Psicooncología: Influencia de la Percepción externa sobre los rasgos de personalidad en mujeres con cáncer [Psychooncology, Influence of external perception on the personality characteristics of women with cancer]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 23(1), 5-8.
- Matias Polo, J., Llorca, Ramón, G., Blanco González, A. L. et al., (1990). Aspectos psicopatológicos del cáncer en ginecología: Cáncer de mama [Psychopathological aspects of cancer in gynecology: Breast cancer]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 18(1), 54-61.
- McCormick, R. J. (1986). Personality concomitants of the Puerto Rican syndrome as reflected in the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Doctoral dissertation, Rutgers University, 1986). *Dissertation Abstracts Internacional*, 47, 4691B.
- McCreary, C. y Padilla, E. (1977). Las diferencias de MMPI como los anglo, africano-americano, y mexicano-americanos delincuentes [MMPI differences among Anglo, African-American, and Mexican-American male offenders]. In R. Núñez (Ed.), *Pruebas psicométricas de la personalidad* (pp. 67-84). Mexico City, Mexico: Trillas.
- McGill, J. C. (1980). MMPI score differences among Anglo, Black, and Mexican-American welfare recipients. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 147-151.
- Meadow, A., Stoker, D. H. y Zurcher, L. A. (1967). Sex role and schizophrenia: A cross-cultural study. *British Journal of Social Psychiatry*, 1, 250-259.
- Mena Franco, J. (1965). *Estudio psicológico sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota y su aplicación a dos grupos de pacientes mexicanas* [A psychological study of the MMPI and its application with two groups of Mexican patients]. Unpublished dissertation, National University of Mexico, Mexico City.
- Mendizabal, P. (1993). *Grado de correspondencia entre el MMPI y la forma abreviada (Mini-Mult) en una muestra de pacientes del servicio de psiquiatría del hospital H. Delgado de Arequipa* [Degree of agreement between the MMPI abbreviated form (Mini-Mult) in a sample of patients from the psychiatry department of Delgado Hospital in Arequipa]. Unpublished degree thesis, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Mendoza-Newman, M. C. (1998, May). *Challenges in the psychological assessment of Latino adolescents: MMPI-A*. Paper presented at the Innovations in Chicano Psychology: Looking Toward the 21st Century Conference, East Lansing, MI.
- Mendoza-Newman, M. C. (2000). Level of acculturation, socioeconomic status, and the MMPI-A performance of a non-clinical Hispanic adolescent sample. *Dissertation Abstracts Internacional*, 60, 897B.
- Mendoza-Newman, M. C., Greene, R. L. y Velasquez, R. J. (2000, August). *Acculturation, SES, and the MMPI-A of Hispanic adolescents*. Paper presented at 108th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

- Miranda, A. O. y Umhoefer, D. L. (1998). Depression and social interest differences between Latinos in dissimilar acculturation stage. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 159-171.
- Miranda, J., Azocar, F., Organista, K. C. et al., (1996). Recruiting and retraining low-income Latinos in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 868-874.
- Modrego, P. J., Pina, M. A., Galindo, M. y Míngues, J. (2002). Study of psychopathology in patients with chronic non-lesional epilepsy: A Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profile controlled study. *European Neurology*, 48, 80-86.
- Moncayo, J. (1966). Estudio preliminar a la adaptación del MMPI en el Ecuador [Preliminary study to the adaptation of the MMPI in Ecuador]. *Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, 14, 543-587.
- Monras, M. y Salamero, M. (1998). Criterios de dependencia del alcohol: validez de sus factores y relación con los perfiles neuropsicológicos [Alcohol dependence criteria: Factor validity and relation with neuropsychological profiles]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25(2), 53-61.
- Montgomery, G. T., Arnold, B. R. y Orozco, S. (1990). MMPI supplemental scales performance of Mexican Americans. *Journal of Personality Assessment*, 54, 328-342.
- Montgomery, G. T. y Orozco, S. (1985). Mexican American's performance of the MMPI as a function of level of acculturation. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 203-212.
- Montoya, O. A. et al., (1977). La triada neurótica del MMPI en un grupo de estudiantes universitarios [The neurotic triad in a group of college students]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 149, 1077-1083.
- Monzon, I. (2001). *Los rasgos de la personalidad del adolescente medidos con el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A) y su relación con el desempeño escolar en una muestra de estudiantes de Bachillerato*. [Adolescent personality characteristics measured with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents (MMPI-A) and their relation to academic achievement in a sample of students from preparatory school]. Unpublished master's thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Monzon, L. y Lucio, E. (1996). Scoring and interpretation for the MMPI-2 [Computer software]. Mexico, Mexico City: Author.
- Morales Meseguer, J. M. y Ortiz, Zabala, M. (1995). Análisis discriminante y validez concurrente de los cuestionarios de personalidad. Las escalas clínicas del MMPI [Discriminant analysis and concurrent validity of personality inventories. The MMPI clinical scales]. *Anales de Psiquiatría*, 11, 274-277.
- Moreland, K. L. (1990). Using the MMPI-2 with American minorities. *Critical Items: A Newsletter for the MMPI Community*, 6, 1-2.
- Morris, R. B. (1983, May). *A Comparison of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and the Inventario Multifásico de la Personalidad with bilingual subjects*. Paper presented at the 18th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI, Minneapolis, MN.
- Murphy, J. R. (1981). Mexican American's performance of the MMPI as compared with Anglo Americans (Doctoral dissertation, United States International University, 1978). *Dissertation Abstracts International*, 41, 3582B.
- Navarro, R. (1971). El MMPI (Español) aplicado a jóvenes mexicanos: Influencias de sexo, edad y nivel de inteligencia [The MMPI (Spanish) applied to Mexican youngsters: Sex, age and intelligence influence]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 5(3-4), 127-137.
- Navarro, R. (1973). Orientación vocacional primer ingreso, cambio de carrera, y sexo en el MMPI [Vocational orientation, college entrance, career change, and sex on the MMPI]. *Revista Inter-Americana de Psicología*, 7, 1-2.
- Negy, C., Leal-Puente, L., Trainor, D. J. y Carlson, R. (1997). Mexican American adolescent's performance on the MMPI-A. *Journal of Personality Assessment*, 69, 205-214.

- Negy, C. y Snyder, D. K. (1997). Ethnicity and acculturation: Assessing Mexican-American couple's relationships using the Marital Satisfaction Inventory-Revised. *Psychological Assessment*, 9, 414-421.
- Nelson, D. V., Novy, D. M., Averill, M. y Berry, L. A. (1996). Ethnic comparability of the MMPI in pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 485-497.
- Netto, D. S., Aguila-Puentes, G., Burns, W. J. et al., (1998, August). *Brain injury and the MMPI-2: Neurocorrection for Hispanics*. Paper presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Nogueras, J. A. (1983). The standardization of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) on a selected group of migrant and non-migrant Puerto Rican students (Doctoral dissertation, Pennsylvania State University, 1983). *Dissertation Abstracts International*, 44, 119A.
- North, R. C. (1991). *Item analysis of MMPI Scale 8 in a Spanish translation*. Unpublished doctoral dissertation, Cambridge Graduate School of Psychology, Los Angeles.
- Novy, D. M., Nelson, D. V., Goodwin, J. y Rowzee, R. D. (1993). Psychometric comparability of the State-Trait Anxiety Inventory for different ethnic subpopulations. *Psychological Assessment*, 5, 343-349.
- Novy, D. M., Nelson, D. V., Smith, K. G. y Rogers, P. A. (1995). Psychometric comparability of the English- and Spanish-language versions of the State-Trait Anxiety Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 209-224.
- Núñez, P., Valdés, M., García, L. y Marcos, T. (1986). Alexitimia e inteligencia verbal: ¿Lateralización o déficit hemisférico? [Alexithymia and verbal intelligence: Lateralization or hemispheric deficit?]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 392-398.
- Núñez, R. (1967). *Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español* [The Spanish MMPI]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Núñez, R. (1979). *Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología* [Application of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) for psychopathology]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Núñez, R. (1987). *Pruebas psicométricas de la personalidad* [Personality Psychometric tests]. Mexico City, Mexico: Trillas.
- Ochoa, M. E., López-Ibor Aliño, J. J., Pérez de los Cobos Peris, J. C. y Cebollada Gracia, A. (1992). Tratamiento de deshabitación con naltrexona en la dependencia de opiáceos [Withdrawal treatment with naltrexone in opiate dependence]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(5), 215-229.
- Ojeda, S. (1980). *A cross-cultural comparison of MMPI scores of Chicano and Anglo abusive mothers*. Unpublished master's thesis, San Jose State University, San Jose, CA.
- Olea Renovales, M. J. (1993). La red social en el estudio global de los pacientes psiquiátricos [Social network in the global study of psychiatric patients]. *Anales de Psiquiatría*, 9, 355-362.
- Olmeda García, M. S., García Cabeza, I. y Morante Fernández, L. (1998). Burnout en profesionales de salud mental [Burnout in mental health workers]. *Anales de Psiquiatría*, 14, 48-55.
- Orozco, S. (1994). Acculturation levels of Mexican-American college students and performance on personality assessment inventories (Doctoral dissertation, Texas A&M University, 1994). *Dissertation Abstracts International*, 54, 5950B.
- Ordaz, M. y Villegas, C. (2000). *Perfil de personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno de personalidad* [Personality profile and assertiveness level of a group of borderline patients]. Unpublished degree dissertation, National University of Mexico, Mexico City.
- Padilla, A.M., (1992). Reflections on testing: Emerging trends and new possibilities. In K. F. Geisinger (Ed.), *Psychological testing of Hispanics* (pp. 271-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Padilla, A. M. y Ruiz, R. A. (1975). Personality assessment and test interpretation of, Mexican Americans: A critique, *Journal of Personality Assessment*, 38, 103-109.

- Padilla, E. R., Olmedo, E. L. y Loya, F. (1982). Acculturation and the MMPI performance of Chicano and Anglo college students. *Journal of Behavioral Sciences*, 4, 451-466.
- Padrós, F. y Fernández, C. J. (2001). Escala de Gaudibilidad de Padrós: Una propuesta para medir la disposición a experimentar bienestar [Padrós's scale of the ability to Enjoy: A proposal for measuring the capacity to experience well-being]. *Boletín de Psicología (Spain)*, 71, 7-28.
- Page, D. (1987). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory differences among Chicano, Anglo, and Black schizophrenics*. Unpublished senior project, California Polytechnic State University, San Luis Obispo.
- Page, R.D. y Bozlee, S. (1982). A cross-cultural MMPI comparison of alcoholics. *Psychological Reports*, 50, 639-646.
- Palacios, H. (1993). *Análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2: Comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios* [MMPI-2 discrimination: Profile comparison between psychiatric patients and college students]. Unpublished master's thesis, National University of Mexico, Mexico City.
- Palacios, H. y Lucio, E. (1993, March). *Resultados preliminares de las escalas de validez del MMPI-2 en pacientes psiquiátricos*. [Preliminary results of MMPI-2 validity scales in psychiatric patients]. Paper presented at the Third Institutional Clinical Psychology Convention, Fray Bernardino Alvarez Hospital, Mexico City, Mexico.
- Pampa, W. M. y Scott, R. (1998, March). *The MMPI-2 in Peru: A pilot normative sample*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Clearwater, FL.
- Pampa, W. y Scott, R. (2000). Case of Adriana. In J. N. Butcher, B. Ellertsen, B. Ubostad, E. Budd, E. Lucio, J. Lim, et al. (Eds.), *International case studies on the MMPI-A: An objective approach* (pp. 62-70). Minneapolis, MN: MMPI-2 Workshops.
- Pando, J. R. (1974). Appraisal of various clinical scale of the Spanish version of the Mini-Mult with Spanish Americans (Doctoral dissertation, Adelphi University, 1974). *Dissertation Abstracts International*, 34, 5688B.
- Paz, J.M. (1952). *La personalidad de los estudiantes de medicina, según el MMPI* [The personality of medical students, according to the MMPI]. Unpublished doctoral thesis, University of Havana, Cuba.
- Pena, C., Cabiya, J. J. y Echevarria, N. (1995, March). *Cambios en los promedios de puntuaciones T en la MMPI-2 de confinados convictos por crímenes violentos participantes en un programa de tratamiento basado en un modelo de aprendizaje social* [Changes in mean MMPI-2 T scores of violent offenders in a social learning treatment program]. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, St. Petersburg, FL.
- Pena, C., Cabiya, J. J. y Echevarria, N. (1996, November). *MMPI-2 scores of representative sample of states prison inmates in Puerto Rico*. Paper presented at the 43rd Convention of the Puerto Rican Psychological Association, Mayaguez, Puerto Rico.
- Pena, C., Cabiya, J. y Echevarria, N. (2000). MMPI-2 scores of a representative sample of state inmates in Puerto Rico. *Revista Ciencias de la Conducta*, 15, 39-52.
- Pena, L. M. (1996, June). *Spanish MMPI-A and Cuban Americans MMPI-A profiles of Cuban American adolescents using the Spanish version of the MMPI-A*. Paper presented at the 31st Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Pena, L. y Megargee, E. (1994, May). *MMPI-A patterns among juvenile delinquents*. Paper presented at the 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minnesota, MN.
- Pena, L. M. y Megargee, E. I. (1998, March). *Predictions of institutional adjustment using the MMPI-A*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Clearwater, FL.

- Penk, W. (1981). MMPI differences of male Hispanic-American, Black, and White heroin addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 488-490.
- Penk, W. E., Robinowitz, R., Bell, W. *et al.*, (1983). *A comparison of Hispanic-American, Black, and White combat veterans seeking treatment for substance abuse (heroin)*. Paper presented at the 18th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI, Minneapolis, MN.
- Penk, W. E., Robinowitz, R., Black, J. *et al.*, (1989). Ethnicity: Post-traumatic stress disorder (PTSD) differences among Black, White, and Hispanic veterans who differ in degrees of exposure to combat in Vietnam. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 729-735.
- Penk, W. E., Robinowitz, R., Roberts, W. R. *et al.*, (1981). MMPI differences of male Hispanic-American, Black, and White heroin addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 488-490.
- Penn, M. P. (1963). *A cross-cultural comparison using MMPI profiles from college students*. Unpublished master's thesis, University of Tucson, Tucson, AZ.
- Penn, N., Sabino, A. V., Velasquez, R. J. *et al.*, (1999, April). *MMPI-2 performance of Mexican prison inmates: Clinical correlates*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Pérez, D. y Sandín, B. (1982). Actividad hipófiso-tiroidea y personalidad [Pituitary-thyroid activity and personality]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología, 3*(3), 46-62.
- Pérez, Solera, A. (1992). Tratamiento de trastornos hipocondríacos mediante un cambio de atribución: Estudio del tratamiento y seguimiento a 1 año, de un grupo de 4 pacientes [Treatment in hypochondriacal disorders through a change in attributions: Treatment study in a group of the 4 patients and follow-up for 1 year]. *Análisis y Modificación de Conducta, 18*(58), 279-290.
- Plemons, G. (1977). A comparison of MMPI scores of Anglo- and Mexican-American psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 149-150.
- Plemons, G. (1980). *The relationship of acculturation to MMPI scores of Mexican American Psychiatric outpatients*. Unpublished doctoral dissertation, Palo Alto School of Professional Psychology, Palo Alto, CA.
- Polishuk, P (1980). Personality characteristics and role preferences among Hispanic Protestant ministers (Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary, 1980). *Dissertation Abstracts International, 41*, 2342B.
- Pons, R., Benedito, S. y Salamero, M. (1993). El MMPI en pacientes que han cometido intento de suicidio [The MMPI in patients with suicide attempts]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 19*(5), 193-200.
- Prewitt-Diaz, J. O., Norcross, J. A. y Draguns, J. (1985). MMPI (Spanish translation) in Puerto Rican adolescents: Preliminary data on reliability and validity. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 2*, 179-190.
- Pucheu, C. y Rivera, O. (1971). *The use of MMPI in a program to prevent mental disorders*. Unpublished manuscript, National University of Mexico, Mexico City.
- Quevedo, K. M. y Butcher, J. N. (2005). The use of the MMPI and MMPI-2 in Cuba: A historical overview from 1950 to the present. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 335-347.
- Quintana, J. P. (1997). Acculturation of Hispanic-American college students and its relationship to MMPI-2 scores. *Dissertation Abstracts International, 57*, 7265B.
- Quiroga, I. R. (1972). The use of a linear discriminant function on Minnesota Multiphasic Personality Inventory scores in the classification of psychotic and nonpsychotic Mexican-American psychiatric patients. (Doctoral dissertation, University of Oklahoma, 1972). *Dissertation Abstracts International, 33*, 448B-449B.
- Ramos-Platón, M, J. y Sierra, J. E. (1992). Changes in psychopathological symptoms in sleep apnea patients after treatment with nasal continuous positive airway pressure. *International Journal of Neuroscience, 62*, 173-195.

- Rangel, S., Velasquez, R. J. y Castellanos, J. (2000, May). *Utilization and opinions of the MMPI-2 by Latino psychologists: Preliminary results of a national survey*. Paper presented at the 35th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Rangel, S. J. Yanez, E. M., Jaghab, K. y Velasquez, R. J. (2001, March). *MMPI-2 correlates for neglectful/abusive Latino and non-Latino parents: Preliminary results*. Paper presented at the 36th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Safety Harbor, FL.
- Ray, J. B., Solomon, G. S., Doncaster, M. G y Mellina, R. (1983). Firts offender adult shoplifters: A preliminary profile. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 769-770.
- Rechea Alberola, C. y Belloch Fuster, A. (1982). Factorización dinámica: Imposición de hipótesis [Dynamic factorization: Hypothesis imposition]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37, 719-731.
- Rees, W. L. (1974). A controlled epidemiological study of the role of psychological factors in migraine. *Archivos de Neurobiología*, 37, 243-251.
- Reilley, R. R. y Knight, G. E. (1970). MMPI scores of Mexican-American college students. *Journal of College Students Personnel*, 11, 419-422.
- Reuben, D. L., Lyons, M. J., Cabiya, J. J. y Harrison, R. (1996, August). *Male juvenile delinquents in Puerto Rico: MMPI-A (Spanish version)*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Reyes-Lagunes, E. L., Reyes-Lagunes, I. y Scott, R. L. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality Assessment*, 63, 105-116.
- Reyes-Lagunes, I., Ahumada, R. y Diaz Guerrero, R. (1967). *Consideraciones acerca de la estandarización de pruebas en Latinoamérica. Aportaciones de la psicología a la investigación transcultural* [Considerations about test standardization in Latin America: Contributions from psychology to cross-cultural research]. Mexico City, Mexico: Trillas.
- Reynoso, H. (1989). *Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI): Versión abreviada (Mini-Mult)* [Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI): Abbreviated version (Mini-Mult)]. Unpublished manuscript, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Riesco, Y., Pérez Urdániz, A., Rubio, V. et al., (1998). Evaluación de trastornos de la personalidad en una población penal con el IPDE y el MMPI [Evaluation of personality disorders in a penal population using the IPDE and the MMPI]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26(3), 151-154.
- Rincón, V. D. R. y Lastra, R. A. (1987). Contribución a la caracterización psicológica de los enfermos de lepra [Contribution to the psychological characterization of leprosy patients]. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 39, 45-65.
- Risetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. et al., (1979a, July). *Estudios transnacionales y transculturales con el MMPI* [Transnational and transcultural studies with the MMPI]. Paper presented at the 17th Congreso Interamericano de Psicología, Lima, Peru.
- Risetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. et al., (1979b, July). *La experiencia chilena con el MMPI* [The Chilean experience with the MMPI]. Paper presented 17th Congreso Interamericano de Psicología, Lima, Peru.
- Risetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. et al., (1979c). *Translation and adaptation of the MMPI in Chile: Use in a university student health service*. Paper presented at the 14th Annual Symposium on Recent developments in the Use of the MMPI, St. Petersburg, FL.
- Risetti, F., Himmel, E. y Gonzalez, H. A. (1996). Use of the MMPI-2 in Chile. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 221-251). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Risetti, F., Himmel, E., Maltes, S., Gonzalez, H. A. et al., (1989). Estandarización del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), en población adulta Chilena [Standardization

- of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in the adult Chilean population]. *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 41-62.
- Rissetti, F. J., Maltes, S. G. (1985a). Use of the MMPI in Chile. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 4, pp. 209-257). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rissetti, F. J., Maltes, S. G. (1985b). Validez predictiva del MMPI en la población universitaria de la P. Universidad Católica de Chile [Predictive validity of the MMPI in the university population of P. Catholic University of Chile]. *Cuadernos Consejo de Rectores, Universidades Chilenas.*, 24, 192-203.
- Rissetti, F. J., Montiel, F., Maltes, J. *et al.*, (1978a). *Chilean version of the MMPI*. Santiago, Chile: Catholic University of Chile.
- Rissetti, F. J., Montiel, F., Maltes, J. *et al.*, (1978b). *Traducción al castellano del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* [Translation to the Castilian of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Servicio de Salud Estudiantil.
- Rivera, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa* [MMPI interpretation in clinical, industrial and education psychology]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Rivera, O. y Ampudia, I. (1976). El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias [The MMPI in the early detection of mental disorders in college populations]. *Revista de Psiquiatría*, 6(2), 162-169.
- Roche Psychiatric Service Institute. (1978). *Survey of summary statistics on basic MMPI scales of various ethnic groups of mental health clients*. Unpublished manuscript.
- Rodríguez, L. (1952). *La personalidad del novato universitario según el MMPI* [The personality of the beginning university student according to the MMPI]. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de la Habana, Havana, Cuba.
- Rodríguez, L. (1980). *La normalización del MMPI con una muestra de estudiantes universitarios* [Normalization of the MMPI with a college sample]. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras.
- Rogado, A. Z., Harrison, R. H. y Graham, J. R. (1974). Personality profiles in cluster headache, migraine and normal controls. *Archivos de Neurobiología*, 37, 227-241.
- Rogler, L. H., Cortes, D. E. y Malgedy, R. G. (1991). Acculturation and mental health status among Hispanics. Convergence and new directions for research. *American Psychologist*, 46, 585-597.
- Rosario-Hernandez, E., Rovira-Millan, L., Rodríguez-Irizarry, A. y Álvarez, C. (2005, October). *Effectivity of the MMPI-2 Validity and Clinical Scales in differentiating response patterns for honesty, simulation (faking good) and malingering*. Paper presented at the 50th Convention of the Puerto Rican Psychological Association, San Juan, Puerto Rico.
- Rossi, L. E. (2003). Comparability of the English and Spanish translations of the MMPI-2 and MCMI-III. *Dissertation Abstracts International*, 63, 4961B.
- Rowell, R. K. (1992). Differences between Black, Mexican American, and White probationers on the revised MacAndrew Alcoholism Scale of the MMPI-2. *Dissertation Abstracts International*, 54, 821A.
- Ruiz, P. (1997). Assessing, diagnosing, and treating culturally diverse individuals: A Hispanic perspective. *Psychiatric Quarterly*, 66, 329-341.
- Ruiz Ruiz, M., Bedia Gómez, M. A., Rodríguez-Rosado, A. *et al.*, (1998). Factores psicológicos y trastornos de personalidad en pacientes ingresados en cuidados intensivos: I [Psychological factors and personality disturbances in hospitalized patients in intensive care: I]. *Anales de Psiquiatría*, 14, 147-153.
- Ruiz Ruiz, M., Rodríguez Rosado, A., Torres Ojeda, J., *et al.*, (1999). Factores psicológicos en pacientes ingresados en cuidados intensivos: II. Actitudes y trastornos psicossomáticos [Psychological factors in patients suffering in intensive care units: II. Psychosomatic factors and disorders]. *Anales de Psiquiatría*, 15, 336-346.

- Saavedra, L. T. (2000). The translation and validation of the SCT-75 for assessing malingering among Hispanics involved in personal injury litigation. *Dissertation Abstracts International*, 61, 2814B.
- Saba, L. (1996). Predictors of an elevated Scale 8 (Sc) on the MMPI, Version Hispana, in Hispanic workers (Doctoral dissertation, Fielding Institute, 1996). *Dissertation Abstracts International*, 57, 4776B.
- Saiz-Ruiz, J., Aguilera, J. C. (1985). Personality traits and acetylator status. *Biological Psychiatry*, 20, 1138-1140.
- Salamero, M. y Corominas, J. (1983). Utilidad de las escalas "Obvias" y "Sutiles" del MMPI en pacientes psiquiátricos [Usefulness of "Obvious" and "Subtle" scales for the MMPI in psychiatric patients]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 385-389.
- Salamero, M., Marcos, T., Rodríguez, X. A. y Corominas, J. (1983). Una forma abreviada del M.M.P.I., el Mini-Mult, para la evaluación de rasgos psicopatológicos [A shortened form of the M.M.P.I., the Mini-Mult form evaluation of psychopathological features]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 311-321.
- Salamero, M. y Mestre, L. (1986). El MMPI en una muestra de pacientes psiquiátricos: Perfiles medios y estructura factorial [The MMPI in a psychiatric sample: Average profiles and factor analysis]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 20-27.
- Sanchez, N., Africa, D. y Santa-Cruz, L. N. (1969). Correlations between vocational preferences and the neurotic and psychopathic scales of the MMPI for Spanish university students. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 24, 734-740.
- Sánchez Martín, M. (1991). Psicopatología y delincuencia: Estudio de una muestra de reclusos salmantinos [Psychopathology and delinquency: A sample of a prison population at the Penitentiary Center of Salamanca]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 12(4), 46-55.
- Sanchez Nieto, J. A., Dominguez, M. A. y Lopez Navarro, A. (1969). Correlaciones entre preferencias vocacionales y rasgos Neuróticos Psicopáticos en universitarios españoles [Correlations between vocational preferences and the Neurotic and Psychopathic scales of the MMPI for Spanish university students]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 24, 734-740.
- Sanchez Nieto, J. A., Santa Cruz, L. G., Dominguez, M. A., Lopez Navarro, J. A. (1969). Inter-correlaciones entre preferencias vocacionales y tetradra psicótica del MMPI en universitarios españoles (Intercorrelations between vocational preferences and psychotic tetrad of the MMPI for Spanish university students). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 25, 979-986.
- Sanchez Nieto, J. A., et al., (1971). Relaciones entre el desajuste de la personalidad, inteligencia general, intereses vocacionales y estudios universitarios [Relationships between personality maladjustment, general intelligence, and vocational interests in university students]. *Revista de Médicos y Cirugía de Guerra*, 33, 39-50.
- Sánchez Turet, M. y Abella Pons, F. (1999). Perfil psicopatológico en una muestra de jóvenes consumidores de drogas de diseño [Psychopathological profile in a group of youngsters using designer drugs]. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, 85-91.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1985). Escala de anhedonia física revisada (EAF-r) de Chapman y Chapman: Primeros datos empíricos con sujetos españoles [The revised Physical Anhedonia Scale of Chapman and Chapman: First empirical evidence with a Spanish population]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 6(2), 9-18.
- Sanso, T. P. (1984). Personalidad y evolución ponderal durante el tratamiento de sujetos con sobrepeso [Personality and weight evolution during the treatment of overweight people]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 463-481.
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J.J. y Sánchez Blanque, A. (1993). Estudio de personalidad en pacientes con trastorno de pánico [Personality assessment in patients with panic disorder]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 21, 243-249.

- Schluter-Sartorius, H. L. (1969). *Estudio sobre la validez diagnóstica del MMPI a través del Rorschach y el diagnóstico psiquiátrico* [A study of the diagnostic validity of the MMPI Rorschach in psychiatric diagnosis]. Unpublished thesis, Universidad Iberoamericana, Mexico City, Mexico.
- Scott, R. L., Butcher, J. N., Young, T. L. y Gomez, N. (2002). The Hispanic MMPI-A across five countries. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 407-417.
- Scott, R. L., Knoth, R. L., Beltran-Quiones, M. y Gomez, N. (2003). Assessment of psychological functioning in adolescents earthquake victims in Colombia using the MMPI-A. *Journal of traumatic Stress, 16*(1), 49-57.
- Scott, R. L. y Pampa, W. M. (2000). The MMPI-2 in Peru: A normative study. *Journal of Personality Assessment, 74*, 95-105.
- Seco, F. L., Molinero, J. L., González, L. y Esteller, B. T. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: Uso del Mini-Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario [Personality and eating disorders: Use of the Mini-Mult in the outpatient assessment of patients with eating disorders]. *Revista Psiquis, 24*(5), 32-40.
- Seisdedos, N. y Roig Fuste, J. M. (1986). *MMPI. Suplemento técnico e interpretación clínica* [Technical supplement and clinical interpretation]. Madrid, Spain: TEA ediciones.
- Seisdedos Cubero, N. (1977). Personality characteristics of students receiving school counseling. *Revista de Psicología General y Aplicada, 32*(145), 287-295.
- Selters, R. R. (1974). An investigation of the relationship between ethnic origin and reactions to the MMPI (Doctoral dissertation, Baylor University, 1973). *Dissertation Abstracts International, 34*, 5210B.
- Serrano Prieto, F. y Diéguez Sánchez, J. (1995). Estudio del riesgo de suicidio en enfermos drogodependientes seropositivos al V.I.H. [A study of suicide risk in HIV-seropositive drug addicts]. *Folia Neuropsiquiátrica, 30*(1), 47-54.
- Sesteaga, N. B. (1980). *Relación entre características de personalidad y preferencias vacacionales en mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria* [The relation between personality traits and career election in female adolescents from preparatory school]. Unpublished undergraduate dissertation, National University of Mexico, Mexico City.
- Shaffer, J. N., Nurco, D. N., Hanlon, T. E. et al., (1988). MMPI-168 profiles of male narcotic addicts by ethnic group and city. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 292-298.
- Sopena Alcorlo, A. (1972). La motivación y tiempo perspectiva y las relaciones con personalidad: Un estudio empírico psiquiátrico [Motivation and time perspective in their relationship with personality: An empirical psychiatric study]. *Revista de Psicología General y Aplicada, 27*, 955-981.
- Starke, J. (1979). *Trastornos emocionales en pacientes gestantes, un estudio en base al MMPI* [Emotional disturbance in pregnant patients, a study based on the MMPI]. Unpublished degree thesis, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Steiman, D. (1993). MMPI-2 profiles of inpatient polysubstance abusers. *Dissertation Abstracts International, 54*, 3354B.
- Straeter, S. V. (2003). Body image and acculturation status, eating disorder symptomatology, psychopathology and self-esteem in Latina college students. *Dissertation Abstracts International, 63*, 4388B.
- Sundberg, N. D. y Gonzales, L. R. (1981). Cross-cultural and cross-ethnic assessment: Overview and issues. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychology assessment* (Vol. 5, pp. 460-536). New York: Plenum Press.
- Swickard, D. L. y Spilka, B. (1961). Hostility expression among delinquents of minority and majority groups. *Journal of Consulting Psychology, 25*, 216-220.
- Taboada, A. L. (1994). *Normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua* [MMPI-2 normalization for Nicaraguan college students]. Unpublished master's thesis, National University of Mexico, Mexico City.

- Telander, C. M. (1999). Asian and Hispanic-American performance on the supplementary scales of the MMPI-2. *Dissertation Abstracts International*, 59, 6108B.
- Toro, J., Nicolau, R. y Castro, J. (1989). Tratamiento de una fobia simple y depresión [Treatment of a simple phobia and depression]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16, 163-165.
- Torre, C. (1997). *Psicología Latinoamericana. Entre la dependencia y la identidad* [Latin American Psychology: Between dependence and identity]. Havana, Cuba: Felix Varela.
- Torre Rodríguez, J. et al., (1970). Estudio diferencial de la "tetraada psicótica" del MMPI en universitarios españoles [Differential study of the "psychotic tetrad" of the MMPI in Spanish university students]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 25, 987-995.
- Torres, A. A. (1956). *La normalización del MMPI para Cuba* [The normalization of the MMPI for Cuba]. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de la Habana, Cuba.
- Traub, G. S. y Bohn, M. J., Jr. (1985). Note on the reliability of the MMPI with Spanish-speaking inmates in the federal prison system. *Psychological Reports*, 56, 373-374.
- Triana, R. M., Delgado, N. F., Sarraff, T. F. y Felipe, L. M. S. (1999). Aspectos psicológicos en pacientes con policitemia relativa hipovolémica y normovolémica [Psychological aspects of patients with relative hypovolemic and normovolemic polycythemia]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 15, 127- 131.
- Triana, R. M., Espinosa, A. L., Triana, Y. G. et al., (1987). Particularidades psíquicas de un grupo de pacientes con policitemia relativa [Psychiatric peculiarities of a group of patients with relative polycythemia]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 3, 135-144.
- Triana, R. M., Espinosa, A. L., Valdés, H. R. y González, L. G. (1988). Estilo de enfrentamiento al estrés en pacientes con hemopatías [Style of stress in patients with hemophilia]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 29, 555-560.
- Triana, R. M., Valdés, M. E. A. y Felipe, L. M. S. (2000). Personalidad y estabilidad psíquica en un grupo de pacientes adultos con inmunodeficiencia celular [Stability of personality in a group of adult patients with immunocellular deficiency]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 16, 56-61.
- Tsai, J. L., Butcher, J. N., Munoz, R. F. y Vitousek, K. (2001). Culture, ethnicity, and psychopathology. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed., pp. 105-127). New York: Plenum Press.
- Valcárcel, E. C. y Ríos, J. M. (1974). La dimensionalidad de la escala L del MMPI [The dimensionality of the MMPI scale]. *Ciencias, Serie 6: Psicología*, 1, 1-12.
- Valdés, T. L. G. (1979). Estudio valorativo de algunas características del MMPI en pacientes con trastornos píquicos. [Study of the value of MMPI characteristics in patients with severe psychological problems]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 20, 249-258.
- Valdivia, J. (1996). *La normalidad estadística segt/n el MMPI y el riesgo de su implicancia diagnóstica: Un estudio con alumnos de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa* [The statistical norm according to the MMPI and the risk of its diagnostic implications: A study of students in the Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Unpublished degree thesis, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Varela, M. J. (1955). *La histeria en el estudiantado cubano, según el MMPI* [Hysteria in the Cuban student, according to the MMPI]. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de la Habana, Cuba.
- Vazquez, A. (1994). MMPI: Results of a study of 500 students of professional development. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 349-350.
- Vega, A. (1971). Cross-validation of four MMPI scales for alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 791-797.
- Vega, S. (1984). The cultural effects upon MMPI responses of industrially-injured Mexican and Anglo-American males (Doctoral dissertation, University of Southern California, 1983). *Dissertation Abstracts International*, 44, 2278B.

- Vega, W. A., Gil, W. G., Warheit, G. J. *et al.*, (1993). Acculturation and delinquent behavior among Cuban American adolescents: Toward an empirical model. *American Journal of Community Psychiatry*, 21, 113-115.
- Vega, W. A., Kaloda, B., Aguilar-Gaxiola, S. *et al.*, (1998). Lifetime prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Vega, W. A., Kaloda, B., Aguilar-Gaxiola, S. *et al.*, (1999). Gaps in service utilization by Mexican-Americans with mental health problems. *American Journal of Psychiatry*, 156, 928-934.
- Velasquez, R. J. (1984). *An atlas of MMPI group profiles on Mexican Americans* (Occasional Paper No. 19). Los Angeles: Spanish Speaking Mental Health Research Center.
- Velasquez, R. J. (1987). Minnesota Multiphasic Personality Inventory differences among Chicano state hospital patients (Doctoral dissertation, Arizona State University, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 4688B.
- Velasquez, R. J. (1991). *Hispanic-White differences on the MMPI as a function of profile validity*. Unpublished manuscript, San Diego State University, San Diego, CA.
- Velasquez, R. J. (1992). Hispanic-American MMPI research (1949-1992): A comprehensive bibliography. *Psychological Reports*, 70, 743-754.
- Velasquez, R. J. (1995). Personality assessment of Hispanic clients. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (pp. 120-139). New York: Oxford University Press.
- Velasquez, R. J., Ayala, G. X. y Mendoza, S. A. (1998). *Psychodiagnostic assessment of U. S. Latinos with the MMPI, MMPI-2, and MMPI-A: A Comprehensive resource manual*. East Lansing: Julian Samora Research Institute, Michigan State University.
- Velasquez, R. J., Ayala, G. X., Mendoza, S. A. *et al.*, (2000). Culturally competent use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 with minorities. In I. Cuellar & F. A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 389-417). San Diego, CA: Academic Press.
- Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (1990). MMPI comparisons of Hispanic- and White-American veterans seeking treatment for alcoholism. *Psychological Reports*, 67, 95-98.
- Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (1990). MMPIs of Hispanic, Black, and White *DSM-III* schizophrenics. *Psychological Reports*, 66, 819-822.
- Velasquez, R. J. y Callahan, W. J. (1992). Psychological testing of Hispanic Americans in clinical settings: Overview and issues. In K. F. Geisinger (Ed.), *Psychological testing of Hispanics* (pp. 253-265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Velasquez, R. J., Callahan, W. J. y Carrillo, R. (1989). MMPI profiles of Hispanic-American inpatient and outpatient sex offenders. *Psychological Reports*, 65, 1055-1058.
- Velasquez, R. J., Callahan, W. J. y Carrillo, R. (1991). MMPI differences among Mexican-American male and female psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 68, 123-127.
- Velasquez, R. J., Callahan, W. J. y Young, R. (1993). Hispanic-White MMPI comparisons: Does psychiatric diagnosis make a difference? *Journal of Clinical Psychology*, 49, 528-534.
- Velasquez, R. J., Callahan, W. J., Reimann, J. y Carbonell, S. (1998, August). *Performance of bilingual Latinos on an English-Spanish MMPI-2*. Paper presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Velasquez, R. J., Castellanos, J., Garrido, M. *et al.*, (2006). Interpreting forensic interview and test data of Latino children: Recommendations for culturally competent evaluations. In S. N. Sparta & G. P. Koocher (eds.), *Forensic mental health assessment of children and adolescents* (pp. 97-114). New York: Oxford University Press.
- Velasquez, R. J., Chavira, D. A., Karle, H. *et al.*, (2000). Assessing Spanish-speaking Latinos with translations of the MMPI-2: Initial data. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6, 65-72.

- Velasquez, R. J., Garrido, M., Castellanos, J. y Burton, M. P. (2004). Culturally competent assessment of Chicana/os with the MMPI-2. In R. J. Velasquez, L. M. Arrellano, & B. W. McNeill (Eds.), *The handbook of Chicana/o psychology and mental health* (pp. 153-175). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Velasquez, R. J. y Giminez, L. (1987). MMPI differences among three diagnostic groups of Mexican-American state hospital patients. *Psychological Reports*, 60, 1071-1074.
- Velasquez, R. J., Gonzales, M., Butcher, J. N. et al., (1997). Use of the MMPI-2 with Chicanos: Strategies for counselors. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 25, 107-120.
- Velasquez, R. J., Gutierrez, N. M. y Jimenez, R. (1999, April). *Development of a bilingual MMPI-2 for Mexican Americans: Initial psychometric data*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Velasquez, R. J., Jimenez, R., McClendon, V. et al., (1998, August). *Performance of bilingual Latinos on an English-Spanish MMPI-2*. Paper presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Velasquez, R. J., Karle, H. y Callahan, W. (1994, May). *Comparability of the English and Spanish versions of the MMPI-2: A study of Latino university students*. Paper presented at the 29th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Velasquez, R. J., Maness, P. J. y Anderson, U. (2002). Culturally competent assessment of Latino clients: The MMPI-2. In J. N. Butcher, (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (2nd ed., pp. 154-170). New York: Oxford University Press.
- Velasquez, R. J., Page, D. y Gimenez, L. (1987, August-September). *A comparison of Chicano, Anglo, and Black schizophrenics on the MMPI*. Paper presented at the 95th Annual Convention of the American Psychological Association, New York.
- Velasquez, R. J. y Quijada, P. (1992). *Use of the MMPI to assess Hispanics in substance abuse treatment programs: A review*. Unpublished manuscript, San Diego State University, San Diego, CA.
- Velasquez, R. J., Ryszka, C., Gomez, F. C., Jr. et al., (1999, April). *Correlations between the MMPI-2 and Personality Assessment Screener (PAS) for persons seeking services in a homeless shelter*. Paper presented at the 34th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Velazquez, J. J. (1970). *A comparative study of two culturally different groups of Catholic priests on the basis of the MMPI*. Master's thesis, University of the Americas, Mexico City, Mexico.
- Velez de Pava, M. (1967). Inventario multifásico de la personalidad (MMPI): Construcción de una escala T en 500 estudiantes de universidad [Multiphasic personality inventory (MMPI): Construction of a T scale for 500 university students]. *Revista de Psicología*, 12, 41-54.
- Vélez, R. y Cabiya, J. J. (1987). Limited utility of the MMPI-168 and of the Mini-Mult in the prediction of diagnostic profile. *Ciencias de la Conducta*, 2, 1-5.
- Venn, J. (1988). MMPI profiles of Native-, Mexican-, and Caucasian-American male alcoholics. *Psychological Reports*, 62, 427-432.
- Vidal Gómez, J. y Tous Ral, J. M. (1990). Psicoimmunología: Dimensiones de personalidad y respuesta inmune [Psychoneuroimmunology: Personality dimensions and immune response]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 339-342.
- Vilalta, J. (1989). Heredabilidad de la drogadicción [Inheritance of drug addiction]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16(4), 187-192.
- Vilalta, J., García Esteve, L. I., Treserra, J. y García Giral, M. (1986). Respuesta al tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos: Influencias de variables psicológicas [Therapeutic outcome of opioid withdrawal syndrome: Influences of psychological variables]. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(2), 63-72.
- Villa Canal, A., Saiz Martínez, P. A., González García-Portilla, M. P. y Fernández Miranda, J. J. (1996). Hacia una definición del perfil psicosocial y psicopatológico de los consumidores de éxtasis [Toward a psychosocial and psychopathological profile of ecstasy users]. *Anales de Psiquiatría*, 12(5), 183-189.

- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E. Hernandez, M. et al., (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas [Survey of students of superior and average mean level of the City of Mexico: November 2003. Prevalency and evolution of drug consumption]. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.
- Villatoro, C. y Ramírez, G. F. (1998). *Estudio comparativo de perfiles de personalidad de delinquentes, basado en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)* [Comparative study of personality traits assessed with the MMPI-2 of a group of felons]. Unpublished degree dissertation, National University of Mexico, Mexico City.
- Vinet, E. V. y Alarcon, B. P. (2003). Evaluación psicométrica del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) en muestras Chilenas. [Psychometric assessment of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-A) in Chilean samples]. *Terapia Psicológica*, 21(2), 87-103.
- Vinet, E., Brio, C., Correa, P. et al., (1999). MMPI-A. *Traducción y adaptación chilena para uso exclusivo en investigación* [MMPI-A. Chilean translation and adaptation for exclusive use in research]. Unpublished manuscript, Universidad de La Frontera, Santiago, Chile.
- Vinet, E. y Lucio, M. E. (2006). *Aplicabilidad de las normas mexicanas y estadounidenses del MMPI-A en la evaluación de adolescentes chilenos*. [Applicability of Mexican and United States norms for the MMPI-A in the assessment of Chilean adolescents]. Manuscript under review.
- Wallace, J. E., MacCrimmon, D. J. y Goldberg, W. M. (1980). Acute hyperthyroidism: Cognitive and emotional correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 519-527.
- Watson, L., Chavira, D., Velasquez, R. J. y Castellanos, J. (2000, May). *MMPI-2 performance of Filipino- and Mexican-Americans: Initial findings*. Paper presented at the Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2, Minneapolis, MN.
- Weisman, C. P., Angline, M. D. y Fisher, D. G. (1989). MMPI profiles of narcotics addicts: II. Ethnic and criminal history effects. *International Journal of the Addictions*, 24, 881-896.
- Wexler, A. K. (1996). Gender and ethnicity as predictors of psychological qualifications for police officer candidates. *Dissertation Abstracts International*, 57, 2924B.
- Whatley, P. R. y Dana, R. H. (1990, April). *Racial identity and the MMPI*. Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.
- Whitworth, R. H. (1988). Anglo-and Mexican-American performance on the MMPI administered in Spanish or English. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 891-899.
- Whitworth, R. H. y McBlaine, D. D. (1993). Comparison of the MMPI and MMPI-2 administered to Anglo and Hispanic American university students. *Journal of Personality Assessment*, 61, 19-27.
- Whitworth, R. H. y Unterbrink, C. (1994). Comparison of MMPI-2 clinical and content scales administered to Hispanic and Anglo-Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 255-264.
- Woychowski, B. C. (1987). MMPI differences and interaction effects caused by race, sex, and stress experience levels of narcotic dependent patients receiving methadone maintenance treatment (Doctoral dissertation, Florida Institute of Technology, 1987). *Dissertation Abstracts International*, 48, 1825B.
- Wright, T. y Velasquez, R. J. (2001, March). *Focus of control and MMPI-2 for Latinos*. Paper presented at the 36th Annual Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2 and MMPI-A, Safety Harbor, FL.
- Zalewski, C. y Greene, R. L. (1996). Multicultural usage of the MMPI-2. In L. A. Suzuki, P. J. Miller, & J. G. Ponterotto (Eds.), *Handbook of multicultural assessment* (pp. 77-225). San Francisco: Jossey-Bass.
- Zanolo, B. (1993). Pruebas derivadas del MMPI: Alternativas para la exploración de diversas variables de la personalidad [MMPI derived tests: Alternatives for the exploration of diverse variables of personality]. *Revista del Departamento de Grados y Titulos de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega*, 1, 18-28.

- Zevallos, M. (1991). *Estudio psicopatológico de internos por homicidio calificado del E. P. de Socabaya* [Psychopathological study of jailed inmates for homicide at the Socabaya jail]. Unpublished degree thesis, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Zuckerman, M. (2003). Are there racial and ethnic differences in psychopathic personality? A critique of Lynn's (2002) racial and ethnic differences in psychopathic personality. *Personality and Individual Differences*, 35, 1463-1469.
- Zuniga, O. V. (1958). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota: Estudios preliminares en México del MMPI* [MMPI: Preliminary studies in Mexico with the MMPI]. Unpublished degree thesis, National University of Mexico, Mexico City.



APÉNDICE C

CUADROS DE PUNTAJES T PARA LA VERSIÓN MEXICANA DEL MMPI-2

CUADRO C-1
TRIN

Puntaje bruto	Hombres	Mujeres
23	120	120
22	120	120
21	120	120
20	120	120
19	112	111
18	106	105
17	100	99
16	93	93
15	87	87
14	81	80
13	75	74
12	68	68
11	62	62
10	56	56
9	49	50
8	57	56
7	63	63
6	69	69
5	76	75
4	82	81
3	88	87
2	95	93
1	101	99
0	107	105

CUADRO C-2
VRIN

Puntaje bruto	Hombres	Mujeres
27	120	120
26	120	119
25	118	115
24	114	112
23	110	108
22	107	104
21	103	100
20	99	97
19	96	93
18	92	89
17	88	85
16	84	82
15	81	78
14	77	74
13	73	70
12	70	67
11	66	63
10	62	59
9	58	55
8	55	52
7	51	48
6	47	44
5	44	40
4	40	37
3	36	33
2	32	29
1	29	25
0	25	22

CUADRO C-3
T uniformes para las escalas básicas hombres con K

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
79													
78													
77													
76													
75											120		
74											118		
73											117		
72											115		
71											114		
70											112		
69											111		108
68											109		106
67											108		105
66											107		104
65											105		102
64											104		101
63											102		100
62										120	101		98
61										118	99		97
60										116	98		96
59										114	96		95
58										112	95		93
57										110	93		92
56										108	92		91
55					120					106	91		89
54					119	120				104	89		88
53					117	119				102	88		87
52					115	116				100	86		85
51					113	114				98	85		84
50					111	112	115	114		96	83		83

(continúa)

CUADRO C-3 (continúa)

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
49					109	110	113	111		94	82		81
48				120	107	108	110	109		92	80		80
47				118	105	106	108	106		90	79		79
46				115	103	103	105	104		88	77	120	77
45				113	101	101	103	102		86	76	118	76
44				111	99	99	100	99		84	75	115	75
43				109	97	97	98	97		82	73	112	73
42				107	95	95	95	94		80	72	109	72
41				105	93	93	93	92		78	70	106	71
40				103	91	91	90	89		76	69	103	69
39				101	89	88	88	87		74	67	100	68
38				99	87	86	86	85		72	66	97	67
37				97	85	84	83	82		70	64	94	66
36				95	83	82	81	80		68	63	91	64
35				93	81	80	78	77		66	62	88	63
34				91	79	78	76	75		64	60	85	62
33				89	77	76	73	72		62	58	82	60
32				87	75	73	71	70		60	57	79	59
31				85	73	71	68	68	120	58	55	76	58
30		119	77	83	71	69	66	65	116	56	53	73	56
29		117	75	81	69	67	63	63	113	54	51	70	55
28		114	73	79	67	65	61	60	110	52	49	67	54
27		111	71	77	65	63	58	58	107	49	48	64	52
26		108	69	74	63	60	56	55	104	47	46	61	51
25		105	67	72	61	58	53	53	101	45	44	58	50
24		102	65	70	59	56	51	51	97	42	42	55	48
23		100	63	68	57	54	49	48	94	40	40	53	47
22		97	61	66	54	52	46	46	91	38	38	50	46
21		94	59	64	52	49	44	43	88	36	37	48	44
20		91	56	62	50	47	42	41	85	35	35	46	43
19		88	54	60	47	45	40	38	82	33	34	43	42

(continúa)

CUADRO C-3 (continúa)

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
18		85	52	58	45	43	38	36	78	32	32	41	40
17		83	50	55	43	41	36	34	75	31	31	39	39
16		80	48	53	41	39	34	31	72	30	30	37	38
15	100	77	46	50	39	38	33		69			35	37
14	96	74	44	48	37	36	32		66			34	35
13	91	71	42	45	35	35	31		63			32	34
12	87	68	40	43	33	34	30		59			30	33
11	83	66	38	40	32	33			56			31	31
10	78	63	36	38	31	33			53			31	30
9	74	60	34	36	31	33			49			31	30
8	70	57	32	34	30	33			46			30	30
7	65	54	30	33		32			43			30	30
6	61	52		31		31			39			30	30
5	56	49		31		30			37			30	30
4	52	46		30					34			30	30
3	48	43							32			30	30
2	43	40							31			30	30
1	39	37							30			30	30
0	35	35							30			30	30

CUADRO C-4
T uniformes de las escalas básicas mujeres con K

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Pd	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
79													
78											120		101
77											119		99
76											117		98
75											115		97
74											113		96
73											112		95
72											110		93
71											108		92
70											106		91
69											104		90
68											102		88
67											101		87
66											99		86
65											97		85
64											95		84
63											93		82
62											92		81
61											90		80
60											88		79
59											86		78
58											85		
57											84		
56											83		
55											82		
54											81		
53											80		
52											79		
51											78		
50											77		

(continúa)

CUADRO C-4 (continúa)

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Pd	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
49					101	105	114			91	84		76
48				120	100	103	112			89	83		75
47				118	98	101	109			97	81		74
46				116	96	99	107			85	79	117	73
45				114	94	97	104			83	77	114	71
44				112	92	95	102			81	75	111	70
43				109	90	93	99			79	73	109	69
42				107	88	90	97			77	72	106	68
41				105	86	88	94			75	70	103	67
40				103	84	86	91			73	68	101	65
39				101	83	84	89			71	66	98	64
38				98	81	82	86			69	64	95	63
37				96	79	80	84	32		67	63	93	62
36				94	77	78	81	34		65	61	90	61
35				92	75	76	79	37		63	59	87	59
34				90	73	73	76	40		61	57	85	58
33				87	71	71	74	42		59	56	82	57
32				85	69	69	71	45		57	54	79	56
31				83	67	67	69	48	120	55	52	77	54
30		119	79	81	66	65	66	51	117	53	51	74	53
29		116	77	79	64	63	63	53	114	51	49	71	52
28		113	75	76	62	61	61	56	111	49	48	69	51
27		111	73	74	60	59	58	59	107	47	46	66	50
26		108	71	72	58	57	56	61	104	45	44	63	48
25		105	69	70	56	54	53	64	101	43	43	61	47
24		102	67	67	54	52	51	67	97	41	41	58	46
23		99	64	65	52	50	49	69	94	39	40	55	45
22		96	62	63	49	48	46	72	90	37	38	52	44
21		94	60	61	47	46	44	75	87	35	36	50	42
20		91	58	59	45	45	42	78	84	34	35	47	41
19		88	56	56	43	43	40	80	80	33	33	44	40

(continúa)

CUADRO C-4 (continúa)

Puntaje bruto	L	F	K	Hs	D	Hi	Pd	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
18		85	54	54	41	41	38	83	77	31	31	42	39
17		82	52	52	39	39	37	86	74	30	30	39	37
16		80	50	50	37	38	35	88	70			37	36
15	105	77	47	47	35	36	34	91	67			35	35
14	100	74	45	45	33	35	32	94	64			34	34
13	95	71	43	43	31	33	31	96	60			33	33
12	90	68	41	41	30	32	30	99	57			33	31
11	86	65	39	39	30	31	30	102	53			32	30
10	81	63	37	37	30	30		104	50			31	
9	76	60	35	35				107	47			30	
8	71	57	33	33				110	44				
7	66	54	30	31				113	41				
6	62	51		30				115	38				
5	57	48						118	36				
4	52	46							34				
3	47	43							32				
2	43	40							31				
1	38	37							31				
0	33	34							31				

CUADRO C-5
T uniformes escalas de contenido mujeres

Puntaje bruto	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
36					105										
35					103										
34					101										
33				106	99									105	
32				104	98									103	
31				102	96									101	
30				101	94									99	
29				99	92									97	
28				97	90									95	
27				95	89									93	
26				93	87									91	106
25				91	85								101	89	103
24				89	83									87	101
23	91	96		87	82	118		81			99	88		85	98
22	88	93		85	80	114		77			97	86		85	98
21	86	91		83	78	111		73	95		94	84		83	95
20	83	88		81	76	108		69	91		92	82		81	93
19	81	86		79	74	104		65	87	86	90	80		79	90
18	78	83		77	73	101		61	83		87	77		77	88
17	76	81		75	71	98		58	79		85	75		75	85
16	73	78	88	73	69	94	86	55	75	78	83	73		73	83
15	71	75	84	72	67	91	83	52	70	75	80	71		71	80
14	68	73	81	70	66	88	79	50	66	71	78	69		69	78
13	66	70	78	68	64	84	76	48	62	67	76	67		73	75
12	63	68	74	66	62	81	72	47	59	63	73	65		70	73
11	61	65	71	64	60	78	69	46	55	59	71	63		68	70
10	58	63	67	62	58	74	66	45	52	56	69	61		61	68
9	56	60	64	60	57	71	62	44	50	53	66	58		62	65
									48	50	64	56		57	63

(continúa)

CUADRO C-5 (continúa)

Puntaje bruto	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
8	54	58	61	58	55	68	59	43	46	48	62	54	58	55	60
7	53	55	58	56	52	65	56	42	44	46	59	51	55	54	58
6	51	53	55	53	50	61	53	41	42	44	57	48	53	52	55
5	49	50	52	51	48	58	51	40	40	42	54	46	51	50	53
4	46	47	49	48	45	55	48	38	38	39	51	43	48	48	50
3	44	44	46	44	42	52	45	37	37	37	47	40	45	45	47
2	41	41	43	41	38	48	42	35	34	35	44	37	42	42	44
1	37	38	39	37	34	43	38	32	32	32	40	34	39	39	40
0	33	34	34	32	30	37	34	30	30	30	36	31	35	35	35

CUADRO C-6
T uniformes de contenido mujeres

Puntaje bruto	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
36					103										
35					101										
34					99										
33				107	97									104	
32				105	96									102	
31				103	94									100	
30				101	92									98	
29				99	90									96	
28				97	88									94	
27				95	86									91	
26				93	84									89	109
25				91	83								97	87	106
24				88	81								95	85	103
23	90	90		86	79	120		83					92	83	100
22	88	87		84	77	118		79	102				90	81	97
21	85	83		82	75	114		75	98				87	78	95
20	82	80		80	73	111		72	94				84	76	92
19	79	77		78	72	107		68	90	92			82	74	89
18	76	74		76	70	104		64	85	88			79	72	86
17	74	71		74	68	100		61	81	83			77	70	83
16	71	67	89	72	66	97	91	57	77	79			74	68	80
15	68	64	85	70	64	93	87	55	73	74	77		72	66	78
14	65	61	81	68	62	90	83	52	69	70	75		69	63	75
13	62	58	78	65	61	86	78	50	64	66	72		67	61	72
12	60	56	74	63	59	83	74	49	60	61	70		64	59	69
11	57	53	70	61	57	79	70	47	56	57	67		62	57	66
10	55	52	67	59	55	76	66	46	53	54	65		59	55	63
9	53	50	63	57	53	72	62	45	50	51	62		57	54	60
8	52	48	59	55	51	69	58	44	48	48	60		55	52	58

(continúa)

CUADRO C-6 (continúa)

Puntaje bruto	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
7	50	47	56	53	49	65	55	43	46	46	58	50	52	51	56
6	48	45	53	50	47	62	52	41	44	44	55	48	50	49	54
5	46	43	50	48	45	55	49	40	42	42	53	46	47	47	51
4	44	42	47	45	42	55	47	39	39	39	50	44	45	45	49
3	42	39	44	42	39	52	44	37	37	37	47	41	43	43	46
2	40	37	41	39	36	49	41	35	35	35	43	38	40	40	43
1	37	34	37	36	33	44	37	33	32	32	39	34	37	37	39
0	33	31	33	32	30	37	33	30	30	30	35	30	34	34	34

CUADRO C-7
Suplementarias hombres

CAL	A	R	Es	MAC	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	Fp
78													
77													
76													
75													
74													
73													
72													
71													
70													
69													
68													
67													
66													
65													
64													
63													
62													
61													
60													110
59													108
58													107
57													106
56													105
55													104
54													102
53													101
52			83										100
51			81										99
50			79										98
49			76	118									96
48		120	74	116									95
47		118	72	113					73				94
46		115	70	111					71	98	113		93
45		113	68	108					69	95	111		92
44		111	66	106					67	93	109		90
43		108	63	103					65	90	108		89
42		106	61	101					63	87	106		88
41		104	59	98				99	61	85	105		87
40		102	57	96				98	59	82	103		85
39	92	99	55	93				96	57	79	101		84
38	91	97	53	91				94	55	77	100		83
37	89	95	50	88				93	53	74	98		82
36	88	93	48	86				91	51	72	96		81
35	86	90	46	83				89	49	69	95		79
34	85	88	44	81				88	47	66	93		78
33	84	86	42	78				86	45	64	91		77

CUADRO C-7 (continúa)

CAL	A	R	Es	MAC	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	Fp
32	82	83	40	76				84	43	61	90	76	
31	81	81	38	73				83	41	58	88	75	
30	79	79	35	71			74	81	39	56	86	73	
29	78	77	33	68			71	79	37	53	85	72	
28	77	74	31	65	92		69	77	35	50	83	71	
27	75	72		63	89		66	76	32	48	82	70	
26	74	70		60	86		63	74	30	45	80	69	
25	72	68		58	82	82	61	72		43	78	67	
24	71	65		55	79	79	58	71		40	77	66	
23	69	63		53	76	75	56	69		37	75	65	
22	68	61		50	72	72	53	67		35	73	64	118
21	67	59		48	69	68	50	66		32	72	63	115
20	65	56		45	66	65	48	64			70	61	111
19	64	54		43	63	61	45	62			68	60	108
18	62	52		40	59	58	42	61			67	59	104
17	61	49		38	56	55	40	59			65	58	100
16	60	47		35	53	51	37	57			64	57	97
15	58	45		33	49	48	35	56			62	55	93
14	57	43		30	46	44	32	54			60	54	90
13	55	40			43	41		52			59	53	86
12	54	38			39	37		50			57	52	83
11	53	36			36	34		49			55	51	79
10	51	34			33	30		47			54	49	76
9	50	31			30			45			52	48	72
8	48	29						44			50	47	68
7	47	27						42			49	46	65
6	46	25						40			47	45	61
5	44	22						39			46	43	58
4	43	20						37			44	42	54
3	41	18						35			42	41	51
2	40	15						34			41	40	47
1	38	13						32			39	39	44
0	37	11						30			37	37	40

CUADRO C-8
Suplementarias mujeres

CAL	A	R	Es	MAC	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	Fp
78													
77													
76													
75													
74													
73													
72													
71													
70													
69													
68													
67													
66													
65													
64													
63													
62													
61													
60													105
59													104
58													103
57													102
56													100
55													99
54													98
53													97
52			84										96
51			82										95
50			80										93
49			78										92
48			77										91
47			75						80				90
46		119	73						78	82	109		89
45		116	71	120					77	79	108		88
44		114	69	117					75	76	106		86
43		111	67	114					73	73	104		85
42		109	65	112					72	70	103		84
41		106	63	109				95	70	67	101		83
40	89	104	61	106				93	68	64	100		82
39	88	101	59	103				91	66	61	98		81
38	86	98	57	100				90	65	58	96		79
37	85	96	55	98				88	63	55	95		78
36	84	93	54	95				86	61	52	93		77
35	82	91	52	92				85	60	49	92		76
34	81	88	50	89				83	58	46	90		75
33	80	86	48	86				82	56	43	89		74

(continúa)

CUADRO C-8 (continúa)

CAL	A	R	Es	MAC	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS	Fp
32	78	83	46	83				80	54	40	87	72	
31	77	81	44	81				78	53	37	85	71	
30	75	78	42	78			74	77	51	34	84	70	
29	74	76	40	75			71	75	49	31	82	69	
28	73	73	38	72	94		68	73	47		81	68	
27	71	71	36	69	91		65	72	46		79	67	
26	70	68	34	67	87		62	70	44		77	65	
25	69	66	32	64	84		59	68	42		76	64	
24	67	63	30	61	80		56	67	41		74	63	
23	66	61		58	77		53	65	39		73	62	118
22	64	58		55	73		50	64	37		71	61	114
21	63	56		53	70	102	47	62	35		69	60	111
20	62	53		50	66	99	44	60	34		68	58	107
19	60	51		47	63	96	41	59	32		66	57	104
18	59	48		44	59	92	38	57	30		65	56	101
17	58	46		41	56	89	35	55			63	55	97
16	56	43		38	52	85	32	54			61	54	94
15	55	41		36	49	82		52			60	53	90
14	53	38		33	45	78		50			58	51	87
13	52	35		30	42	75		49			57	50	83
12	51	33			38	72		47			55	49	80
11	49	30			35	68		45			53	48	76
10	48	28			31	65		44			52	47	73
9	47	25				61		42			50	46	70
8	45	23				58		41			49	44	66
7	44	20				55		39			47	43	63
6	42	18				51		37			45	42	59
5	41	15				48		36			44	41	56
4	40	13				44		34			42	40	52
3	38	10				41		32			41	39	49
2	37	8				38		31			39	37	45
1	36	5				34					37	36	42
0	34	3				31					36	35	39



APÉNDICE D

CUADROS DE PUNTAJES T PARA LA VERSIÓN MEXICANA DEL MMPI-A

CUADRO D-1
Conversiones de puntajes T uniformes y lineales
para adolescentes varones: escalas básicas (N = 1 904)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
78																	117
77															105		116
76															104		115
75															103		113
74															102		112
73															101		111
72															100		110
71															99		108
70															98		107
69															97		106
68															96		104
67															95		103
66															94		102
65															93		101
64															92		99
63															91		98
62															90		97
61															89		95
60															88		94
59															87		93
58															86		92
57					119					120					85		90
56					118										84		89
55					116				120	118					83		88
54					115				117	114					82		87
53					113				115	112					81		85
52					112				113	110					80		84
51					110				111	109					79		83

(continúa)

CUADRO D-1 (continúa)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
50					109				109	107					78		81
49					108				107	105					77		80
48					107				105	103					76		79
47					105				103	101				90	75		78
46					103				101	99	109			89	74	118	76
45					102		119		99	97	105			87	73	115	75
44					100		117		97	95	103			86	72	112	74
43					99		114		95	94	101	118		85	71	109	72
42					97		112		94	92	99	115		83	70	106	71
41					96		110		92	90	97	112		82	69	104	70
40					94		108		90	88	95	109	118	81	68	101	69
39					93		106		88	86	93	107	116	79	68	98	67
38				120	91		103		86	84	91	104	114	78	67	95	66
37				118	90		101		84	82	89	101	111	77	66	93	65
36				115	88		99		82	80	86	98	109	75	65	90	63
35				113	87		97		80	79	84	95	107	74	64	87	62
34				111	85		95		78	77	82	92	104	73	63	84	61
33				109	84		92		76	75	80	89	102	71	62	82	60
32				107	82		90	107	74	73	78	86	99	70	61	79	58
31				104	81		88	105	72	71	76	83	97	69	60	76	57
30				102	80		86	103	70	69	74	80	95	67	59	73	56
29				100	78		84	100	68	67	72	77	92	66	58	70	54
28				98	77		81	98	67	65	70	74	90	65	57	68	53
27				96	75		79	96	65	64	68	71	88	63	56	65	52
26				93	74		77	93	63	62	66	68	85	62	55	62	51
25				91	72		75	91	61	60	64	65	83	61	54	59	49
24			120	89	71		73	89	59	58	62	62	81	59	53	57	48
23			114	87	69		70	86	57	56	60	59	78	58	52	54	47
22			110	85	68		68	84	55	54	58	56	76	57	51	52	45
21			107	82	66	119	66	82	53	52	56	53	74	55	51	50	44
20	120	114T	104	80	65	115	64	79	50	50	54	50	71	54	50	48	43

(continúa)

CUADRO D-1 (continúa)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
19	119	108T	100	78	63	111	62	77	48	48	52	47	69	53	49	46	42
18	114	102T	97	76	62	107	59	75	46	46	50	44	67	52	48	44	40
17	110	96T	94	74	60	103	57	73	44	44	48	41	64	51	47	42	39
16	105	90T	90	71	59	98	55	70	42	42	46	38	62	49	46	40	38
15	100	84T	87	69	57	94	53	68	40	40	44	35	59	48	45	39	36
14	96	78T	84	67	56	90	51	66	38	38	42	32	57	47	44	37	35
13	91	72T	81	65	54	86	48	63	36	36	40		55	46	43	35	34
12	86	66T	77	63	53	82	46	61	34	35	38		52	45	42	34	33
11	82	60T	74	61	52	78	44	59	33	33	36		50	43	41	32	31
10	77	54T	71	58	50	74	42	56	32	32	35		47	42	40	30	30
9	72	48T	67	56	49	70	40	54	31	31	33		45	41	39		
8	68	58F	64	54	47	66	37	52	30	30	31		42	39	38		
7	63	64F	61	52	46	61	35	49			30		40	38	36		
6	58	70F	57	50	44	57	33	47					37	37	35		
5	54	76F	54	47	43	53	31	44					35	35	34		
4	49	81F	51	45	41	49		41					32	34	32		
3	45	87F	48	43	40	45		39					30	32	31		
2	40	93F	44	41	38	41		36					30	32	31		
1	35	99F	41	39	37	37		33						30	30		
0	31	105T	38	36	35	33		30						30	30		

CUADRO D-2
Conversiones de puntajes T uniformes para adolescentes varones:
escalas de contenido (N = 1 904)

Puntaje bruto	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ASL	ISO	FAM	ESC	RTR	Puntaje bruto
37				109												37
36				107												36
35				105									97			35
34				103									95			34
33				101									93			33
32				99									91			32
31				97									90			31
30				95									88			30
29				93									86			29
28				91									84			28
27				89									82			27
26			85	87									81		94	26
25			83	85									79		92	25
24			82	83							88		77		89	24
23			80	81					93			85	75		86	23
22			78	79				80	90			83	73		84	22
21	87		76	77				76	87			80	72		81	21
20	84		74	75				72	83			78	70	98	78	20
19	81		73	73		95		68	80			75	68	94	76	19
18	79		71	71		92		64	77			73	66	91	73	18
17	76		69	70		84		60	73	85		70	64	88	70	17
16	73		67	68		81		56	70	82		67	63	84	68	16
15	70	80	66	66		78		53	67	79		65	61	81	65	15
14	67	77	64	64		75		50	63	76		62	59	77	62	14
13	64	73	62	62		72		48	60	73		60	57	74	60	13
12	62	69	60	60		73		45	57	71		57	56	71	57	12
11	59	65	58	58		70		44	54	68		55	54	67	55	11
10	56	61	57	56		67		42	51	65		52	52	64	52	10
9	54	57	55	54		64		40	49	62		50	50	60	50	9

(continúa)

CUADRO D-2 (continúa)

	Puntaje bruto														Puntaje bruto	
	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ASL	ISO	FAM	ESC	RTR	
8	51	53	52	52	56	61	49	39	46	59	61	48	49	57	48	8
7	49	50	50	50	54	58	47	37	44	56	57	45	47	54	46	7
6	47	47	48	48	51	55	44	36	42	54	53	43	45	51	44	6
5	45	45	45	45	48	52	42	34	39	51	50	40	43	48	42	5
4	43	42	42	43	45	49	40	32	37	48	46	38	41	45	40	4
3	40	39	39	40	43	46	37	30	34	45	43	35	39	42	38	3
2	38	36	36	36	39	42	34	30	31	41	40	33	36	39	35	2
1	35	33	33	32	36	38	31	30	30	37	36	30	33	35	33	1
0	31	30	30	30	32	33	30	30	30	33	32	30	30	31	30	0

CUADRO D-3
Conversiones de puntajes T uniformes y lineales para adolescentes varones:
escalas suplementarias (N = 1 904)

Puntaje bruto	MAC-R	ACK	PRO	IMM	A	R
78						
77						
76						
75						
74						
73						
72						
71						
70						
69						
68						
67						
66						
65						
64					120	
63					119	
62					118	
61					116	
60					115	
59					113	
58					112	
57					111	
56					109	
55					108	
54					106	
53				119	105	
52				117	104	
51	120			116	102	
50	118			114	101	
49	115			112	99	
48	113			110	98	
47	110			109	97	
46	108			107	95	
45	106			105	94	
44	103		119	103	92	
43	101		116	102	91	120
42	98		114	100	90	117
41	96		111	98	88	115
40	94		109	97	87	112
39	91		107	95	85	110
38	89		104	93	84	108
37	86		102	91	83	105
36	84		99	90	81	103
35	82		97	88	80	100

(continúa)

CUADRO D-3 (continúa)

Puntaje bruto	MAC-R	ACK	PRO	IMM	A	R
34	79		94	86	78	98
33	77		92	85	77	95
32	74		90	83	76	93
31	72		87	81	74	90
30	69		85	79	73	88
29	75		82	78	71	85
28	65		80	76	70	83
27	62		77	74	69	80
26	60		75	72	67	78
25	57		73	71	66	75
24	55		70	69	64	73
23	53		68	67	63	70
22	50		65	66	62	68
21	48		63	64	60	66
20	45		60	62	59	63
19	43		58	60	57	61
18	41	119	55	59	56	58
17	38	114	53	57	55	56
16	36	110	51	55	53	53
15	33	105	48	54	52	51
14	31	100	46	52	50	48
13		96	43	50	49	46
12		91	41	48	48	43
11		87	38	47	46	41
10		82	36	45	45	38
9		77	34	43	43	36
8		73	31	42	42	33
7		68		40	41	31
6		63		38	39	
5		59		36	38	
4		54		35	36	
3		50		33	35	
2		45		31	34	
1		40			32	
0		36			31	

CUADRO D-4
Conversiones de puntajes T uniformes y lineales para adolescentes mujeres:
escalas básicas (N = 2 146)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
78																	113
77															107		112
76															106		111
75															105		110
74															104		108
73															103		107
72															102		106
71															101		105
70															100		103
69															99		102
68															98		101
67															97		100
66															96		99
65															95		97
64															94		96
63															93		95
62															92		94
61															91		93
60															90		91
59										120					89		90
58										118					88		89
57										117					87		88
56									112	117					86		86
55									110	115					85		85
54									108	113					84		85
53									107	111					84		84
52									105	109					83		83
51									103	107					82		82
50									101	105					80		80
									100	103					79		79

(continúa)

CUADRO D-4 (continúa)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
49					115				98	101	109				78		78
48					114				96	100	107			90	77		77
47					112				94	98	105			89	76		76
46					111				93	96	103			88	75	117	74
45					109				91	94	101			86	74	114	73
44					107				89	92	100			85	73	111	72
43					106				87	90	98			83	72	109	71
42					104				86	88	96			82	71	106	69
41					102				84	86	94			80	70	103	68
40					101				82	84	92		120	79	69	100	67
39					99				80	83	90		119	78	68	98	66
38					98				79	81	88		116	76	67	95	65
37					96				77	79	86		114	75	66	92	63
36					94				75	77	84		111	73	65	90	62
35					93				73	75	82		109	72	64	87	61
34				120	91				72	73	80		106	71	63	84	60
33				117	89				70	71	78		104	69	62	82	59
32				115	88			93	68	69	76		101	68	61	79	57
31				113	86			91	67	67	75		99	66	60	76	56
30				110	85	86		89	65	65	73		96	65	59	73	55
29				108	83	84		88	63	64	71		93	63	58	71	54
28				105	81	81		86	61	62	69		91	62	57	68	52
27				103	80	79		84	60	60	67		88	61	56	65	51
26				100	78	77		82	58	58	65		86	59	55	63	50
25				98	76	75		81	56	56	63		83	58	54	60	49
24				95	75	73		79	54	54	61		81	56	53	57	48
23				93	73	71		77	52	52	59		78	55	52	55	46
22			119	91	72	69		75	50	50	57		76	54	52	52	45
21		120T	115	88	70	66		73	48	48	55		73	53	51	50	44
20		118T	112	86	68	64		72	46	46	54		71	52	50	48	43

(continúa)

CUADRO D-4 (continúa)

Puntaje bruto	VRIN	TRIN	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
19		111T	108	83	67	113	62	70	44	44	52	68	68	51	49	46	42
18		105T	104	81	65	108	60	68	42	43	50	71	66	50	48	44	40
17	116	99T	100	78	63	104	58	66	40	41	48	74	63	49	48	42	39
16	111	93T	97	76	62	100	56	65	38	39	46	77	61	48	47	40	38
15	106	87T	93	73	60	96	54	63	36	37	45	80	58	47	46	39	37
14	101	80T	89	71	59	91	51	61	35	36	43	83	56	46	45	37	35
13	96	74T	86	69	57	87	49	59	33	35	41	86	53	45	44	35	34
12	91	68T	82	66	55	83	47	58	31	33	39	89	50	44	43	34	33
11	85	62T	78	64	54	79	45	56	30	32	37	92	48	43	42	32	32
10	80	55T	75	61	52	74	43	54	31	31	34	95	45	41	41	30	31
9	75	49F	71	59	50	70	41	52	32	30	32	98	43	40	40	30	31
8	70	57F	67	56	49	66	39	50	30	30	30	101	40	39	39	30	31
7	65	63F	63	54	47	62	36	47	30	30	30	104	38	38	38	30	31
6	60	69F	60	52	46	58	34	45	30	30	30	107	35	36	36	30	31
5	55	76F	56	49	44	53	32	43	30	30	30	110	33	35	35	30	31
4	50	82F	52	47	42	49	30	40	30	30	30	113	31	33	33	30	31
3	45	88F	49	44	41	45	30	37	30	30	30	116	30	31	32	30	31
2	40	94F	45	42	39	41	30	35	30	30	30	116	30	31	32	30	31
1	35	100F	41	39	37	36	30	32	30	30	30	116	30	31	32	30	31
0	30	107F	38	37	36	32	30	30	30	30	30	120	30	31	32	30	31

CUADRO D-5
Conversiones de puntajes T uniformes para adolescentes mujeres:
escalas de contenido (N = 2146)

Puntaje bruto	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ASL	ISO	FAM	ESC	RTR	Puntaje bruto
37				100												37
36				98												36
35				97									94			35
34				95									92			34
33				93									90			33
32				92									88			32
31				90									87			31
30				88									85			30
29				87									83			29
28				85									82			28
27				83									80			27
26			86	82									78		94	26
25			84	80									76		92	25
24			82	78									75		89	24
23			80	77									73		87	23
22			78	75					97				71		84	22
21	85		76	73				83	94				70		81	21
20	82		74	71				79	91				70		79	20
19	79		71	70				75	88				68	98	76	19
18	76		69	68				71	85				66	95	74	18
17	73		67	66				67	82	84			64	92	71	17
16	70		65	65				63	79	82			63	89	71	16
15	67	81	63	63				59	76	79			61	85	69	15
14	64	76	61	61				55	73	76			59	82	66	14
13	61	72	59	60				52	70	74			57	79	64	13
12	58	68	57	58				49	67	71			56	76	61	12
11	55	63	55	56				47	64	68			54	73	59	11
10	53	59	53	55				45	61	66			53	70	56	10
								44	58	63			51	67	54	

CUADRO D-6
Conversiones de puntajes uniformes y lineales para adolescentes mujeres:
escalas suplementarias (N = 2 146)

Puntaje bruto	MAC-R	ACK	PRO	IMM	A	R
78						
77						
76						
75						
74						
73						
72						
71						
70						
69					120	
68					118	
67					117	
66					116	
65					114	
64					113	
63					112	
62					111	
61					109	
60					108	
59					107	
58					105	
57					104	
56					103	
55					101	
54					100	
53					99	
52					98	
51				119	96	
50				117	95	
49				115	94	
48	120			114	92	
47	117			112	91	
46	115			110	90	
45	112			108	89	
44	110			107	87	
43	107		120	105	86	
42	105		118	103	85	
41	102		115	102	83	120
40	100		113	100	82	117
39	97		110	98	81	114
38	95		108	96	79	111
37	92		105	95	78	109
36	90		103	93	77	106
35	87		100	91	76	103

CUADRO D-6 (continúa)

Puntaje bruto	MAC-R	ACK	PRO	IMM	A	R
34	85		98	90	74	100
33	82		95	88	73	98
32	80		93	86	72	95
31	77		90	84	70	92
30	75		88	83	69	90
29	72		85	81	68	87
28	69		83	79	67	84
27	67		80	77	65	81
26	64		78	76	64	79
25	62		75	74	63	76
24	59		73	72	61	73
23	57		70	71	60	71
22	54		68	69	59	68
21	52		65	67	57	65
20	49		63	65	56	62
19	47		60	64	55	60
18	44		58	62	54	57
17	42		55	60	52	54
16	39	120	53	59	51	51
15	37	115	50	57	50	49
14	34	110	48	55	48	46
13	32	104	45	53	47	43
12	29	99	43	52	46	41
11	27	94	40	50	44	38
10	24	89	38	48	43	35
9	22	84	35	47	42	32
8	19	79	33	45	41	30
7	17	74	30	43	39	27
6	14	68	27	41	38	24
5	12	63	25	40	37	21
4	9	58	22	38	35	19
3	7	53	20	36	34	16
2	4	48	17	34	33	13
1	2	43	15	33	32	11
0	-1	37	12	31	30	8



REFERENCIAS

- Abad, V. y Boyce, E. (1979). Issues in psychiatric evaluations of Puerto Ricans: A sociocultural perspective. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 28-30.
- Adis-Castro, G. y Arayo-Quesada, M. (1971). Mini-Mult: Una forma abreviada del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, MMPI [Mini-Mult: A short form of the MMPI]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17, 12-18.
- Alamo, R. R., Cabiya, J. J. y Pedrosa, O. (1995, March). *Utility of the MMPI-2 in the identification of emotional indicators in a sample of Puerto Ricans who experienced armed assault*. Paper presented at the Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Alvarez, M. A., Alvarez, E. y Lastra, R. A. (1982). Desarrollo psicológico en hijos de madres con bocio tóxico difuso [Psychological study of children with mothers with diffuse toxic goiter]. *Revista Cubana de Pediatría*, 54, 206-214.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Anderson, S. J. (2001). On the importance of collecting local neuropsychological normative data. *South African Journal of Psychology*, 31, 29-34.
- Arayo-Quesada, M. (1967). *Studio sobre el MMPI en su aplicación a un grupo de pacientes psiquiátricos costarricenses* [A study of the MMPI and its applicability with Costa Rican psychiatric patients]. Unpublished thesis, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.
- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S. y McNulty, J. L. (2003). Empirical correlates of common MMPI-2 two-point codes in male psychiatric inpatients. *Assessment*, 10, 237-247.
- Archer, R. P. (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Archer, R. P. (2005). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Archer, R. P., Bollnskey, P. K., Morton, T. L. y Farris, K. L. (2003). MMPI-A characteristics of male adolescents in juvenile justice and clinical treatment settings. *Assessment*, 10, 400-410.
- Archer, R. P. y Goedon, R. A. (1988). MMPI and Rorschach indices of schizophrenic and depressive diagnoses among adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 52, 276-287.
- Archer, R. P., Griffin, R. y Aiduk, R. (1995). Clinical correlates for ten common code types. *Journal of Personality Assessment*, 65, 391-408.
- Arias, G., Mendoza, K., Atlis, M. y Butcher, J.N. (2002, May). *MMPI-2 use in Cuba: An Illustration and future directions*. Paper presented at the Annual MMPI symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.

- Arita, A. A. y Baer, R. A. (1998). Validity of selected MMPI-A content scales. *Psychological Assessment, 10*, 59-63.
- Arqué, J. M., Segura, R. y Torrubia, R. (1987). Correlation of thyroxine and thyroid-stimulating hormone with personality measurements: A study in psychosomatic patients and healthy subjects. *Neuropsychobiology, 18*, 127-133.
- Atkinson, D. R., Morten, G. y Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities* (5th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Atlis, M. M., Hahn, J. y Butcher, J. N. (2006). Computer-based assessment with the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 445-476). Washington, DC: American Psychological Association.
- Avila-Espada, A. y Jimenez-Gomez, F. (1996). The Castilian version of the MMPI-2 in Spain: Development, adaptations, and psychometric properties. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 305-328). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Azan, A. (1989). The MPI Version Hispanic: Standardization and cross-cultural personality study with a population of Cuba refugees (Doctoral dissertation, University of Minnesota, 1988). *Dissertation Abstracts International, 50*, 2144B.
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., Bury, A. et al., (2006). Assessing underreporting and overreporting styles on the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 39-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barbenza, C. M., Montoya, O. A. y Borel, M. T. (1978). La tetradá psicótica del MMPI en un grupo de estudiantes universitarios [The psychotic tetrad of the MMPI in a group of college students]. *Revista de Psicología General y Aplicada, 150*, 79-88.
- Barroso, C. C., Alvarez, M. A. y Alvisa, R. (1982). Validación preliminar para Cuba de una nueva versión del MMPI abreviado [Preliminary validation of a new version of the abbreviated MMPI for Cuba]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 23*, 581-590.
- Bartram, D. (2001). The development of international guidelines of test use: The International Test Commission Project. *International Journal of Testing, 1*, 33-45.
- Ben-Porath, Y. S. (1990). Cross-cultural assessment of personality: The case for replicatory factor analysis. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Recent advances in personality assessment* (pp. 27-48). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ben-Porath, Y. S. y Davis, D. L. (1996). *Case studies for interpreting the MMPI-A*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Benito, Y. y Moro, J. (1997). *Proyecto de identificación temprana para alumnos superdotados* [Project for early detection of gifted students]. Madrid, Spain: Ministerio de Educación y Cultura de España.
- Berger, K. (1995, March). *Personality factors in incarcerated women who commit murder: An MMPI-2 study of infanticides, filicides, and homicides*. Paper presented at the 30th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Bernal, A. y Fernández, E. (1949). *The MMPI in Cuba*. Unpublished manuscript.
- Berry, D. T. (1996, June). *Assessment of profile validity: Malingering and related response*. Paper presented at the 31st Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology, 46*, 5-68.
- Betancourt, H. y López, S.R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist, 48*, 629-637.
- Brenella, M. E., Dink, L. y Maristany, M. (1992). *Evaluación objetiva de la personalidad, aportes del MMPI-2* [Objective evaluation of personality with the MMPI-2]. Buenos Aires, Argentina: Psicoteca Ed.

- Brook, R., Kaplun, J. y Whitehead, P. C. (1974). Personality characteristics of adolescent amphetamine users as measured by the MMPI. *British Journal of Addiction to Alcohol and Others Drugs*, 69, 61-66.
- Bryant, F. B. y Yarnold, P. R. (1995). Principal components analysis and exploratory and confirmatory factors analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 99-136). Washington, DC: American Psychological Association.
- Burke, E. L. y Eichberg, R. H. (1972). Personality characteristics of adolescent users of dangerous drugs as indicated by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 291-298.
- Butcher, J. N. (1986). *Cross-cultural psychological assessment: Issues and procedures for the psychological appraisal of refugee patients* (Tech. Rep. Prepared for the Technical Assistance Center, National Institute of Mental Health Project). Minneapolis: University of Minnesota.
- Butcher, J. N. (1994). Psychological assessment by computer: Potential gains and problems to avoid. *Psychiatric Annals*, 20, 20-24.
- Butcher, J. N. (1996a). *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (1996b). Understanding abnormal behavior. In J. N. Butcher, (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2* (pp. 3-25). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (1997). [Pearson assessments, National Computer Systems archival base data]. Unpublished data, University of Minneapolis.
- Butcher, J. N. (2004). Personality assessment without borders: Adaptation of the MMPI-2 across cultures. *Journal of Personality Assessment*, 83, 90-104.
- Butcher, J. N. (2005a). *A beginner's guide to the MMPI-2* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N. (2005b). Exploring universal personality characteristics: An objective Approach. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 553-566.
- Butcher, J. N. (Ed.). (2006). *MMPI-2: A Practitioner's guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Berah, E., Ellertsen, B. et al., (1998). Objective personality assessment: Computer-based MMPI-2 interpretation in international clinical settings. In C. Belar (Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Sociocultural and individual differences* (pp. 277-312). New York: Elsevier.
- Butcher, J. N., Cabiya, J., Lucio, M. E. et al., (1998). *Hispanic version of the MMPI-A manual supplement*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Cheung, F. M. y Lim, J. (2003). Use of the MMPI-2 with Asian populations. *Psychological Assessment*, 15, 248-256.
- Butcher, J. N., Coelho Mosh, S., Tsai, J. y Nezami, E. (2006). Cross-cultural applications of the MMPI-2. In J. N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 505-537). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R. et al., (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Derksen, J., Sloore, H. y Sirigatti, S. (2003). Objective personality assessment of people in diverse cultures: European adaptations of the MMPI-2. *Behavior Research and Therapy*, 41, 819-840.
- Butcher, J. N., Ellertsen, B., Ubostad, B. et al., (2000). *International case studies on the MMPI-A: An objective approach*. Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Butcher, J. N. y García, R. E. (1978). Cross-national application of psychological tests. *Personnel and Guidance Journal*, 56, 472-475.

- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S. *et al.*, (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring* (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Dahlstrom, W. G. y Bowman, E. (1990). The MMPI-2 with college students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 1-15.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Kamphuis, J. y Rouse, S. (2006). Evaluating MMPI-2 research: Considerations for practitioners. In J. N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 15-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Hamilton, C. K., Rouse, S. V. y Cumella, E. J. (2006). The deconstruction of the Hy scale of MMPI-2: Failure of RC3 in measuring somatic symptom expression. *Journal of Personality Assessment*, 87, 199-205.
- Butcher, J. N. y Han, K. (1996). Methods of establishing cross-cultural equivalence. In J. N. Butcher, (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2* (pp. 44-66). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Hostetler, K. (1990). Abbreviating MMPI item administration: Past problems and prospects for the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 2, 12-22.
- Butcher, J. N., Jeffrey, T., Cayton, T. G. *et al.*, (1990). A study of active duty military personnel with the MMPI-2. *Military Psychology*, 2, 47-61.
- Butcher, J. N., Nezami, E. y Exner, J. (1998). Psychological assessment of people in diverse cultures. In S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Cross-cultural clinical psychology* (pp. 61-105). New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., Ones, D. S. y Cullen, M. (2006). Personnel screening with the MMPI-2. In J. N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 381-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N. y Pancheri, P. (1976). *A handbook of cross-national MMPI research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Tsai, J., Coelho, S. y Nezami, E. (2006). Cross-cultural applications of the MMPI-2. In J. N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 505-537). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N. y Williams, C. L. (1992). *MMPI-2 and MMPI-A: Essentials of clinical interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Williams, C. L. (2000). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation* (2nd ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R. *et al.*, (1992). *MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabiya, J. J. (1994, May). *Application of the Hispanic MMPI-2 in Puerto Rico*. Paper presented at the 29th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Cabiya, J. (1996). Use of the MMPI and the MMPI-2 in Puerto Rico. In J. N. Butcher (Ed.), *Handbook of cross-national MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 284-304). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabiya, J. (1997). *MMPI-2 study of Puerto Rican prison inmates*. Manuscript in Preparation, Center for Caribbean Studies, San Juan, Puerto Rico.
- Cabiya, J., Colberg, E., Pérez, S. y Pedrosa, O. (2001, April). *MMPI-2 clinical scales profiles of female victims of domestic violence and sexual abuse*. Paper presented at the 36th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Tampa, FL.
- Cabiya, J., Cruz, R. y Bayón, N. (2002, May). *MMPI-2 Hispanic Normative Project: Puerto Rican sample*. Paper presented at the 37th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.

- Cabiya, J. y Davila, G. (1999a). Cultural differences in MMPI-2 scores between North Americans and Puerto Ricans. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 12, 145-158.
- Cabiya, J. J. y Davila, G. (1999b, April). *MMPI-2 mean T scores and code-types of Puerto Rican depressed outpatients and inpatients*. Paper presented at the 34th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Cabiya, J., Reuben, D., García, O. *et al.*, (2001). *Preliminary study of the adequacy of the Spanish translation of the MMPI-A with Puerto Rican adolescents*. Unpublished manuscript.
- Calderon, I. (2002). Effects of acculturation on the performance of Mexican-American adolescents on selected scales of the MMPI-A (L, K, SC, and MA). *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 63(2-B), 1083.
- Callahan, W. J. (1997). Symptom reports and acculturation of White and Mexican-American in psychiatric, college, and community settings. *Dissertation Abstracts International*, 58(8-B), 4439.
- Capwell, D. F. (1945). Personality patterns of adolescents girls: I. Girls who show improvement in IQ: *Journal of Applied psychology*, 29, 212-228.
- Carey, R. J., Garske, J. P. y Ginsberg, J. (1986). The prediction of adjustment to prison by means of an MMPI-based classification system. *Criminal Justice and Behavior*, 13, 347-365.
- Cashel, M. L., Ovaert, L. y Holliman, N. G. (2000). Evaluating PTSD in incarcerated male juveniles with the MMPI-A: An exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1535-1550.
- Cassullo, M. M. (1964). *Adaptación del Cuestionario MMPI* [Adaptation of the MMPI Questionnaire]. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires, Departamento de orientación Vocacional.
- Cassullo, M. M., Samartino García, L. G., Brenella, M. E. *et al.*, (1996). Studies of the MMPI-2 in Argentina. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 252-264). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cheung, F. M. y Ho, R. M. (1997). Standardization of the Chinese MMPI-A in Hong Kong: A preliminary study. *Psychological Assessment*, 9, 499-502.
- Cheung, F. M., Song, W. Z. y Butcher, J. N. (1991). An infrequency scale for the Chinese MMPI. *Psychological Assessment*, 3, 648-653.
- Cigrang, J. A. y Staal, M. A. (2001). Readministration of the MMPI-2 following defensive invalidation in a military job applicant sample. *Journal of Personality assessment*, 76, 472-481.
- Colligan, R. C. y Offord, K. P. (1992). Age, stage, and the MMPI: Changes in response patterns over an 85-year age span. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 476-493.
- Colligan, R. C. y Osborne, D. (1997). MMPI profiles from adolescents medical patients. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 186-189.
- Colon, C. C. (1993). *Relationship between the MMPI-2 content scales and psychiatric symptoms with Puerto Rican college students and psychiatric patients*. Unpublished doctoral dissertation, Caribbean Center for Advanced Studies, San Juan, Puerto Rico.
- Comas-Diaz, L. (1992). The future of psychotherapy with ethnic minorities. *Psychotherapy*, 29, 88-94.
- Comas-Diaz, L. (2001). Hispanics, Latinos, or Americanos: The evolution of identity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 115-120.
- Comas-Diaz, L. y Grenier, J. R. (1998). Migration and acculturation. In J. N. Sandoval, C. L. Frisby, K. F. Geisinger, J. D. Scheuneman, & J. R. Grenier (Eds.), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment* (pp. 213-240). Washington, DC: American Psychological Association.
- Comas-Diaz, L. y Jacobsen, F.M. (1987). Ethnocultural identification in psychotherapy. *Psychiatry*, 50, 232-241.
- Contini de Gonzalez, E. N., Figueroa, M. I. Cohen Imach, S. y Coronel de Pace, P. (2001). The use of the MMPI-A in the identification of psychopathological traits in adolescents of Tucuman (Argentina). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 12, 85-96.

- Coohey, C. (2001). The relationship between familism and child maltreatment in Latino and Anglo families. *Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 6, 130-142.
- Cook, W. W. y Medley, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Crespo, G. S. y Gomez, F. J. (2003). La Escala Superlativa S de Butcher y Han (1995): El fingimiento en la adaptación española del MMPI-2 [The Superlative Scale S of Butcher and Han (1995): The "fake-good" in the Spanish adaptation of the MMPI-2]. *Revista de Psicología*, 21(1), 5-39.
- Cruz-Niemiec, R. (2004). *Factores de tiempo y género sexual asociados al MMPI-2, Versión Hispana, con una muestra de hombres y mujeres puertorriqueños/as* [Factors of time and generated sexual association to the MMPI-2, Hispanic version, with a sample of Puerto Rican men and women]. Unpublished doctoral dissertation, Albizu University, San Juan, Puerto Rico.
- Cuellar, I. (2000). Acculturation as a moderator of personality and psychological assessment. In R. H. Dana (Ed.), *Handbook of cross-cultural and multicultural personality assessment* (pp. 113-129). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cumella, E. J., Wall, A. D. y Kerr-Almeida, N. (1999). MMPI-A in the inpatient assessment of adolescents with eating disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73, 31-44.
- Cummins, J. (1984). *Bilingualism and special education: Issues in assessment and pedagogy*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Cusick, G. M. y Fafrak, L. L. (1992, Spring). Development of local norms and their vocational evaluation. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin*, 15-18.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. y Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Research applications* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dana, R. H. (1988). Culturally diverse groups and MMPI interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 490-495.
- Dana, R. H. (1997). Multicultural assessment and cultural identity: An assessment-intervention model. *World Psychology*, 3, 121-141.
- Dana, R. H. (2005). *Multicultural assessment: Principles, applications and examples*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Deinard, A. S., Butcher, J. N. Thao, U. D. et al., (1996). Development of Hmong translation of the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptation of the MMPI-2* (pp. 194-205). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Derksen, J. (2006). The contributions of the MMPI-2 to the diagnosis of personality disorders. In J. N. Butcher, (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 99-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Derksen, J., de Mey, H., Sloore, H. y Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2: Handleiding bij afname, scoring en interpretatie* [MMPI-2: Handbook for scoring and interpretation]. Nijmegen, the Netherlands: PEN Tests.
- Derksen, J., Ven Dijk, J. y Cornelissen, A. (2003). The Dutch version of the MMPI-A [In Dutch]. *Psychology*, 38, 304-311.
- Díaz, A., Jurado, M., Lucio, G. E. y Cuevas, M. (2003). Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitarios [Detection of treatment dropout in university students]. *Psiquiatría*, 19, 1-9.
- Duran, P. C., Lucio, E. y Reyes-Lagunes, I. (1993, July). *Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 español en México* [Factorial analysis of the MMPI-2 Spanish for Mexico]. Paper presented at the 24th Congreso Interamericano de Psicología. Ponencia "Sociedad Interamericana de Psicología," Santiago, Chile.
- Egan, J. P. (1975). *Signal detection theory and ROC analysis*. New York: Academic Press.
- Farias, J. M. P., Duran, C. y Gomez-Maqueo, E. L. (2003). MMPI-A temporal stability study through a test-retest design in a Mexican student sample. *Salud Mental*, 26, 59-66.

- Figueroa, M. I. (2001). *Factores psicosociales y de la personalidad asociados con el rendimiento académico en fêmeas adolescentes del género femenino* [Psychosocial factors related to academic performance in female adolescents]. Unpublished master's dissertation, National Autonomous University of Mexico, Mexico City.
- Fink, A. y Butcher, J. N. (1972). Reducing objections to personality inventories with special instructions. *Educational and Psychological Measurements*, 27, 631-639.
- Fitzgibbons, D. J., Berry, D. F. y Shearn, C. R. (1973). MMPI and diagnosis among hospitalized drug abusers. *Journal of Community Psychology*, 1, 79-81.
- Flores, L., Chavira, D. A., Velasquez, R. J. et al., (1996, June). *MMPI-2 codetypes of Spanish speaking Hispanic DUI offenders*. Paper presented at the 31st Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Forbey, J. D. y Ben-Porath, Y. S. (2003). Incremental validity of the MMPI-A content scales in a residential treatment facility. *Assessment*, 10, 191-202.
- Frank, J. G., Velasquez, R. J., Reimann, J. y Salazar, J., (1997, June). *MMPI-2 profiles of Latino, Black, and White rapists and child molesters on parole*. Paper presented at the 32nd Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Galluci, N. T. (1997). On the identification of patterns of substance abuse with the MMPI-A. *Psychological Assessment*, 9, 224-232.
- García, R., Hoffman, N. y Butcher, J. N. (1983). *Spanish translation of the MMPI for Hispanic Americans*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- García-Peltoniemi, R., Azan A. A. y Lucio, E. (1998). *Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes (MMPI-A)* [Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A)]. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- García-Peltoniemi, R. y Azan Chaviano, A. (1993). *MMPI-2: Inventario Multifásico de la Personalidad-2 Minnesota* [MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory]. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Garrido, M., Diehl, S., Gionta, D. et al., (1999, April). *Prison adjustment: Predictive utility of MMPI-2 scales, Megargee types, and demographic data*. Paper presented at the 34th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Huntington Beach, CA.
- Garrido, M., Gionta, D., Diehl, S. y Boscia, M. (1998, March). *The Megargee MMPI-2 system of inmate classification: A study of its applicability with ethnically diverse prison inmates*. Paper presented at the 33rd Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Clearwater Beach, FL.
- Garrido, M., Parsons, J. P., Velásquez, R. et al., ((1997, June). *MMPI-2 performance of Hispanic and White abusive and neglectful parents*. Paper presented at the 32nd Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Garrido, M. y Velásquez, R. J. (2006). Interpretation of Latino/a MMPI-2 profiles: Review and application of empirical findings and cultural-linguistic consideration. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 477-504). Washington, DC: American Psychological Association.
- Geisinger, K. F. (1998). Psychometric issues in test interpretation. In J. Sandoval, C. L. Frisby, K. F. Geisinger, J. D. Scheuneman, & J. R. Greiner, (Eds.), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment* (pp.17-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Genshaft, J. L. (1980). Personality characteristics of delinquent subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 279-283.
- Ghiju, B. G. (1982). *Estudio comparativo del manejo de la agresividad en un grupo de adolescentes mujeres mexicanas de distintos niveles socioeconómicos, utilizando el MMPI* [Comparative study of the management of aggressiveness in a group of Mexican female adolescents from different socioeconomic levels, using the MMPI]. Unpublished thesis, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.

- Gilberstadt, H. y Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia: Saunders.
- Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Petrocelli, J. V. (2002). Personality characteristics of male juvenile offenders by adjudicated offenses as indicated by the MMPI-A. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 183-201.
- Gómez, F. C. J., Johnson, R., Davis, Q. y Velasquez, R. J. (2000). MMPI-A Performance of African and Mexican American adolescent first-time offenders. *Psychological Reports*, 87, 309-314.
- Gómez de Borda, M. I., Gonzalez, G. J. A. y Llorca, R. G. (1988). Estudio psicológico del enfermo oncológico [Psychological study of oncology patients]. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 9, 29-36.
- Gonzalez, M. A. A., Martin, E. A., Despaigne, D. N. y Espinoza, A. L. (1983). Factores de personalidad, depresión y concentración de la atención en el bocio tóxico difuso [Factors of personality, depression, and concentration of attention in diffuse toxic goiter]. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2, 274-381.
- Good, B. y Kleinman, A. (1985). Epilogue: Culture and depression. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 491-506). Berkeley: University of California Press.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S. y McNulty, J. (1999). *MMPI-2 correlates for outpatients*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Graham, J. R. y Butcher, J. N. (1988, March). *Differentiating schizophrenic and major affective disorders with the revised form of the MMPI*. Paper presented at the 23rd Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Green, S. B. y Kelley, C. K. (1988). Racial bias in prediction with the MMPI for a juvenile delinquent population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 263-275.
- Greene, R. L. (1987). Ethnicity and MMPI performance: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 497-512.
- Greene, R. L. (1991). *The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Greene, R. L., Robin, R. W., Albaugh, B. et al., (2003). Use the MMPI-2 in American Indians: II. Empirical correlates. *Psychological Assessment*, 15, 360-369.
- Gregory, R. J. (1974). Replicated actuarial correlates for three MMPI code types in juvenile delinquency. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 390-394.
- Guarnaccia, P. J., Lewis-Fernández, R. y Marano, M. R. (2003). Toward a Puerto Rican popular nosology: Nervios and ataque de nervios. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27, 339-366.
- Gucker, D. y McNulty, J. (2004, May). *The MMPI-2, defensiveness, and an analytic strategy*. Paper presented at the 39th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Gynther, M. D., Altman, H. y Sletten, I. W. (1973). Development of an empirical interpretive system for the MMPI: Some after-the-fact observations. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 232-234.
- Hahn, J. (2003). Faking and defensive responding in Korean MMPI-2. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 64(6-B), 2971.
- Halcón, L., Robertson, C. L., Savik, K. et al., (2004). Trauma and coping in Somali and Oromo refugee youth. *Journal of Adolescent Health*, 35, 17-25.
- Hall, G. C. N., Bansal, A. y Lopez, I. R. (1999). Ethnicity and psychopathology: A meta analytic review of 31 years of comparative MMPI/MMPI-2 research. *Psychological assessment*, 11, 186-197.
- Han, K., Weed, N., Calhoun, R. y butcher, J. N. (1995). Psychometric characteristics of the MMPI-2 Cook-Medley Hostility Scale. *Journal of Personality Assessment*, 65, 567-586.

- Handler, L. y Meyer, G. J. (1998). The importance of teaching and learning personality assessment. In L. Handler, & M. J. Hilsenroth (Eds.), *Teaching and learning personality assessment* (pp. 3-30). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Harkness, A., McNulty, J., Ben-Porath, Y. y Graham, J. R. (1999). *MMPI-2 Personality Psychopathology 5 (PSY-5) scales: MMPI-2 test reports*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Haskell, A. (1996). Mexican American and Anglo American endorsement of items on the MMPI-2 Scale 2, the Center for Epidemiological Studies Depression Scale, and the Cohen-Hoberman Inventory for Physical Symptoms. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4708B.
- Hathaway, S. R. (1970, March). *The MMPI development*. Paper presented at the Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Mexico City, Mexico.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1940). A Multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1951). The prediction of juvenile delinquency using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *American Journal of Psychiatry*, 108, 469-473.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1952). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory in the study of juvenile delinquents. *American Sociological Review*, 17, 704-710.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1957). The personalities of predelinquent boys. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 48, 149-163.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1961). *An atlas of juvenile MMPI profiles*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R. y Monachesi, E. D. (1963). *Adolescent Personality and behavior: MMPI patterns of normal, delinquent, drop-out, and other outcomes*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hays, P. (2001). *Addressing cultural complexities in practice: A framework for clinicians and counselors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Helms, J. E. y Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Henard, D. H. (2000). Item response theory. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 67-98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hernandez, Q., Lucio, E. y Manzo, C. (2002, May). *Personality and IQ of high performance Mexican adolescent student patients*. Paper presented at the 37th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Hilliard, A. (1996). Either a paradigm shift or no mental measurement: The non-science of the bell curve. *Cultural Diversity and Mental Health*, 2, 1-20.
- Himmel, E., Maltes, S. G. y Rissetti, F. J. (1979). *Validez de constructo del MMPI en la población universitaria chilena: Un enfoque transcultural* [Construct validity of the MMPI in the Chilean university population: A transcultural approach]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría Académica, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Departamento de Salud Estudiantil.
- Hjemboe, S., Almagor, M. y Butcher, J. N. (1992). Empirical assessment of marital distress: The Marital Distress Scale (MDS) for the MMPI-2. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 9, 141-152). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1990). *INEGI censo: Nacional de Población* [INEGI census: National Population]. Mexico City, Mexico: Author.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2000). *INEGI censo: Nacional de Población* [INEGI census: National Population]. Mexico City, Mexico: Author.
- Izaguirre-Hernandez, C., Sanchez- Quintanar, C. y Avila-Mendez, Y. (1970). *Normas de calificación del MMPI en adolescentes del E. N. P. de U. N. A. M.* [MMPI norms for classification of adolescents of the Nacional Preparatory School of the UNAM]. Unpublished thesis, College of Psychology, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.

- Jaranson, J., Butcher, J. N., Halcón, L. *et al.*, (2004). Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history. *American Journal of Public Health*, 94, 591-597.
- Keane, T. M., Malloy, P. F. y Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Kooper, B. A., Osman, A., Soman, J. R. y Hoffman, J. (1998). Clinical utility of the MMPI-A content scales and Harris-Lingoes subscales in the assessment of suicidal risk factors in psychiatric adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 191-200.
- Lapham S. C., Skipper, B. J. y Simpson, G. L. (1997). A prospective study of the utility of standardized instruments in predicting recidivism among first DWI offenders. *Journal Studies on Alcohol*, 58, 524-530.
- León, I. y Lucio, E. (1999). Consistencia y estructura interna de las escalas de abuso de sustancias del MMPI-2 [Internal consistency and structure of the MMPI-2 substance abuse scales]. *Salud Mental*, 22(3), 14-19.
- Lilienfeld, L. R. (1994). *The use of the MMPI-A in the identification of risk factors for the future development of eating disorders*. Doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.
- Lindgren, S. D., Harper, D. C., Richman, L. C. y Stehbins, J. A. (1986). "Mental imbalance" and the prediction of recurrent delinquent behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 821-825.
- Lindsey, M. L. (1998). Culturally competent assessment of African-American clients. *Journal of Personality Assessment*, 70, 43-53.
- Lonner, W. I. y Ibrahim, F. A. (1996). Appraisal and assessment in cross-cultural counseling. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (pp. 293-322). New York: Guilford Press.
- López, S. y Weisman, A. (2004). Integrating a cultural perspective in psychological test development. In R. J. Velásquez, L. M. Arellano, & B. W. McNeill (Eds.), *The handbook of Chicana/o psychology and mental health* (pp. 129-151). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Loy, A., Alvarez, M., Duran, A. y Almagro, D. (1981). Consideraciones psicopatológicas en un grupo de hemofílicos adultos: Informe preliminar [Psychopathological considerations in a group of adult hemophiliacs: Preliminary study]. *Revista Cubana de Medicina*, 20, 38-44.
- Lucio, E. (1976). Presencia de algunas características hipocondríacas en estudiantes de medicina [Hypochondriasis personality traits in students]. *Revista Psiquiatría*, 6(3), 46-49.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, P. C. (1998). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes: MMPI-A* [Manual for administration and scoring of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents: MMPI-A]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Lucio, E., Reyes-Lagunes, I. y Scott, R. L. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality assessment*, 63, 105-116.
- Lucio, G. E. (2000). Case of Alejandro. In J. N. Butcher, B. Ellertsen, B. Ubostad, E. Budd, G. E. Lucio, J. Lim, *et al.* (Eds.), *International case studies on the MMPI-A: An objective approach* (pp. 28-37). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Lucio, G. E., Ampudia, A., Duran, C. *et al.*, (2001). Comparisons of Mexican and American norms of the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1459-1468.
- Lucio, G. E., Duran, C., Graham, J. R. y Ben-Porath, Y. S. (2002). Identifying faking bad on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent with Mexican adolescents. *Assessment*, 9, 62-69.
- Lucio, G. M. E., Ampudia, R. A. y Durán, P. C. (1997, June). *A test-retest reliability study of the MMPI-A in a group of Mexican adolescents*. Paper presented at the 32nd Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Lucio, G. M. E. Córdova, G. V. y Hernández, Q. (2002a, May). *Discriminative sensitivity of the Koss-Butcher and Lachar-Wrobel critical item sets in alcoholic patients*. Paper presented at the 36th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.

- Lucio, G. M. E., Córdova, I. V. y Hernández, C. Q. (2002b). Sensibilidad discriminativa de los reactivos significativos [Discriminative sensitivity of significant Koss-Butcher and Lachar-Wrobel items in alcoholic patients]. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 6(1), 103-115
- Lucio, G. M. E., Loza, G. y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad del adolescente suicida [Stressful life events and the personality of adolescents who attempted suicide]. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(2), 58-65.
- Lucio, G. M. E., Palacios, H., Durán, C. y Butcher, J. N. (1999). MMPI-2 with Mexican psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1541-1552.
- Lucio, G. M. E. y Reyes-Lagunes, I. (1996). The Mexican version of the MMPI-2 in Mexico and Nicaragua: Translation, adaptation, and demonstrated equivalency. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2* (pp. 265-283). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lueger, R. J. y Hoover, L. (1984). Use of the MMPI to identify subtypes of delinquent adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1493-1495.
- Macmillan, N. A. y Creelman, C. D. (1991). *Detection theory: A user's guide*. New York: Cambridge University Press.
- Madariaga, M. y Guttin, E. (1980). *Estudio comparativo de los rasgos de personalidad de dos grupos diferentes áreas Físico Matemática y el área de Disciplinas Sociales de la escuela preparatoria 5, mediante el uso del MMPI*. [Study of personality traits with the MMPI, of two groups from Social Sciences and Physical-Chemical areas from the Preparatory School 5]. Unpublished dissertation, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.
- Malgady, R. G., Rogler, L. H. y Constantino, G. (1987). Ethnocultural and linguistic bias in the mental health evaluation of Hispanics. *American Psychologist*, 42, 228-234.
- Manos, N. (1985). Adaptation of the MMPI in Greece: Translation, standardization, and cross-cultural comparisons. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 4, pp. 159-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Manson, S. y Kleinman, A. (1998). *DSM-IV*, culture and mood disorders: A critical reflection on recent practice. *Transcultural Psychiatry*, 35, 377-386.
- Marin, G. y Triandis, H. C. (1985). Allocentrism as an important characteristic of the behavior of Latin American and Hispanics. In R. Diaz-Guerrero (Ed.), *Cross-cultural and national studies in social psychology* (pp. 85-104). Amsterdam: Elsevier Science.
- Marks, P. A., Seeman, W. y Haller, D. L. (1974). *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. Baltimore: William & Wilkins.
- Mason, K. (1997). Ethnic identity and the MMPI-2 profiles of Hispanic male veterans diagnosed with PTSD. *Dissertation Abstracts International*, 58(4-B), 2129.
- McGrath, R. E., Pogge, D. L. y Stokes, J. M. (2002). Incremental validity of selected MMPI-A content scales in an inpatient setting. *Psychological Assessment*, 14, 401-409.
- Megargee, E. I. (1993, March). *Using the Megargee offender classification system with the MMPI-2: An update*. Paper presented at the 28th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg Beach, FL.
- Mendizabal, P. (1993). *Grado de correspondencia entre el MMPI y la forma abreviada (Mini Mult) en una muestra de pacientes del servicio de psiquiatría del hospital H. Delgado de Arequipa* [Degree of agreement between the MMPI abbreviated form (Mini Mult) in a sample of patients from the psychiatry department of Delgado Hospital in Arequipa]. Unpublished thesis, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.
- Micucci, J. A. (2002). Accuracy of MMPI-A scales *ACK*, *MAC-R*, and *PRO* in detecting comorbid substance abuse among psychiatric inpatients. *Assessment*, 9, 111-122.
- Montoya, O. A., (1977). La triada neurótica del MMPI en un grupo de estudiantes universitarios [The neurotic triad of the MMPI with a group of college students]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 149, 1077-1083.

- Monzon, L. (2001). *Los rasgos de la personalidad del adolescente medidos con el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A) y su relación con el desempeño escolar en una muestra de estudiantes de bachillerato*. [The relation between personality traits assessed with the MMPI-A and academic achievement in a sample of students from preparatory school]. Unpublished master's thesis, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.
- Monzon, L. y Lucio, E. (1996). Scoring and interpretation for the MMPI-2 [Computer software]. Mexico City, Mexico: Author.
- Moore, J. M., Jr., Thompson-Pope, S. K. y Whited, R. M. (1996). MMPI-A profiles of adolescent boys with a history of firesetting. *Journal of Personality Assessment*, 67, 116-126.
- Morton, T. L., Farris, K. L. y Brenowitz, L. H. (2002). MMPI-A scores and high points of male juvenile delinquents: Scales 4, 5, and 6 as markers of juvenile delinquency. *Psychological Assessment*, 14, 311-319.
- Navarro, R. (1971). El MMPI (Español) aplicado a jóvenes mexicanos: Influencias de sexo, edad y nivel de inteligencia [The MMPI (Spanish) applied to Mexican youngsters: Sex, age and intelligence influence]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 5, 127-137.
- Negy, C., Leal-Puente, L., Trainor, D. J. y Carlson, R. (1997). Mexican American adolescents' performance on the MMPI-A. *Journal of Personality Assessment*, 69, 205-214.
- Nichols, D. S. (2006). The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 restructured clinical scales. *Journal of Personality assessment*, 87, 121-138.
- Nichols, D. S. y Crowhurst, B. (2006). The use of the MMPI-2 in inpatient mental health settings. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (pp. 195-252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nieves-Grafals, S. (1995). Psychological testing as a diagnostic and therapeutic tool in the treatment of traumatized Latin-American and African refugees. *Cultural Diversity and Mental Health*, 1, 19-27.
- Nordström, P., Schalling, D. y Asberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 155-160.
- Núñez, R. (1967). *Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español* [The Spanish MMPI]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Núñez, R. (1979). *Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología* [Application of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) for psychopathology]. Mexico City, Mexico: Manual Moderno.
- Núñez, R. (1987). *Pruebas psicométricas de la personalidad* [Personality psychometric tests]. Mexico City, Mexico: Trillas.
- Ordaz, M. y Villegas, C. (2000). *Perfil de personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno de personalidad* [Personality profile and assertiveness level of a group of borderline patients]. Unpublished dissertation, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.
- Ortega, D. M. (2001). Parenting efficacy, aggressive parenting and cultural connections. *Family Social Work*, 6(1), 47-57.
- Padilla, A. M., (1992). Reflections of testing: Emerging trends and new possibilities. In K. F. Geisinger (Ed.), *Psychological testing of Hispanics* (pp. 271-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pampa, W. y Scott, R. (2000). Case of Adriana. In J. N. Butcher, B. Ellertsen, B. Ubostad, E. Budd, E. Lucio, J. Lim, et al. (Eds.), *International case studies on the MMPI-A: An objective approach* (pp. 62-70). Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Pearson Assessments-National Computer Systems. (1994). [Archival base rate data]. Minneapolis, MN: Author.

- Pena, C., Cabiya, J. J. y Echevarria, N. (1995, March). *Cambios en los promedios de puntuaciones T en el MMPI-2 de confinados convictos por crímenes violentos participantes en un programa de tratamiento basado en un modelo de aprendizaje social* [Changes in mean MMPI-2 T scores of violent offenders in a social learning treatment program]. Paper presented at the 29th Annual MMPI Symposium on recent developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Pena, C., Cabiya, J. y Echevarria, N. (2000). MMPI-2 scores of a representative sample of state inmates in Puerto Rico. *Revista Ciencias de la Conducta*, 15, 39-52.
- Pena, L. M., Megargee, E. I. y Brody, E. (1996). MMPI-A patterns of male juvenile delinquents. *Psychological Assessment*, 8, 388-397.
- Phinney, J. S., (1996). When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American Psychologist*, 51, 918-927.
- Pinderhughes, E. (1989). *Understanding race, ethnicity, and power: The Key to efficacy in clinical practice*. New York: Free Press.
- Pope, K. S., Butcher, J. N. y Seelen, J. (2006). *The MMPI/MMPI-2/MMPI-A in court* (3rd ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- Quevedo, K. M. y Butcher, J. N. (2005). The use of the MMPI and MMPI-2 in Cuba: A historical overview from 1950 to the present. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 335-347.
- Ricks, J. H., (1971). Local norms: When and why. *Test Service Bulletin*, 58, 1-6.
- Rinaldo, J. C. B. y Baer, R. A. (2003). Incremental validity of the MMPI-A content scales in the prediction of self-reported symptoms. *Journal of Personality Assessment*, 80, 309-318.
- Rincón, V. D. R. y Lastra, R. A. (1987). Contribución a la caracterización psicológica de los enfermos de Lepra [Psychological characteristics of patients with leprosy]. *Revista Cubana de medicina Tropical*, 39, 45-65.
- Rissetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. *et al.*, (1979a, March). *Estudios transnacionales y transculturales con el MMPI* [Cross-national and cross-cultural studies with the MMPI]. Paper presented at the 17th Congreso Interamericano de Psicología, Lima, Peru.
- Rissetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. *et al.*, (1979b). *La experiencia chilena con el MMPI* [The Chilean experience with the MMPI]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Departamento de Salud Estudiantil.
- Rissetti, F. J., Butcher, J. N., Agostini, J. *et al.*, (1979c, July). *Translation and adaptation of the MMPI in Chile: Use in a university student health service*. Paper presented at the 13th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, St. Petersburg, FL.
- Rissetti, F. J., Himmel, E. y Gonzalez-Moreno, J. A. (1996). Use of the MMPI-2 in Chile. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical application* (pp. 221-251). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Rissetti, F. J., Himmel, E., Maltes, S. G. *et al.*, (1989a). Estandarización del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en población adulta chilena [Standardization of the MMPI in an adult Chilean population]. *Revista Chilena de Psicología*, 1, 41-62.
- Rissetti, F. J., Himmel, E., Maltes, S. G. *et al.*, (1989b, March). *Standardization of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in Chilean adult population*. Paper presented at the 24th Annual MMPI Symposium on Recent Developments in the Use of the MMPI-2/MMPI-A, Honolulu, HI.
- Rissetti, F. J. y Maltes, S. G. (1985a). Use of the MMPI in Chile. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 4, pp. 209-257). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rissetti, F. J. y Maltes, S. G. (1985b). Validez predictiva del MMPI en la población universitaria de la P. Universidad Católica de Chile [Predictive validity of the MMPI in the university population at the Catholic University of Chile]. *Cuadernos Consejo de Rectores, Universidades Chilenas.*, 24, 192-203.

- Rissetti, F. J., Montiel, F., Maltes, J. *et al.*, (1978). *Traducción al castellano del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* [Castilian translation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Servicio de Salud Estudiantil.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Harrison, K. S. y Jordan, M. J. (2006). The MMPI-2 restructured clinical scales: A paradigmatic shift in scale development. *Journal of Personality Assessment*, 87, 139-147.
- Rogler, L. H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54, 424-433.
- Rowell, R. K. (1992). Differences between Black, Mexican American, and White probationers on the revised MacAndrew Alcoholism Scale of the MMPI-2. *Dissertation Abstracts International*, 54, 821A.
- Sandoval, J. y Duran, R. P. (1998). Language. In J. Sandoval, C. L. Frisby, K. F. Geisinger, J. D. Scheuneman, y J. R. Grenier (Eds.), *Test interpretation and diversity: Achieving equity in assessment* (pp. 181-212). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santiago-Rivera, A., Arredondo, P. y Gallardo-Cooper, M. (2002). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Savacir, I. y Erol, N. (1990). The Turkish MMPI: Translation, standardization, and validation. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 8, pp. 49-62). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schinka, J. A., Elkins, D. E. y Archer, R. P. (1998). Effects of psychopathology and demographic characteristics on MMPI-A scale scores. *Journal of Personality Assessment*, 71, 295-305.
- Scott, R. L., Butcher, J. N. young, T. L. y Gomez, N. (2002). The Hispanic MMPI-A across five countries. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 407-417.
- Scott, R. L., Knoth, R. L., Beltran-Quiones, M. y Gomez, N. (2003). Assessment of psychological functioning in adolescents earthquake victims in Colombia using the MMPI-A. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 49-57.
- Scott, R. L. y Pampa, W. M. (2000). The MMPI-2 in Peru: A normative study. *Journal of Personality Assessment*, 74, 95-105.
- Sechrest, L., Fay, T. y Zaida, S. (1972). Problems of translation in cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 41-56.
- Seisdedos, N. (1977). Personality characteristics of students receiving school counseling. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 32, 287-295.
- Seisdedos, N. y Roig Fuste, J. M. (1986). *MMPI. Suplemento técnico e interpretación clínica* [MMPI: Technical supplement and clinical interpretation]. Madrid, Spain: TEA ediciones.
- Sesteaga, N. B. (1980). *Relación entre características de personalidad y preferencias vocacionales en mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria* [The relation between personality traits and vocational preferences in female adolescents from preparatory school]. Unpublished thesis, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.
- Shores, A. y Carstairs, J. R. (1998). Accuracy of the MMPI-2 computerized Minnesota Report in identifying fake-good and fake-bad response sets. *Clinical Neuropsychologist*, 12, 101-106.
- Sirigatti, S. (2000). Toward an Italian version of the MMPI-Adolescent. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 230, 67-72.
- Sirigatti, S. y Giannini, M. (2000). Detection of faking good on the MMPI-2: Psychometric characteristics of the S scale. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 232, 61-69.
- Smith, W. R., Monastersky, C. y Deisher, R. M. (1987). MMPI-based personality types among juvenile sexual offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 422-430.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

- Spiro, R., Butcher, J. N., Levenson, M. *et al.*, (1993, August). *Personality change over five years: The MMPI-2 in older men*. Paper presented at the 101st Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Spring, M., Westermeyer, J., Halcón, L. *et al.*, (2003). Sampling in difficult-to-access refugee and immigrant communities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 813-819.
- Stein, L. A., McClinton, B. K. y Graham, J. R. (1998). Long-term stability of MMPI-A scales. *Journal of Personality Assessment*, 70, 103-108.
- Steinman, D. (1993). MMPI-2 profiles of inpatient polysubstance abusers. *Dissertation Abstracts International*, 54, 3354B.
- Sue, D. W. y Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different*. New York: Wiley.
- Suzuki, L. A. y Valencia, R. R. (1997). Race-ethnicity and measured intelligence: Educational implications. *American Psychologist*, 52, 1103-1114.
- Swets, J. A. (1998, June 3). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240, 1285-1293.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. *et al.*, (2003). *MMPI-2: Restructured clinical (RC) scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Toyer, E. A. y Weed, N. C. (1998). Concurrent validity of the MMPI-A in counseling program for juvenile offenders. *Journal of Clinical psychology*, 54, 395-400.
- Triana, R. M., Delgado, N. F., Sarraff, T. F. y Felipe, L. M. S. (1999). Aspectos psicológicos en pacientes con policitemia relativa hipovolémicos y normovolémicos [Psychological aspects of patients with relative hypovolemic and normovolemic polycythemia]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 15, 127-131.
- Triana, R. M., Espinosa, A. L., Triana, Y. G. *et al.*, (1987). Particularidades psíquicas de un grupo de pacientes con policitemia relativa [Psychological aspects in a group of patients with relative polycythemia]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 3, 135-144.
- Triana, R. M., Espinosa, A. L. y Valdez, H. R. (1995). Aspectos Psicológicos en leucémicos adultos [Psychological aspects of adults with leukemias]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 37, 112-119.
- Triana, R. M., Espinosa, A. L., Valdes, H. R. y Gonzales, L. G. (1988). Estilo de Enfrentamiento al estrés en pacientes con hemopatías [Strategies of facing stress in hemopathological patients]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 29, 555-560.
- Triana, R. M., Valdes, M. E. A. y Felipe, L. M. S. (2000). Personalidad y estabilidad psíquica en un grupo de pacientes adultos con inmunodeficiencia celular [Stability of personality in a group of adult patients with cellular immunodeficiency]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 16, 56-61.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- U. S. Census Bureau. (2004). *Annual demographic supplement to the March 2002 Current Population Survey*. Washington, DC: Author.
- Valcarcel, E. C. y Ríos, J. M. (1974). La dimensionalidad de la escala L del MMPI [Dimension of the MMPI L scale]. *Ciencias: Psicología*, 6(1).
- Valdes, T. L. G. (1979). Estudio valorativo de algunas características del MMPI en pacientes con trastornos psíquicos. [Validity study of some MMPI characteristics in psychiatric patients]. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 20, 249-258.
- Velasquez, R. J., Ayala, G. X. y Mendoza, S. A. (1998). *Psychodiagnostic assessment of U. S. Latinos with the MMPI, MMPI-2, and MMPI-A: A Comprehensive resource manual*. East Lansing: Michigan State University. Julian Samora Research Institute.
- Velasquez, R. J., Callahan, W. J., Reimann, J. y Carbonell, S. (1998, August). *Performance of bilingual Latinos on an English-Spanish MMPI-2*. Paper presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.

- Velasquez, R. J., Chavira, D. A., Karle, H. R. *et al.*, (2000). Assessing bilingual and monolingual Latino students with translations of the MMPI-2: Initial data. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6, 65-72.
- Velasquez, R. J., Gonzales, M., Butcher, J. N. *et al.*, (1997). Use of the MMPI-2 with Chicanos: Strategies for counselors. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 25, 107-120.
- Velasquez, R. J., Maness, P. J. y Anderson, U. (2002). Culturally competent assessment of Latino clients: The MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (2nd ed., pp. 154-170). New York: Oxford University Press.
- Villatoro, C. y Ramírez, G. F. (1998). *Estudio comparativo de perfiles de personalidad de delinquentes, basado en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)* [Comparative study of personality traits assessed with the MMPI-2 of a group of felons]. Unpublished dissertation, National Autonomous University of Mexico, Mexico City. Mexico.
- Vinet, E. V. y Alarcon, B. P. (2003). Evaluación psicométrica del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) en muestras chilenas. [Psychometrical assessment of the MMPI-A in Chilean samples]. *Terapia Psicológica*, 21(2), 87-103.
- Wallace, A. y Liljequist, L. (2005). A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales and clinical scales. *Assessment*, 290-294.
- Wedd, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T. y Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drugs abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of personality Assessment*, 58, 389-404.
- Wedd, N. C., Butcher, J. N. y Williams, C. L. (1994). Development of MMPI-A alcohol and drug problem scales. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 296-302.
- Whitworth, R. H. (1988). Anglo and Mexican American performance on the MMPI administered in Spanish or English. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 891-897.
- Whitworth, R. H. y McBlaine, D. D. (1993). Comparison of the MMPI and MMPI-2 administered to Anglo and Hispanic American university students. *Journal of Personality Assessment*, 61, 19-27.
- Whitworth, R. H. y Unterbrink, C. (1994). Comparison of MMPI-2 clinical and content scales administered to Hispanic and Anglo Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 255-260.
- Williams, C. L. y Butcher, J. N. (1989a). An MMPI study of adolescents: I. Empirical validity of the standard scales. *Psychological Assessment*, 1, 251-259.
- Williams, C. L. y Butcher, J. N. (1989b). An MMPI study of adolescents: II. Verification and limitations of code types classifications. *Psychological Assessment*, 1, 260-265.
- Williams, C., Butcher, J. N., Ben-Porath, Y. S. y Graham, J. R. (1992). *MMPI-A: Assessing psychopathology in adolescents*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Woodcock, R. W., Munoz, A. F., Ruef, M. L. y Alvarado, C. G. (2005). *Woodcock-Munoz Language Survey-Revised*. Itasca, IL: Riverside.
- Zane, N. y Mak, W. (2003). Major approaches to the measurement of acculturation among ethnic minority populations: A content analysis and an alternative empirical strategy. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 39-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zanolo, B. (1993). Pruebas derivadas del MMPI: Alternativas para la exploración de diversas variables de la personalidad [MMPI derived tests: Alternatives for the exploration of diverse variables of personality]. *Revista del Departamento de Grados y Titulos de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega*, 1, 18-28.



ÍNDICE

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

A-ALN (enajenación adolescente), 135

A-ANG (enojo adolescente), 136

A-ANX (ansiedad adolescente), 135

A-BIZ (pensamiento delirante
adolescente), 135

A-CON (problemas de conducta
adolescente), 136

A-CYN (cinismo adolescente), 136

A-DEP (depresión adolescente), 135

A-FAM (problemas familiares
adolescentes), 136

A-HEA (preocupación por la salud
adolescente), 135

A-LAS (aspiraciones limitadas
adolescentes), 136

A-LSE (baja autoestima adolescente), 136

A-OBS (obsesividad adolescente), 135

A-SCH (problemas escolares
adolescentes), 137

A-SOD (incomodidad social
adolescente), 136

A-TRT (rechazo al tratamiento
adolescente), 137

AAS (Escala de Reconocimiento de las

Adicciones), 33, 115

Acting out, 97, 163

agresiva, 165

impulsivo, 89

ofensiva, 165

sexual, 192

Actitud

antisocial, 34

defensiva, 24, 72, 130, 172

Aculturación, 4, 8, 12

nivel de, 197

Adaptación-aculturación, 5

Adolescencia, 127

Adolcente(s)

agresiva, 190

de escuelas,

privadas, 146

públicas, 146

delincuente, 161

hispanos, 127

mexicana suicida, 164

mexicanos, 148, 149

Agresión, 39

Agresividad, 191

Alcohol, 128, 188

ALN (enajenación), 142

- Alocentrismo, 3
American Psychological Association
 (APA), 7
 Amor, 195
 Amoralidad, 180
 ANG (enojo), 142
 Angustia, 3, 125
 emocional, 87, 124
 Ansiedad, 95, 105, 110, 150, 163, 168
 adolescente, 135
 Antidepresivos, 167, 187
 Antropología, 2
 ANX (ansiedad), 142
 APS (Escala de Potencial de Adicción),
 33, 98, 115
 Asesinato, 104
 Aspiraciones limitadas adolescentes, 136
 ASS (Escala de reconocimiento de
 adicciones), 98
 Ataque de nervios, 4
 Atención psiquiátrica, 78
 Autoalienación social, 174
 Autoconciencia, 91
 Autodesprecio, 188
 Autoestima baja, 32, 97
 Autoevaluación, 15
 Autoindulgente, 165
 Autopresentación Superlativa (S), 81
 Autorrevelarse, 135
- B**
- Baja autoestima, 32, 97, 105, 174
 adolescente, 136
 BIZ (pensamiento delirante), 142
 Bulimia, 191
- C**
- Castigos corporales, 10
 CI (coeficiente intelectual), 186
 Cinismo, 30, 97, 150, 168
 adolescente, 136
 Competitividad, 87
 Comportamiento tipo A, 97
 Comprensión, 195
 Comunicación, 195
 CON (problemas de conducta), 142
 Concentración, 187
 Conducta
 aberrante, 191
 acting out, 97
 agresiva, 164
 antisocial, 89, 151
 compulsiva, 110
 explosiva, 110
 extravagante, 11
 obsesiva, 110
 poco confiable, 2
 sexual inapropiada, 125
 sintomática, 165, 176, 183, 188,
 192
 Conflicto, 125
 familiar, 34
 CPA (*Child Protective Agency*), 170
 Credibilidad, 71
 Crisis de llanto, 135
 Crítica, 195
 Cuestionario del Lenguaje
 Woodcock-Muñoz, 18
 Culpa, 192
 Cultura, 2, 3
 CYN (cinismo), 142
- D**
- D (Depresión), 115
 Defensividad, 125
 Delincuencia juvenil, 128
 Delincuentes, 39
 Delitos, 39, 56
 DEP (depresión), 142

- Depresión, 24, 29, 34, 60, 86, 96, 104,
 131, 163, 174, 191
 adolescente, 135, 182
 mayor, 35
 Dermatitis, 37
 Desesperanza, 63, 135
 Desobediencia, 175
 Desviación Psicopática, 131, 163
 Discordia, 195
 Discriminación, 5
 Distancia emocional, 184, 190
 Diversidad
 étnica, 13
 lingüística, 13
 Divorcio, 10
 Drogas, 105, 128, 161, 188
 DSM-IV (*Diagnostic and Statistic
 Manual of Mental Disorders*), 4, 35
- E**
- Egocentrismo, 132
 Emocionalidad, 11
 Empatía, 125
 Enajenación, 168
 adolescente, 135
 social, 174
 Enojo, 96, 167, 181, 195
 adolescente, 136
 Entusiasmo, 132
 Envidia, 195
 Equivalencia
 de constructos, 5
 léxica, sintáctica e idiomática, 5
 lingüística, 5
 psicológica, 7
 psicométrica, 6
 Escala(s)
 5, 73
 A-ALN, 135
 A-ANG, 136
 A-ANX, 135
 A-BIZ, 135
 A-CON, 136
 A-CYN, 136
 A-DEP, 135
 A-FAM, 136
 A-HEA, 135
 A-LAS, 136
 A-LSE, 136
 A-OBS, 135
 A-SCH, 137
 A-SOD, 136
 A-TRT, 137
 ACK, 163
 actitud defensiva (K), 81
 ASP, 30
 clínicas,
 básicas del MMPI-2, 86
 indicadores de validez, 130
 Reestructuradas, 68
 CYN, 30
 D, 60
 de abuso de sustancias del MMPI-2, 33
 de desadaptación matrimonial, 99
 de estrés postraumático de Keane, 99
 de Infrecuencia (F), 76
 posterior (Fb), 77
 psicopatológica (Fp), 77
 de Inteligencia para Adultos de
 Wechsler, 187
 de Personalidad Psicopatológica, 68
 de Potencial de Adicción, 33, 98
 de Reconocimiento de las
 Adicciones, 33, 98
 de Wechsler de Inteligencia para
 Adultos, 17
 Depresión (D), 86
 Desviación psicopática (Pd), 89
 Esquizofrenia (Sc), 90
 F, 76, 199
 Fb, 77

- Fp*, 77
FRS, 30, 39
HEA, 87
 hipocondriasis (Hs), 86
 Hipomanía (Ma), 91
 Histeria (Hy), 88
Hs, 60, 87
 Introversión/Extroversión social (Si),
 91
 invalidadas del MMPI-2, 68
K, 81
L, 60, 73, 81, 199
 Masculinidad-Feminidad (Mf), 73, 89
 Mentira (L), 81
 No Sé, 74
 puntaje de, 74
O-H, 30
 OBS (Obsesividad), 117
 Paranoia (Pa), 90
 Psicastenia (Pt), 90
 revisada de Alcoholismo de
 MacAndrew, 33, 125, 163
S, 199
Sc, 60
Si, 87
 suplementarias del MMPI-2, 98
 Espiritualidad, 4
 Esquizofrenia, 11, 24, 29, 60, 87, 90,
 107, 132, 163, 168
 Estabilidad conductual, 166, 177, 184,
 189, 195
 Estado
 de ánimo, 132
 errático, 90
 emocional actual, 101
 Estrés, 197
 agudo, 4
 de la adolescencia, 127
 postraumático, 66, 202
 de Keane, 99
 situacional, 34
 Estudios
 con consumidores de sustancias en
 exceso, 32
 con grupos clínicos, 32
 Etnias, 2
 Evaluación(es)
 con el MMPI y MMPI-2 en Cuba, 25
 culturalmente,
 pertinente, 10
 sensible, 61
 de adolescentes hispanos con el
 MMPI-A, 127
 de hispanos en EUA, 15
 con el MMPI-2, 17
 de la credibilidad, 71
 de la personalidad, 6, 197
 sesgos en, 8
 de minorías étnicas, 5
 de pacientes de habla hispana, 133
 de respuestas,
 defensivas, 80
 extremas, 76
 de validez del protocolo en perfiles
 hispanos, 73
 factores lingüísticos, 197
 intelectual, 12
 juvenil del tribunal, 175
 multicultural, 127, 159, 197
 nivel de aculturación, 197
 psicológica, 1, 14, 161
 transcultural, 197
 F
 FAM (preocupación por la familia),
 142
 Familia extendida, 11
 Familismo, 87
 Fatiga, 188
 Fenómeno del cambio de lengua, 64
 Frustración, 164

G

Grandiosidad, 132
Grupo cultural, 3

H

Habilidades, 6
HEA (preocupación por la salud), 142
Hedonista, 165
Hipersomnia, 187
Hipertiroidismo, 26
Hipocondría, 87
Hipocondriasis, 11, 24, 29, 60, 86, 131, 163
Hipomanía, 24, 61, 91, 132, 163
Hispanos, 73
 matices culturales con, 73
 que viven en EUA, 73
Histeria, 11, 24, 29, 88, 131, 163
Ho (Hostilidad reprimida), 115
Homicidio, 39
Hostilidad
 reprimida, 99
 sobrecontrolada, 30
Hs (Hipocondriasis), 86, 115
Hy (Histeria), 115

I

Ideación
 suicida, 34
Identidad, 4
Impulsividad, 132, 179
Incomodidad, 190
 social, 97, 182
 adolescente, 136
Inconstancia, 164
Indecisión, 187
Individualismo, 87
Infanticida, 103

Infelicidad, 177

Informe
 de Personal Minnesota, 121
 Minnesota, 106, 110, 162, 165, 176, 183, 188, 192
Infrecuencia, 24
Inmadurez, 163
Inmigrantes, 1
Inseguridad, 177
Insight, 107, 196
Insolente, 165
Insomnio, 191
Introversión social, 24, 87, 132, 179
Inutilidad, 188
Inventario Multifásico de la
 Personalidad Minnesota-2, 5
Investigación(es)
 con pacientes con antecedentes cul-
 turales y lingüísticos distintos, 2
 psicológica, 200
 transcultural, 2, 24, 202
Irritabilidad, 132
Ítems religiosos, 72

L

LAS (aspiraciones limitadas), 142
Lepra, 26
Lingüistas, 144
Llanto, 188
LSE (baja autoestima), 142

M

Ma (Hipomanía), 115
MAC-R (Escala Revisada de
 Alcoholismo de McAndrew), 33, 115
Machismo, 88
Mal carácter, 179
Malas
 compañías, 10

- palabras, 135, 188
- Maltrato, 56
infantil, 2
- Marginalidad, 63
- Marianismo, 88
- Marihuana, 161
- Masculinidad-feminidad, 24, 131, 163
- MDS (Escala de desadaptación matrimonial), 99, 115
- Mentira, 24, 29, 60, 130, 172
- Mf (Masculinidad-Feminidad), 115
- Miedos, 30, 60, 95, 105
- Minnesota Report Personnel Setting*, 117
- Minorías étnicas, 5
- MMPI
adaptación,
al idioma español del, 23
semántica y cultural, 27
adaptadores de las pruebas, 28
con hispanos en EUA, 59
en Argentina, 45
en España, 49
en español, 198
en México, 27
en Perú, 47
escala de validez y clínica, 79
estudio de la población general, 29
original, 42
con adolescentes, 128
reajuste del contenido, 28
traducción,
al español, 54
inversa, 28
literal, 27
y adaptación, 42
validez externa, 28
versión hispana, 47, 54
- MMPI-2 (Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2), 5, 23, 78, 197
adaptación,
al idioma español del, 23
de la versión argentina, 45
características estructurales de versión castel, 50
castellano, 49
con hispanos en EUA, 59
con pacientes hispanos, 53
que viven en EUA, 53
consideraciones,
forenses, 108
para aplicación de la prueba, 62
de hombres,
de un hospital psiquiátrico, 35
mexicanos, 31
peruanos, 48
de mujeres,
de un hospital psiquiátrico, 36
hispanas normativas, 25
mexicanas, 31
peruanas, 48
en Argentina, investigación sobre, 46
en Contextos de Tratamiento, 38
en Chile, 42
en España, 49
en México, 27
en Perú, 47
en Puerto Rico, 40
escala,
de contenido del, 124
de validez y clínica, 79
suplementaria del, 124
estabilidad del perfil, 107
frecuencia del perfil, 106
guías de administración y puntuación, 61
idioma de la prueba, 63
importadas, 57
insuficiencias de formas alteradas del, 67
interpretación, 82
medidas no probadas, 67

- normas,
 de otros países, 67
 en inglés estadounidense, 65
 para pacientes hispanos en EUA, 65
 para pacientes hispanos, 100
 patrón sintomático, 106
 perfil clínico, 106
 relaciones interpersonales, 107
 resumen y direcciones futuras, 197
 test-retest bilingües del, 55
 tipos de código, 91
 uso de versión en inglés, 53
 validez,
 de versión de Garcia-Azan, 56
 del protocolo, 198
 versión,
 alterada, 67
 de Garcia-Azan, 55
 en español, 57
 hispana, 54
 mexicana del, 64
 MMPI-A, 23, 127, 197
 adaptaciones al idioma español del, 23
 con pacientes hispanos, 161
 de chicas hispanas, 143
 desarrollo, 128
 en México, 27
 confiabilidad del, 153
 validez del, 153
 escala, 158
 clínica y suplementaria, 193
 de contenido, 194
 de validez, 193, 194
 estudios llevados a cabo en México,
 154
 fase,
 1, 134
 2, 134
 3, 134
 4, 134
 hispano, 134
 muestra normativa, 137
 indicadores de validez, 130
 interpretación clínica, 161
 muestra,
 clínica mexicana, 148
 normativa de adolescentes
 mexicanos, 149
 normas mexicanas para, 149
 para adolescentes hispanos, 127
 procedimientos de traducción, 143
 resumen y direcciones futuras, 197
 traducción de ítems, 134
 validez del protocolo, 198
 versión hispana, 170
 para EUA, 133
 mexicana, 141
 MMPI-Adolescentes, 127
 Muestra de adolescentes hispanos,
 139
- N**
- Negligencia, 56
- O**
- Obesidad exógena, 151
 OBS (Obsesividad), 117, 142
 Obsesiones recurrentes, 189
 Obsesividad, 95, 117, 174
 adolescente, 135
 Orígenes culturales, 53
- P**
- Pa (Paranoia), 115
 Pacientes
 antecedentes,
 culturales, 1
 lingüísticos, 1
 con enfermedades médicas, 35

- de habla hispana, 133
 - hispanos, 85
 - evaluación clínica, 85
 - personalidad, 85
 - hospitalizados, con depresión, 56
 - no hospitalizados, con depresión, 56
 - psiquiátricos, 35
 - hospitalizados, 56
 - mexicanos, 91
 - Paranoia, 24, 29, 32, 90, 110, 131, 163
 - Pd (Desviación psicopática), 115
 - Pensamiento(s)
 - de autodegradación, 135
 - de autodesprecio, 188
 - delirante, 87, 96, 150, 174
 - adolescente, 135
 - intrusivos, 188
 - Pensar, 187
 - Personalidad, 2, 3, 127, 197
 - antisocial, 26, 30
 - extrovertida, 132
 - investigadores de la, 200
 - Personalismo, 87
 - Pesadillas, 135
 - Pesimismo, 188
 - PK (Trastorno por estrés postraumático), 115
 - Prácticas antisociales, 97
 - Problemas
 - de conducta, 165, 178, 195
 - adolescente, 136, 181
 - emocionales, 175
 - en la escuela, 174, 195
 - adolescentes, 137
 - familiares, 151, 182
 - adolescentes, 136
 - gastrointestinales, 135
 - neurológicos, 135
 - relacionados con el abuso sexual a un niño, 151
 - sensoriales, 135
 - Prueba(s)
 - de habilidad cognitiva, 20
 - de personalidad, 15, 20, 82, 129
 - Minnesota, 26
 - psicológicas, 5
 - con hispanos, 58
 - Psicastenia, 24, 60, 90, 104, 110, 132, 163, 174
 - Psicología, 1
 - cubana, 26
 - forense, 199
 - soviética, 26
 - Psicólogo, 1, 71
 - Psicopatología, 2, 3, 133
 - Psicosis
 - crónica, 35
 - orgánica, 35
 - tóxica, 35
 - Psiquiatría, 2, 9
 - Pt (Psicastenia), 115
 - PTSD (trastorno por estrés postraumático), 99
- R**
- Rabia, 125
 - Rapport*, 62
 - Rasgos, 6
 - latentes, 6
 - Razas, 9
 - Rebeldía, 89, 175
 - Represión, 30, 163
 - Respuestas
 - defensivas, 80
 - inconsistentes, 74
 - Rol de género masculino, 30
- S**
- Salud
 - adolescente, 135

mental, 3, 63, 127, 197
 consideraciones acerca, **107**
 servicios mejorados de, 199
 preocupación por, 96
 Sc (Esquizofrenia), *115*
 SCH (problemas escolares), *142*
 Sentimientos
 de insignificancia, 187
 de soledad, **188**
 Servicios de salud mental mejorados,
 199
 Síndrome ligado a la cultura, 4
 Sistema Megargee de Clasificación de
 Delincentes, 56
 Sobreactividad, 132
 cognitiva, 132
 conductual, 132
 Sobrecontroladora, 191
 Sociología, 2
 Somníferos, 167
 Sueño perturbado, 135
 Suicidio, 78, 125
 Susplicacia, 110, 179
 Sustancias, abuso de, 161

T

Tensión matrimonial, **107**
 Teoría de respuesta al ítem, 6
 Terapeutas, 1
 Terapia familiar, 196
 Test-retest, 139
 bilingües, 6, 44, 55
 Trabajo, dificultades en, 98
 Trastorno(s)
 afectivos, 164
 alimenticios, 195
 conductual, 189
 de adaptación, 162
 de conducta, 151

 de conversión, 151
 de personalidad, 37, 151, 202
 fronteriza, 37
 del aprendizaje, 151
 del estado de ánimo, 149, 151
 del sueño, 187
 distímicos, 35
 oposicional, **189**
 por ansiedad, 151
 por el alcohol, 151
 por estrés postraumático, 99, 202
 por personalidad antisocial, 35
 por polisustancias, 151
 psicológicos, 200
 somatoformes, 151

Tratamiento

 contra el alcohol, 128
 contra las drogas, 128
 psicológico, 38
 rechazo al, 98, 105
 TRI (teoría de respuesta al ítem), 6
 TRIN (Inconsistencia de Respuestas
 Verdaderas), 28, 75, 130, 148,
 162, 199
 Tristeza, **188**
 TRT (indicadores negativos de
 tratamiento), *142*

V

Victimización, 196
 Violación, 39
 Violencia doméstica familiar, 108
 VRIN (Inconsistencia de Respuestas
 Variables), 28, 74, 130, 148, 162,
 199

Y

Yo, fuerza del, 32



ACERCA DE LOS AUTORES

James N. Butcher, PhD, nació en Virginia Occidental, EUA. A la edad de 17 años, se enlistó en el ejército y prestó sus servicios en la infantería aérea por 3 años, durante los cuales realizó un recorrido de un año por Corea en la época de la Guerra de Corea. Después de su servicio militar, ingresó al *Gillford College* y se graduó como bachiller en psicología en 1960. Obtuvo el grado de Maestría en Psicología Experimental y PhD en Psicología Clínica en la *University of North Carolina* en Chapel Hill. En 1990, la *Free University* en Bruselas, Bélgica, le otorgó el título de *Doctor Honoris Causa*. En 2005, la Universidad de Florencia, en Florencia, Italia, lo nombró también doctor honorario (*Laurea Honoris Causa in Psicologia*).

Fue director asociado y director del programa de psicología clínica en la *University of Minnesota* por 19 años y actualmente es profesor emérito de psicología en el Departamento de Psicología de esa institución. Fue miembro del Comité Consultivo del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI), el cual se encargó de la revisión del MMPI en 1989, para la *University of Minnesota Press*. Fue director de *Psychological Assessment*, una publicación de la *American Psychological Association*, y colabora como editor, consultor o revisor de varias publicaciones periódicas sobre psicología y psiquiatría. Ha dedicado gran parte de su carrera a la práctica clínica privada especializada en la evaluación psicológica y la psicoterapia.

Desde 1970, el Dr. Butcher ha trabajado en el campo de la psicología transcultural y enseñado a los psicólogos investigadores y educadores a utilizar el MMPI. Ha escrito varios artículos sobre la evaluación transcultural de la personalidad y ha colaborado con psicólogos de diversos países en los proyectos de evaluación del MMPI y del MMPI-2. Es miembro de la *American Psychological Association* y de la *Society for Personality Assessment*. Publicó más de 50 libros y más de 175 artículos en torno a la psicología anormal, la psicología transcultural y la evaluación psicológica.

José Cabiya, PhD, obtuvo el doctorado en psicología clínica en 1983 en la *State University of New York*, en Albania, EUA. Ha sido profesor en la *Carlos Albizu*

University (CAU), en San Juan, Puerto Rico, desde 1983 y ha sido director del *Scientific Research Institute* de esa universidad desde 1988. Ha entrenado a la mayoría de los psicólogos clínicos latinoamericanos que actualmente practican o realizan investigaciones en EUA. Ha colaborado con varias publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales sobre temas relacionados con las intervenciones clínicas y la evaluación psicológica, en especial sobre el MMPI. Ha llevado a cabo investigaciones con el MMPI desde mediados de la década de los ochenta y fue uno de los coautores del Suplemento del Manual para la versión hispana del MMPI-A. Ha sido director de proyectos en el *Center for Research and Outreach in Hispanic Mental Health and Other Health Disparities*, fundado por el *National Center for Minority Health and Health Disparities del National Institute of Health* desde 2002. Asimismo, el Dr. Cabiya adquirió una vasta experiencia clínica gracias a su trabajo como director del Departamento de Psicología del *Puerto Rico State Psychiatric Hospital* de 1984 a 1988, así como a su práctica clínica independiente desde 1983 hasta la fecha.

Emilia Lucio, PhD, nació en la Ciudad de México, México. Es profesora de tiempo completo en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la universidad de mayor prestigio en América Latina, que se encuentra en la Ciudad de México. Obtuvo los grados de licenciatura, maestría y doctorado en la UNAM. Fue alumna visitante en la *Queens University*, en Kingston, Ontario, Canadá. Lucio posee dos especializaciones: una en psicoanálisis humanista y otra en terapia narrativa. En la actualidad, es coordinadora de un programa de Maestría sobre Psicoterapia Infantil, además de que fue la Jefa del Departamento de Psicología Clínica en la UNAM durante 8 años.

Ha escrito más de 40 artículos en revistas nacionales e internacionales sobre los temas de evaluación, psicoterapia y adolescencia. Además, es autora de 6 libros, asesora de más de 50 estudiantes en sus tesis de maestría y doctorado. En 2005, fue nombrada Psicóloga del año por el Colegio de Psicólogos, en Mazatlán, Sinaloa, México. La Dra. Lucio se ha dedicado a la práctica clínica por más de 30 años.

María Garrido, PsyD, nació en San Juan, Puerto Rico, y obtuvo el grado de PsyD en psicología clínica en la *Graduate School of Applied and Professional Psychology* en la *Rutgers University*, Nueva Jersey, EUA en 1988. Se dedica a la consulta privada en Providence, Rhode Island, desde 1991, y está incorporada al Departamento de Psicología de la *University of Rhode Island* como profesora adjunta desde 1995. Ha impartido cursos sobre evaluación de la personalidad y ha proporcionado supervisión clínica a los alumnos graduados, enfocándose en la aplicación de estrategias culturalmente competentes en todos los aspectos del trabajo clínico. Gran parte de su labor clínica se ha concentrado en la evaluación de los pacientes hispanohablantes en contextos forenses y educativos. En los últimos años, ha impartido

cátedra sobre la evaluación objetiva de la personalidad con el MMPI-2 y el MMPI-A como profesora visitante en la *Ponce School of Medicine*, en Ponce, Puerto Rico. Ha presentado varias ponencias sobre el uso del MMPI-2 para una evaluación culturalmente adecuada de los y las pacientes latinos y ha colaborado en artículos de reciente publicación que tratan sobre la interpretación de los perfiles del MMPI-2 y el MMPI-A de los y las pacientes latinos.