

## **Comparación de las Escalas de Validez, Clínicas y Reestructuradas del MMPI-2 en una Muestra Puertorriqueña<sup>1</sup>**

**María Garrido Amadeo<sup>2</sup>**  
**Ernesto Rosario-Hernández**  
**Juana F. Figueroa Ortiz**  
**Giselle Medina Vélez**

*Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce*

**Clara M. Padovani Rivera**

*Pontificia Universidad Católica de Ponce*

### **Resumen**

Se examinaron las características de las Escalas de Validez, Clínicas y Reestructuradas en los perfiles del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) de 153 puertorriqueños. En consonancia con hallazgos en los Estados Unidos, este estudio refleja la capacidad de las Escalas Clínicas (EC) y las Escalas Reestructuradas (ER) para diferenciar entre grupos provenientes de diversos contextos. Las ER (Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham, & Kaemmer, 2003) retuvieron su convergencia con las EC además de demostrar mayor capacidad de diferenciación entre grupos que las EC. Debido a que las ER forman la base del MMPI-2 RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008), es necesario estudiar las características de estas escalas aplicadas al contexto lingüístico y cultural puertorriqueño.

**Palabras claves:** *MMPI-2, Escalas Clínicas, Escalas Reestructuradas, puertorriqueños*

### **Abstract**

The MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) Validity, Clinical and Restructured Clinical (RC) Scales profiles of 153 Puerto Rican adults were examined. Consistent with findings in U.S. studies, the present findings reflect the ability of these scales to differentiate between groups from diverse contexts. The RC scales (Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham, & Kaemmer, 2003) retained their convergence with the Clinical scales while simultaneously demonstrating

---

<sup>1</sup> *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en febrero de 2012 y aceptado para publicación en octubre de 2012.

<sup>2</sup> Toda comunicación de este trabajo debe hacerle a María Garrido Amadeo: mgarrido@psm.edu

greater differentiation between the groups than the Clinical scales. Because the RC scales are the foundation for the newly published MMPI-2 RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008), it is important to study these scales in the Puerto Rican cultural and linguistic context.

**Keywords:** *MMPI-2, Clinical Scales, Restructured Scales, Puerto Ricans*

Los inventarios MMPI, MMPI-2 y MMPI-A tienen más de 60 años de historia de aplicaciones clínicas y de investigación en los Estados Unidos e internacionalmente (e.g., Butcher, Coelho-Mosch, Tsai, & Nezami, 2006; Garrido & Velásquez, 2006). Desde su publicación inicial en el 1942, el MMPI se ha sido el instrumento más utilizado e investigado para asistir en el diagnóstico de trastornos mentales así como en la selección de tratamientos adecuados para los mismos. Se ha utilizado también para propósitos de evaluación pre-empleo especialmente para labores que involucran seguridad pública y cumplimiento de la ley, y en contextos forenses. La considerable aceptación de este instrumento se basa en su desarrollo de tipo empírico. Versiones más recientes del instrumento lo son el MMPI-A, publicado en el 1992 para la evaluación clínica de adolescentes (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath, & Kaemmer, 1992) y el MMPI-2 RF –o Forma Reestructurada (FR), en español (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

Este trabajo se enfoca en la versión revisada del MMPI, el MMPI-2, publicado en el 1989 tras una extensa revisión y re-normalización como describen Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, y Kaemmer (1989). El mismo consiste de varios conjuntos de escalas que describen el acercamiento a la prueba (Escalas de Validez) así como para la detección sintomatología clínica, entre ellas, las Escalas Clínicas y las Escalas Reestructuradas que son el enfoque del presente trabajo. Existe investigación sustancial, recopilada por Butcher, Cabiya, Lucio y Garrido (2007) respecto a desarrollos claves y aplicaciones del MMPI-2 con poblaciones hispanohablantes en los Estados Unidos y América Latina, incluyendo a Puerto Rico.

Las Escalas Clínicas (en adelante, EC) del MMPI y MMPI-2 se desarrollaron de manera empírica, lo cual de acuerdo a sus autores (McKinley & Hathaway, 1944/2000, citado en Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, & Kaemmer, 2001) garantizaba que los reactivos de las escalas pudieran diferenciar entre grupos clínicos y no clínicos. La selección de reactivos para cada escala se realizó no por su contenido o en base a una teoría, sino por su capacidad de diferenciar, estadísticamente, entre grupos. Sin embargo, es por esta característica que las mismas resultaron ser altamente heterogéneas e inter correlacionadas (Graham, 2006; Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham, & Kaemmer, 2003). Con el propósito de proveerle mayor consistencia interna y poder de discriminación a estas escalas, Tellegen et al. (2003) desarrollaron las Escalas Reestructuradas (en adelante, ER). Estas escalas actualmente forman parte del total de escalas que se interpretan en el MMPI-2.

Las ER fueron desarrolladas comenzando con la identificación de un factor común a todas las escalas clínicas, el cual fue denominado como “desmoralización.” Según Tellegen et al. (2003), este factor es virtualmente equivalente al llamado “primer factor” medido por la escala suplementaria de ansiedad (A) del MMPI-2, y se vincula a una experiencia emocional displicente de tristeza, infelicidad y emocionalidad negativa. El factor de

desmoralización se extrajo de las EC para crear escalas con un nivel de consistencia interna mayor y así obtener escalas con mayor eficiencia psicométrica que las EC originales. A su vez, las ER forman la base del MMPI-2 Forma Reestructurada (MMPI-2 FR) (Ben-Porath & Tellegen, 2008). En el apéndice A se presenta un resumen descriptivo e interpretaciones de puntuaciones de significancia clínica ( $T \geq 65$ ) de las ER como también de las escalas de validez y las EC.

Las propiedades de las ER, especialmente sus correlaciones con las EC y las diferencias entre ambas, se han estudiado en grupos no-hispanos (e.g., Osberg, Haseley, & Kamas, 2008; Sellbom, Ben-Porath, & Graham, 2006; Sellbom, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, & Graham, 2006; Sellbom, Fischler, & Ben-Porath, 2007; Wallace & Liljequist, 2005). Al momento, no se conoce de estudios publicados que describan las características de las ER con poblaciones hispanohablantes o de puertorriqueños. El presente estudio representa una exploración inicial de las ER con puertorriqueños.

### **MMPI y MMPI-2 en Puerto Rico**

En su recuento histórico sobre la aplicación de pruebas en Puerto Rico, Herrans (2000) señala que el MMPI se utilizaba ampliamente en Puerto Rico y América Latina para propósitos diagnósticos utilizando las normas originales de Hathaway y McKinley. Los estudios con el MMPI realizados a partir de 1970 en Puerto Rico citados por Herrans (e.g., Pando, 1974; Rodríguez, 1980) constatan diferencias significativas entre perfiles puertorriqueños clínicos y no clínicos y las normas estadounidenses, lo cual apuntaba a la necesidad de contar con normas atemperadas al contexto puertorriqueño.

En cuanto al MMPI-2, una investigación realizada con la versión hispana del instrumento en Puerto Rico por Cabiya (1996) sugiere mayor similitud entre los perfiles puertorriqueños y las normas estadounidenses que con el MMPI. Cabiya encontró que la muestra puertorriqueña obtuvo puntuaciones mayores a  $T=50$  en las escalas clínicas aunque las mismas se encontraban dentro de una desviación estándar. Estos hallazgos le llevaron a concluir que la versión hispana del MMPI-2 y las normas existentes eran apropiadas para uso en Puerto Rico. En otro estudio por Cabiya y Dávila (1999) se encontró que el MMPI-2 discriminaba entre muestras clínicas y no clínicas de hombres y mujeres puertorriqueños. Estos autores también compararon muestras no clínicas de hombres y mujeres puertorriqueños con la muestra normativa norteamericana y encontraron diferencias estadísticamente significativas pero limitadas en varias escalas de validez y clínicas entre las muestras puertorriqueñas y la muestra normativa norteamericana. En cuanto a otras investigaciones con muestras hispanas, Cabiya, Chavira, Gómez, Lucio, Castellanos y Velázquez (2000) presentaron las puntuaciones obtenidas por una muestra de puertorriqueños, mejicanos y norteamericanos en las escalas de validez y clínicas. Las puntuaciones promedio muestran similitudes entre los tres grupos a través de todas las escalas, ya que las mismas se mantuvieron dentro de una desviación estándar. Estos hallazgos apoyan por su parte la aplicabilidad de la prueba con poblaciones culturalmente diferentes.

Otros estudios más recientes con el MMPI-2 en Puerto Rico provienen del campo de evaluación de personal con especial atención a la validez de los perfiles. Rosario-Hernández, Rovira Millán, Álvarez, y Rodríguez (2007) compararon los resultados obtenidos en las escalas de validez y clínicas por un grupo de candidatos al puesto de alguacil con los de un grupo experimental de 60 participantes. Los candidatos al puesto de

alguacil completaron el MMPI-2 en el transcurso de una evaluación con propósitos de selección, siguiendo las instrucciones estándar de administración. El grupo experimental se dividió en tres subgrupos de 20 participantes cada uno. Cada grupo recibió instrucciones específicas para contestar la prueba. Estas fueron contestar el MMPI-2 de forma honesta; simulando estar bien psicológicamente (*faking good*); o fingiendo estar mal psicológicamente (*faking bad*). De acuerdo a los resultados se encontraron diferencias significativas en todas las escalas de validez por condición experimental así como en las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas. Se encontraron diferencias significativas en las escalas de validez F, Fb, L, K y S entre el patrón de contestación honesto y el grupo de candidatos a alguacil. Por otra parte, Rosario-Hernández et al. (2007) encontraron que el grupo de candidatos a alguacil no se diferenció del grupo de simulación (*faking good*). Esto sugiere que es común encontrar motivación a simular bienestar emocional y/o psicológico cuando la evaluación se hace para propósitos de selección.

Por otra parte, Zapata-Sola, Kreuch, Landers, Hoyt y Butcher (2009) compararon la utilización del MMPI-2 en la evaluación y selección de empleados puertorriqueños con la aplicación del mismo en empleados estadounidenses. El grupo de puertorriqueños consistió de 332 candidatos al puesto de reparadores e instaladores de líneas eléctricas en una agencia gubernamental. El grupo de empleados estadounidenses consistió de 327 empleados de una planta nuclear en Estados Unidos. Los resultados demostraron que no hay diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a las puntuaciones promedio obtenidas en las escalas clínicas y de contenido. En la escala de validez L, la cual indica auto presentación positiva, los puertorriqueños obtuvieron puntuaciones crudas más altas que los estadounidenses (7.75 v. 5.88). En general, los puertorriqueños obtuvieron puntuaciones que son altamente comparables con las obtenidas por la muestra normativa de la prueba, la cual es norteamericana en su mayoría. Según Zapata et al. (2009), los resultados de esta investigación demuestran que la prueba no tiende a sobre-patologizar a la población de hispano parlantes como lo fueron los puertorriqueños en este caso.

Los hallazgos de estas investigaciones, en general, apuntan a la utilidad del MMPI-2 para distinguir entre grupos clínicos y no clínicos puertorriqueños. A su vez, a pesar de que se han observado diferencias estadísticamente significativas entre muestras puertorriqueñas y la norma norteamericana, hasta el momento las mismas no se han considerado como justificación para el desarrollo de normas para Puerto Rico (Cabiya, 1996; Cabiya & Dávila, 1999). En el contexto de empleo, el MMPI-2 aplicado a Puerto Rico es sensible a la tendencia hacia la auto presentación positiva (Rosario et al., 2007). Como lo indican los hallazgos de Zapata et al. (2009), las puntuaciones crudas en la escala L parecen diferenciar entre puertorriqueños y estadounidenses.

### **Investigaciones sobre las Escalas Reestructuradas (ER)**

Varias investigaciones han documentado que las ER guardan correlaciones altas con las EC (e.g., Wallace & Liljequist, 2005). Sin embargo, las correlaciones (o intercorrelaciones de) entre las ER son menores que las correlaciones (o intercorrelaciones de) entre las EC. Por lo tanto, varios autores (e.g., Rogers, Sewell, Harrison, & Jordan, 2006; Sellbom et al., 2006; Simms, Casillas, Clark, Watson, & Doebbeling, 2005; Wallace & Liljequist, 2005) concurren con Tellegen y han propuesto que las ER se diferencian más entre sí y que poseen mayor consistencia interna que las EC.

Las ER también han demostrado validez convergente y discriminante sustancial en escenarios clínicos (e.g., Sellbom, Ben-Porath, & Graham, 2006) y no clínicos (e.g., Forbey & Ben-Porath, 2008; Osberg, Haseley, & Kamas, 2008). En otras investigaciones se ha demostrado que las ER añaden al aporte de variables históricas y contextuales a la hora de predecir el efecto de intervenciones terapéuticas para agresores (Sellbom, Ben-Porath, Baum, Erez, & Gregory, 2008). También se ha evidenciado su utilidad en la predicción de conductas problemáticas en agentes de la policía (Sellbom, Fischler, & Ben-Porath, 2007).

Al momento no existen publicaciones sobre las características de las ER de puertorriqueños evaluados con el MMPI-2. Sin embargo, Velásquez y Bradley (2008) presentaron hallazgos de las ER con estudiantes universitarios de origen latino en los Estados Unidos. En comparación con sus contrapartes anglosajones, los/las estudiantes latinos/as obtuvieron puntuaciones más elevadas en las ER. Se halló además que el nivel de aculturación influyó en las puntuaciones de las escalas ERd, ER3 y ER7, las cuales fueron significativamente más altas entre aquellos que informaron mayor adherencia a la cultura latina tradicional que entre aquellos sin el mismo nivel de adherencia.

Es por esto que el propósito del presente estudio fue explorar las características de las EC y ER del MMPI-2 (García Peltoniemi & Azan-Chaviano, 1993) con una muestra de personas puertorriqueñas. Específicamente, se busca comparar el desempeño de las EC con el de las ER en esta muestra además de examinar el desempeño de las Escalas de Validez, las cuales describen el nivel de apertura, auto presentación y acercamiento a la evaluación. De esta forma, exploramos características anteriormente descritas por Tellegen et al. (2003) de las ER, tales como mayor capacidad de diferenciación que las EC así como correlaciones significativas entre las EC y las ER en esta muestra. Por lo tanto, los objetivos de este estudio fueron (1) examinar el acercamiento al MMPI-2 de esta muestra basado en las puntuaciones de las Escalas de Validez (2) presentar las puntuaciones en las EC y ER (3) examinar las diferencias entre las EC y ER y (4) explorar las correlaciones entre las EC y ER.

## **Método**

### **Participantes**

El presente estudio consistió de 229 protocolos provistos por tres psicólogos licenciados que realizan evaluaciones de pre-empleo, evaluaciones de rutina para personal del orden público y en el área de violencia doméstica. Esta muestra estuvo compuesta de cuatro grupos. El primer grupo consistió de 85 candidatos al puesto de alguacil auxiliar del sistema judicial de Puerto Rico. El segundo grupo estuvo compuesto de 52 agresores domésticos involucrados en un programa educativo mandatorio mientras que el tercer grupo lo componían 52 varones sin historial de violencia doméstica reclutados por disponibilidad de la comunidad y que sirvieron como grupo de comparación para el grupo de agresores. Los participantes sin historial de violencia son similares a los agresores domésticos en edad, nivel educativo y procedencia geográfica (Figuroa, 2009). El cuarto grupo consistió de 40 oficiales de policía municipal que habían sido sometidos a evaluación rutinaria.

## Procedimiento

En el análisis se incluyeron solamente protocolos que cumplieran criterios de validez establecidos en el Manual del MMPI-2 (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, & Kaemmer, 2001) tal que las puntuaciones T de las escalas VRIN, TRIN, L, y F fueran  $\leq 80$  para los candidatos a empleo, el grupo de comunidad, y los oficiales de policía. Para los agresores domésticos se empleó el criterio de escala F  $\leq 90$  debido a su trasfondo de dificultades conductuales y potencial de psicopatología. La determinación de un criterio más alto para este grupo es consona con las recomendaciones del Manual del MMPI-2 (Butcher et al., 2001) donde se sugiere el establecimiento de distintos niveles de la escala F al determinar la validez para los perfiles de individuos ingresados, ambulatorios, y no clínicos. A base de estos criterios, se excluyeron 21 de 85 protocolos (25%) en el grupo pre-empleo; 24 de 52 protocolos (46%) en el grupo de agresores domésticos; 23 de 52 protocolos (44%) en el grupo de la comunidad; y 8 de 40 protocolos (20%) en el grupo de policías. Siguiendo lo propuesto por Figueroa (2009), se establecieron otros criterios de inclusión para los agresores domésticos y los participantes de la comunidad. Para los agresores domésticos, estos criterios incluyeron ser varón, tener 19 años de edad o más, poseer un nivel educativo mínimo de sexto grado, y haber estado asistiendo al menos un mes al programa comunitario “Convivencia sin Violencia en la Comunidad.” Respecto a los participantes de la comunidad, los mismos criterios de inclusión se aplicaron, excepto por el historial de violencia doméstica y la participación en el programa comunitario. Para estos dos grupos los criterios de exclusión fueron la existencia de un trastorno neurológico, un trastorno de lectura, o una condición psiquiátrica diagnosticada. De esta forma, de los 229 protocolos, un total de 153 cumplieron con estos criterios. En la Tabla 1 se resumen las características de los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

TABLA 1  
Características sociodemográficas de las personas participantes

<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>Sexo (%)</i>	<i>Edad (DE)</i>	<i>Años Educación</i>
Pre-empleo (PE) <sup>a</sup>	64	45M/19F (70/30)	32 (6.4)	16.4
Agresores domésticos (AD) <sup>b</sup>	28	28M (100)	34 (10.2)	9.5
Grupo comunidad (GC) <sup>c</sup>	29	29M (100)	35 (9.4)	10
Agentes de la policía (AP) <sup>d</sup>	32	28M/4F (88/12)	45 (7.4)	14

Nota: <sup>a</sup> Pre-empleo=Candidatos a plaza de alguacil en el sistema judicial de Puerto Rico; <sup>b</sup> Agresores domésticos, todos varones participantes de un programa psicoeducativo; <sup>c</sup> Grupo comunidad, todos varones sin historial de violencia doméstica; <sup>d</sup> Agentes de la policía municipal bajo evaluación rutinaria.

En este estudio se utilizaron las puntuaciones sin corrección K. Según Graham (2006), el uso de la corrección K requiere interpretación cuidadosa especialmente en contextos no clínicos tales como el de evaluaciones pre-empleo. Así como las elevaciones en la escala K normalmente reflejan defensividad, también es posible que para personas evaluadas que no muestran trastorno psicológico evidente pero que obtienen puntuaciones K moderadamente elevadas, la escala K puede reflejar aspectos positivos del funcionamiento del ego en estas personas. En estos casos, el uso de la corrección K podría

elevant, artificialmente, puntuaciones en las escalas clínicas distorsionando así los perfiles de personas sin evidencia de trastorno psicológico.

Los profesionales que proveyeron las hojas de respuesta del MMPI-2 seleccionadas para el análisis le removieron todo dato de identificación previamente a ser duplicadas y provistas a los autores. A cada hoja de respuesta se le asignó un código y fue ingresada al programa Q Local 2.2 para la puntuación electrónica del MMPI-2.<sup>1</sup> Para esta tarea se contó con la participación de asistentes de investigación quienes eran estudiantes graduados en un programa de psicología.<sup>3</sup>

### **Diseño y Análisis Estadístico**

Debido a que el objetivo de este estudio es describir las características de perfiles de MMPI-2 con atención a las ER, su diseño es transeccional descriptivo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2010). Esto se debe a que se estarán analizando datos cuantitativos recopilados en un determinado momento para cada uno de los grupos bajo estudio.

Los datos obtenidos se sometieron a los siguientes análisis: Para la comparación entre los cuatro grupos en las escalas de validez y las EC y ER de acuerdo al primer y segundo objetivos respectivamente, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) y sus respectivas pruebas post-hoc. La comparación entre las EC y ER para cada grupo, de acuerdo al tercer objetivo, se realizó utilizando prueba t pareada y calculando el tamaño de efecto. Finalmente, se calcularon las correlaciones entre EC y entre ER para cada grupo para cumplir con el cuarto objetivo.

### **Resultados**

En cuanto al primer y segundo objetivos de este estudio, el de comparar los grupos en las escalas de validez y las EC y ER, en las tablas 2, 3 y 4 se presentan los datos comparativos de las escalas para los cuatro grupos. Se encontró que las escalas de validez, EC y ER discriminaron entre los grupos con la excepción de TRIN, L, FBS, D, Hy y ER2. Para las escalas de validez que mostraron diferencias significativas, se obtuvo un tamaño de efecto entre .14 (efecto mediano) y .37 (efecto grande). Para las EC que mostraron diferencias significativas, entre .10 (efecto mediano) y .368 (efecto grande). Finalmente, en las ER se obtuvo un tamaño de efecto entre .15 (efecto mediano) y .44 (efecto grande).

---

<sup>3</sup> Además del procedimiento aquí descrito para la remoción de datos de identificación de las hojas de respuesta suministradas por profesionales, los datos aportados por Figueroa (2009), de los agresores domésticos y los controles, se recopilaron con la autorización de la Oficina de Investigaciones con Sujetos Humanos (IRB) de la Escuela de Medicina de Ponce.

TABLA 2

Comparaciones de las Escalas de Validez por grupo a través de un análisis multivariado de varianza (MANOVA) en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) utilizando normas combinadas por género sin corrección K

<i>Escala</i>	<i>PE</i> <i>M (DE)</i>	<i>AD</i> <i>M (DE)</i>	<i>GC</i> <i>M (DE)</i>	<i>AP</i> <i>M (DE)</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tamaño del Efecto</i> <i>(eta)</i>	<i>Pruebas Post-Hoc</i>
VRIN	49 (8.36)	56 (8.26)	56 (9.84)	56 (7.7)	12.007*	.000	.195	AD>PE
TRIN	57 (5.98)	61 (8.69)	61 (7.90)	58 (7.35)	2.531*	.059	.048	No significativa
L	62 (8.95)	63 (11.6)	65 (8.91)	65 (8.09)	1.976*	.120	.038	No significativa
F	46 (5.96)	62 (10.7)	55 (8.11)	49 (8.54)	29.340*	.000	.371	AD>PE, GC, AP
F(b)	45 (4.23)	64 (13.6)	55 (15.0)	46 (6.8)	21.626*	.000	.303	AD>PE, AP
F(p)	53 (8.91)	53 (9.5)	63 (14.7)	59 (9.5)	8.105*	.000	.140	GC>PE
FBS	50 (7.63)	50 (7.66)	52 (9.53)	49 (7.54)	1.565	.200	.031	No significativa
S	62 (7.48)	58 (7.73)	54 (7.65)	58 (7.6)	23.551*	.000	.322	PE>GC

Nota: <sup>a</sup> Pre-empleo=Candidatos a plaza de alguacil en el sistema judicial de Puerto Rico; <sup>b</sup> Agresores domésticos, todos varones participantes de un programa psicoeducativo; <sup>c</sup> Grupo comunidad, todos varones sin historial de violencia doméstica; <sup>d</sup> Agentes de la policía municipal bajo evaluación rutinaria.



TABLA 3

Comparaciones de las Escalas Clínicas por grupo a través de un análisis multivariado de varianza (MANOVA) en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) utilizando normas combinadas por género, sin corrección K

<i>Escala</i>	<i>PE<sup>a</sup></i>	<i>AD<sup>b</sup></i>	<i>GC<sup>c</sup></i>	<i>AP<sup>d</sup></i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tamaño del Efecto (eta)</i>	<i>Pruebas Post-Hoc</i>
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>				
Hs	47 (8.11)	58 (8.35)	58 (8.53)	52 (8.3)	17.893*	.000	.265	AD>PE, AP
D	50 (5.63)	53 (7.5)	51 (7.32)	54 (8.36)	2.506	.061	.048	No significativa
Hy	53 (8.02)	50 (9.6)	54 (12.9)	52 (10.2)	.820	.485	.016	No significativa
Pd	46 (5.94)	57 (10.3)	49 (9.64)	48 (6.9)	14.495*	.000	.226	AD>PE, GC, AP
Pa	47 (8.43)	55 (10.6)	50 (12.3)	46 (8.6)	5.513*	.001	.100	AD>PE, GC, AP
Pt	41 (6.22)	55 (8.6)	46 (6.42)	44 (7.9)	24.958*	.000	.334	AD>PE, GC, AP
Sc	44 (5.77)	60 (10.4)	53 (8.00)	48 (7.5)	28.979*	.000	.368	AD>PE, GC, AP
Ma	50 (8.65)	63 (13)	54 (10.3)	52 (6.7)	12.340*	.000	.199	AD>PE, GC, AP

Nota: <sup>a</sup> Pre-empleo=Candidatos a plaza de alguacil en el sistema judicial de Puerto Rico; <sup>b</sup> Agresores domésticos, todos varones participantes de un programa psicoeducativo; <sup>c</sup> Grupo comunidad, todos varones sin historial de violencia doméstica; <sup>d</sup> Agentes de la policía municipal bajo evaluación rutinaria.

TABLA 4

Comparaciones de las Escalas Reestructuradas por grupo a través de un análisis multivariado de varianza (MANOVA) en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) utilizando normas combinadas por género sin Corrección K

<i>Escala</i>	<i>PE<sup>a</sup></i>	<i>AD<sup>b</sup></i>	<i>GC<sup>c</sup></i>	<i>AP<sup>d</sup></i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Tamaño del Efecto (eta)</i>	<i>Pruebas Post-Hoc</i>
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>				
ERd	43 (5.09)	53 (6.43)	47 (9.37)	47 (5.7)	16.356*	.000	.248	AD> PE, GC, AP
ER1	47 (7.63)	60 (9.55)	59 (9.75)	51 (9.07)	20.393*	.000	.291	AD>PE, AP
ER 2	43 (5.76)	45 (8.7)	46 (7.38)	44 (6.6)	1.552	.204	.030	No significativa
ER3	48 (8.03)	61 (8.65)	57 (11.4)	55 (9.8)	14.783*	.000	.229	AD>PE
ER4	42 (5.46)	59 (8.49)	49 (7.35)	44 (5.3)	39.552*	.000	.443	AD>PE, GC, AP
ER6	50 (8.00)	61 (13)	58 (10.6)	54 (8.8)	10.232*	.000	.171	AD>PE, AP
ER7	42 (4.66)	55 (9.3)	47 (6.07)	46 (6.46)	32.083*	.000	.392	AD>PE, GC, AP
ER8	51 (7.60)	63 (10.6)	56 (8.78)	53 (9.8)	12.733*	.000	.204	AD>PE, AP
ER9	45 (7.39)	54 (10)	47 (7.41)	48 (6.1)	8.846*	.000	.151	AD>PE, GC, AP

Nota: <sup>a</sup> Pre-empleo=Candidatos a plaza de alguacil en el sistema judicial de Puerto Rico; <sup>b</sup> Agresores domésticos, todos varones participantes de un programa psicoeducativo; <sup>c</sup> Grupo comunidad, todos varones sin historial de violencia doméstica; <sup>d</sup> Agentes de la policía municipal bajo evaluación rutinaria.

Las pruebas post-hoc reflejaron que los agresores domésticos generalmente obtuvieron puntuaciones más altas que otros grupos. Las categorías de tamaño de efecto  $\eta^2$  se reportan de acuerdo a Weinfurt (1995).

En cuanto al tercer objetivo, se exploraron las diferencias en elevación entre las EC y las ER. Se emplearon pruebas t pareadas para comparar la puntuación T promedio de cada ER con su contraparte EC para cada una de las muestras. Como se refleja en las Tablas 5 a 8, en 19 de 32 comparaciones (59%) se encontraron diferencias significativas. Se identificaron diferencias significativas en los pares de escalas D/ER2, Pa/ER6 y Ma/ER9 en las cuatro muestras, con tamaños de efecto que fluctúan entre .32 y 1.88. Entre los agresores domésticos, el tamaño de efecto para esta diferencia fue .67. En 11 pares de los 19 donde hubo diferencias significativas, la EC fue más elevada que la ER. En síntesis, se observaron seis diferencias significativas entre EC y ER en el grupo de pre-empleo, cinco en el grupo de agresores domésticos y policías, y tres en el grupo de la comunidad.

TABLA 5  
Diferencias entre las EC y ER del grupo de candidatos de Pre-Empleo al puesto de Alguacil a través de una prueba t pareada

<i>Par EC ER</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>	<i>Tamaño del Efecto (d de Cohen)</i>
Hs-ER1	-0.05	.96	NS
D-ER2	8.321*	.00	1.04
Hy-ER3	2.69*	.01	0.33
Pd-ER4	6.41*	.00	0.8
Pa-ER6	-2.5*	.01	0.32
Pt-ER7	-0.451	.66	NS
Sc-ER8	-7.68*	.00	0.96
Ma-ER9	6.05*	.00	0.76

Nota: n=63; \*significativo a  $p < .05$ .

TABLA 6  
Diferencias entre las EC y ER del grupo de Agresores Domésticos a través de una prueba t pareada

<i>Par EC ER</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>	<i>Tamaño del Efecto (d de Cohen)</i>
Hs-ER1	-1.206	.24	NS
D-ER2	5.4*	.00	1
Hy-ER3	-3.69*	.00	0.67
Pd-ER4	-0.883	.39	NS
Pa-ER6	-3.3*	.00	0.61
Pt-ER7	-0.378	.71	NS
Sc-ER8	-2.4*	.02	0.45
Ma-ER9	4.87*	.00	0.9

Nota: n=28; \*significativo a  $p < .05$ .

TABLA 7  
Diferencias entre las EC y ER del Grupo de la Comunidad a través de una prueba t pareada

<i>Par EC ER</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>	<i>Tamaño del Efecto (d de Cohen)</i>
Hs-ER1	-1.535	.14	NS
D-ER2	3.397*	.00	0.64
Hy-ER3	-0.635	.53	NS
Pd-ER4	0.118	.91	NS
Pa-ER6	-3.34*	.00	0.63
Pt-ER7	-0.825	.42	NS
Sc-ER8	-1.79	.08	NS
Ma-ER9	4.087*	.00	0.77

Nota: n=27; \*significativo a  $p < .05$ .

TABLA 8  
Diferencias entre las EC y ER del grupo de Agentes de la Policía Municipal a través de una prueba t pareada

<i>Par EC ER</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>	<i>Tamaño del Efecto (d de Cohen)</i>
Hs-ER1	0.858	.40	NS
D-ER2	10.63*	.00	1.88
Hy-ER3	-1.03	.31	NS
Pd-ER4	3.65*	.00	0.65
Pa-ER6	-4.65*	.00	0.82
Pt-ER7	-1.8	.08	NS
Sc-ER8	-3.6*	.00	0.64
Ma-ER9	4.767*	.00	0.84

Nota: n=31; \*significativo a  $p < .05$ .

El cuarto objetivo del estudio es explorar las inter correlaciones entre las EC y las ER para cada una de las muestras, así como la convergencia entre las EC y sus contrapartes ER. Además, se calculó la correlación entre la escala ERd, la cual contiene en factor de desmoralización, con las EC y con las ER. Finalmente, se presentan las correlaciones entre EC y ER.

Como se muestra en la Tabla 9, la inter correlación promedio entre las EC para el grupo de pre-empleo fue .18 (.24 DE). Para este grupo, las inter correlaciones de las EC fluctuaron entre -.31 (Ma/Si) y .70 (Pt/Sc). En el caso de las ER, la inter correlación promedio fue .15 (.18 DE). Las correlaciones fluctuaron entre -.33 (ER2/ER9) hasta .52 (ER3/ER9). En el caso del grupo pre-empleo, la correlación promedio entre la escala ERd y las EC fue .24 (.13 DE). Las correlaciones fluctuaron entre .09 (ERd/Ma) y .47 (ERd/Pt). La correlación promedio entre la escala ERd y el resto de las ER fue .16 (.13 DE). Las correlaciones fluctuaron entre .01 (ERd/ER6) y .42 (ERd/ER7). Además, las correlaciones entre las EC y sus contrapartes reestructuradas son significativas a excepción de la correlación entre D/ER2 (.23). El resto de las correlaciones fluctuaron entre .30 (Pa/ER6) y .80 (Hs/ER1) y aparecen en ennegrecido italic

en la Tabla 9. En general, estos hallazgos sugieren que existe convergencia considerable entre las escalas clínicas y reestructuradas para este grupo.

En el caso de los agresores domésticos, la inter correlación promedio entre las EC fue .24 (.29 DE). Según se muestra en la Tabla 10, las correlaciones fluctuaron entre -.50 (D/Ma) y .86 (Pt/Sc). La inter correlación promedio de las ER fue virtualmente la misma, .23 (.32 DE). Las correlaciones fluctuaron entre -.55 (ER2/ER9) y .62 (ER6/ER7). En este grupo, la correlación promedio entre la escala ERd y las EC fue .38 (.28 DE), y fluctuó entre -.07 (ERd/Hy) y .80 (ERd/Pt). La correlación promedio entre la escala ERd y las ER fue virtualmente la misma, .37 (.20 DE), y las correlaciones fluctuaron entre -.09 (ERd/ER2) y .54 (ERd/ER7). Para este grupo, esta correlación también refleja la emocionalidad negativa expresada en las escalas ERd y ER7.

Respecto a las correlaciones entre las EC y sus contrapartes reestructuradas, todas fueron significativas y fluctuaron entre -.47 (Hy/ER3) y .82 (Hs/ER1). Estas correlaciones aparecen ennegrecido itálico en la Tabla 10 e indican un nivel generalmente alto de convergencia entre las escalas clínicas y las reestructuradas para este grupo.

En el caso del grupo de la comunidad, la inter correlación promedio de las escalas EC fue .31 (.27 DE). Como se muestra en la Tabla 11, las correlaciones fluctuaron entre -.40 (Hy/Si) y .77 (Pt/Sc). Entre las ER, la inter correlación promedio fue .20 (.26 DE). Las correlaciones fluctuaron entre -.30 (ER2/ER3) y .59 (ER3/ER7). En este grupo, la correlación promedio entre la escala ERd y las EC fue .50 (.21 DE) y las correlaciones fluctuaron entre .18 (ERd/Si) y .82 (ERd/Pt). La correlación promedio entre la escala ERd y las ER fue .27 (.17 DE), y las correlaciones fluctuaron entre .02 (ERd/ER8) y .51 (ERd/ER7). En este grupo, la correlación entre la escala ERd y las ER es sustancialmente menor que la correlación entre la escala ERd y las EC. Todas las correlaciones entre las EC y sus contrapartes reestructuradas fueron significativas excepto por la correlación Pa/ER6 (.25). Las correlaciones restantes fluctuaron entre .39 (Sc/ER8) y .87 (Hs/ER1) y aparecen en ennegrecido itálico en la Tabla 11.

En la muestra de policías municipales, la inter correlación promedio entre las EC fue .27 (.28 DE), y fluctuaron entre -.45 (D/Ma) y .79 (Pt/Sc), según se muestra en la Tabla 12. En cuanto a las ER, la inter correlación promedio también fue .27 (.25 DE), y las correlaciones fluctuaron entre -.46 (ER2/ER9) y .68 (ER3/ER7). En este grupo, la correlación promedio entre la escala ERd y las EC fue .42 (.27 DE). Las correlaciones fluctuaron entre -.04 (ERd/Hy) y .77 (ERd/Pt), cónsono con los hallazgos de los grupos pre-empleo y comunitario. La correlación promedio entre la escala ERd y las ER fue .36 (.13 DE), y fluctuaron entre .14 (ERd/ER2) y .55 (ERd/ER1).

Para los policías municipales, las correlaciones entre las EC y sus contrapartes reestructuradas fueron significativas con la excepción de Hy/ER3 (-.24). No obstante, esta correlación negativa es cónsona con el cambio en el contenido de ER3 relativo a Hy ya que ER3 se refiere más a actitudes de cinismo en comparación con Hy. Las correlaciones restantes fluctuaron entre .38 (Pa/ER6) y .84 (Hs/ER1) y aparecen en ennegrecido itálico en la Tabla 12.

TABLA 9

Matriz de intercorrelaciones entre las escalas clínicas y reestructuradas para el grupo de Pre- Empleo

<i>Escala</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>	<i>ERd</i>	<i>ER1</i>	<i>ER2</i>	<i>ER3</i>	<i>ER4</i>	<i>ER6</i>	<i>ER7</i>	<i>ER8</i>	<i>ER9</i>
Hs	1																	
D	.34**	1																
Hy	.51**	.46**	1															
Pd	.39**	.41**	.36**	1														
Pa	.22	.07	.30*	.31*	1													
Pt	.40**	.23	.06	.25*	.08	1												
Sc	.50**	.19	.05	.30*	.16	.70**	1											
Ma	-.03	-.24	-.22	.02	.01	.41**	.33**	1										
Si	.01	.29*	-.16	-.07	-.28*	.19	.15	-.31*	1									
ERd	.15	.26*	.17	.22	.12	.47**	.38**	.09	.29*	1								
ER1	<b>.80**</b>	.15	.30*	.12	.02	.32**	.48**	0	.11	.15	1							
ER2	.17	.23	.16	.15	.09	-.01	.24	-.42**	.37**	.21	.19	1						
ER3	.04	-.13	<b>.45**</b>	-.06	.39**	.40**	.34**	.45**	.21	0.1	.12	-.19	1					
ER4	.41**	.17	.32*	<b>.59**</b>	.08	.30*	.32**	.10	-.10	.18	.27*	0.1	.03	1				
ER6	.07	-.06	.01	.13	<b>.30*</b>	.17	.27*	.17	.11	.01	.08	-.05	.20	-.14	1			
ER7	.13	-.08	-.18	.11	-.07	<b>.61**</b>	.51**	.19	.29*	.42**	.22	.02	.33**	.14	.24	1		
ER8	.31*	-.08	0	.07	.21	.36**	<b>.46**</b>	.38**	-.16	.11	.33**	-.04	.18	.22	.15	.28*	1	
ER9	.12	-.27*	-.25	.05	.04	.58**	.49**	<b>.68**</b>	-.28*	.19	.20	-.33**	.52**	.20	.24	.38**	.35**	1

Nota: n=63; \*significativa a  $p < .05$ , \*\*significativa  $p < .01$ ; coeficientes de correlación en negrillas son las correlaciones.

TABLA 10

Matriz de intercorrelaciones entre las escalas clínicas y reestructuradas para el grupo de Agresores Domésticos

<i>Escala</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>	<i>ERd</i>	<i>ER1</i>	<i>ER2</i>	<i>ER3</i>	<i>ER4</i>	<i>ER6</i>	<i>ER7</i>	<i>ER8</i>	<i>ER9</i>	
Hs	1																		
D	.30	1																	
Hy	.27	.44*	1																
Pd	.40*	.15	.26	1															
Pa	.20	.05	-.03	.34	1														
Pt	.58**	.02	-.13	.66**	.40*	1													
Sc	.60**	.08	-.13	.54**	.43*	.86**	1												
Ma	.25	-.50**	-.22	.26	.17	.53**	.55**	1											
Si	.13	.53**	-.11	-.07	.07	.10	.13	-.43*	1										
ERd	.36	.17	-.07	.62**	.39*	.80**	.69**	.18	.29	1									
ER1	.82**	.11	.05	.19	.26	.58**	.65**	.30	.27	.37*	1								
ER2	-.17	.46*	.28	.02	.29	-.31	-.20	-.51**	.25	-.09	-.25	1							
ER3	.32	-.16	-.47*	.29	.17	.38*	.47*	.35	.02	.30	.37*	-.16	1						
ER4	.32	-.02	-.04	.78**	.31	.69**	.60**	0.35	-.003	.52**	.27	-.15	.43*	1					
ER6	.25	.01	-.09	.25	.63**	.43*	.59**	.41*	.17	.39*	.29	.06	.19	.25	1				
ER7	.35	-.14	-.40*	.21	.34	.66**	.68**	.51**	.20	.54**	.39*	-.23	.35	.35	.62**	1			
ER8	.37	-.10	-.34	.20	.20	.68**	.67**	.44*	.09	.49**	.54**	-.42*	.29	.39*	.32	.61**	1		
ER9	.24	-.57**	-.30	.26	.25	.63**	.57**	.66**	-.42*	.43*	.32	-.55**	.26	.42*	.30	.61**	.60**	1	

Nota: n=28; \*significativa a  $p < .05$ ; \*\*significativa a  $p < .01$ .

TABLA 11

Matriz de intercorrelaciones entre las escalas clínicas y reestructuradas para el Grupo de la Comunidad

<i>Escala</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>	<i>ERd</i>	<i>ER1</i>	<i>ER2</i>	<i>ER3</i>	<i>ER4</i>	<i>ER6</i>	<i>ER7</i>	<i>ER8</i>	<i>ER9</i>
Hs	1																	
D	.47*	1																
Hy	.57**	.56**	1															
Pd	.32	.50**	.50**	1														
Pa	.37	.23	.64**	.61**	1													
Pt	.28	.34	.11	.51**	.20	1												
Sc	.45*	.22	.14	.58**	.47*	.77**	1											
Ma	-.08	.16	.06	.49**	.43*	.44*	.42*	1										
Si	.19	.07	-.40*	-.11	-.22	.34	.40*	-.13	1									
ERd	.38*	.46*	.30	.66**	.45*	.82**	.75**	.54**	.18	1								
ER1	.87**	.29	.38*	.38*	.45*	.33	.62**	.07	.33	.47*	1							
ER2	.36	.44*	.52**	.40*	.41*	.21	.32	.15	.19	.29	.40*	1						
ER3	.11	-.10	-.45*	.08	-.30	.45*	.45*	-.06	.35	.27	.17	-.30	1					
ER4	.43*	.02	.39*	.58**	.56**	.28	.56**	.19	-.03	.30	.46*	.18	.11	1				
ER6	.18	-.07	-.24	.12	.25	.05	.37	.16	.26	.12	.40*	-.14	.35	.10	1			
ER7	.18	-.19	-.25	.23	.22	.65**	.75**	.35	.48**	.51**	.41*	-.11	.59**	.33	.51**	1		
ER8	-.03	-.29	-.28	.21	-.05	.24	.39*	.12	.09	.023	.21	-.26	.48**	.20	.27	.49**	1	
ER9	-.18	-.34	-.22	.05	.15	.33	.26	.47*	-.14	.16	-.07	-.26	.26	-.01	.24	.50**	.18	1

Nota: n=27; \*significativa a  $p < .05$ ; \*\*significativa a  $p < .01$ .



TABLA 12

Matriz de intercorrelaciones entre escalas clínicas y reestructuradas para el grupo de Agentes de Policía Municipal

<i>Escal</i> <i>a</i>	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>	<i>ERd</i>	<i>ER1</i>	<i>ER2</i>	<i>ER3</i>	<i>ER4</i>	<i>ER6</i>	<i>ER7</i>	<i>ER8</i>	<i>ER9</i>	
Hs	1																		
D	.40*	1																	
Hy	.45**	.44*	1																
Pd	.50**	.60**	.43*	1															
Pa	.20	.31	.06	.43*	1														
Pt	.54**	.36*	-.03	.59**	.21	1													
Sc	.61**	.21	-.06	.33	.10	.79**	1												
Ma	.09	-.45**	-.25	-.05	.004	.10	.08	1											
Si	.47	.43	.03	.28	.06	.64	.69	-.02	1										
ERd	.50**	.41*	-.04	.52**	.34	.77**	.64**	.05	.57	1									
ER1	.84**	.30	.48**	.52**	.28	.58**	.51**	.03	.41	.55**	1								
ER2	.16	.76**	.34	.42*	.27	.14	.14	-.49**	.30	.14	.11	1							
ER3	.21	-.06	-.24	.33	-.27	.57**	.54**	.40*	.46	.39*	.17	-.16	1						
ER4	.61**	.38*	.17	.55**	.22	.57**	.44*	.18	.38	.31	.38*	.20	.32	1					
ER6	.39*	-.10	-.29	.21	.38*	.44*	.48**	.27	.28	.32	.36*	-.17	.23	.17	1				
ER7	.36*	.17	-.18	.40*	-.06	.79**	.69**	.16	.56	.48**	.44*	.07	.68**	.31	.54**	1			
ER8	.47**	.10	-.23	.22	.30	.43*	.58**	.28	.19	.40*	.28	-.03	.28	.31	.55**	.34	1		
ER9	.15	-.34	-.37*	.14	-.01	.55**	.42*	.66**	.11	.27	.13	-.46**	.54**	.39*	.46**	.53**	.49**	1	

Nota: n=31; \*significativa a  $p < .05$ ; \*\*significativa a  $p < .01$ .

## Discusión

En este estudio se exploraron las características de las Escalas de Validez, EC y ER del MMPI-2 con una muestra de puertorriqueños provenientes de la comunidad, de escenarios forenses y de cumplimiento de la ley. Esta muestra diversa se estudio siguiendo las recomendaciones de Sellbom, Graham, & Schenk (2006), quienes señalaron la necesidad de llevar a cabo estudios sobre el desempeño de las ER con grupos diversos. Se compararon los grupos en cuanto a sus puntuaciones en las Escalas de Validez, EC y ER del MMPI-2; se compararon las elevaciones relativas de las EC con las de las ER; y finalmente se exploraron las correlaciones e inter correlaciones correspondientes a las EC y ER. A continuación se discutirán los hallazgos de estos análisis.

En cuanto a las comparaciones entre los grupos, 6 de 9 (67%) de las Escalas de Validez arrojaron diferencias significativas, no así tres otras escalas entre ellas la escala L. Las puntuaciones en la escala L fluctuaron entre T=62 y 63 para el grupo pre-empleo y los agresores domésticos respectivamente, hasta T=65 para los grupos comunitario y de policías municipales. Este hallazgo confirma hallazgos anteriores relacionados a la existencia de puntuaciones mayores en la escala L entre evaluados de origen latino que entre evaluados anglo-sajones (Hall, Bansal, & Lopez, 1999). Según Sellbom, Fischler y Ben-Porath (2007), este hallazgo también puede esperarse entre personas que son evaluadas para propósitos de empleo. De las nueve EC, siete (78%) discriminaron entre los grupos bajo estudio, siendo esto similar a los hallazgos de Cabiya y Dávila (1999), quienes observaron diferencias significativas en los perfiles del MMPI-2 de diversos grupos puertorriqueños incluyendo grupos clínicos y no-clínicos. En el presente estudio, las pruebas post-hoc revelaron que los agresores domésticos obtuvieron las puntuaciones más elevadas lo que confirma que las escalas logran diferenciar entre grupos con y sin historial de conductas problemáticas. Solamente dos escalas (D y Hy) no discriminaron entre los grupos. Se infiere que así como estos grupos hayan podido informar semejanzas en su funcionamiento afectivo, también es posible que hayan expresado características parecidas respecto a la tendencia a desarrollar síntomas físicos en respuesta al estrés, al manejo de asuntos interpersonales, y al nivel de introspección. La similitud en las puntuaciones en Hy entre estos grupos pudiera deberse a que los mismos comparten la adherencia a normas culturales en las dimensiones mencionadas.

Los resultados reflejan que ocho de nueve (88%) ER discriminan entre los grupos; solamente la escala ER2 (Déficit de emociones positivas) no discriminó. Además y en gran parte debido a los cambios en su contenido relativo a su contraparte clínica Hy, la escala ER3 pudo discriminar entre los grupos especialmente en el entre los de pre-empleo y los agresores domésticos. Es posible que la mayor sensibilidad para detectar actitudes de cinismo de la escala ER3 comparado con la escala Hy, explique que las puntuaciones en ER3 sean más elevadas entre los agresores domésticos. En general, y cónsono con los hallazgos de las EC, las pruebas post-hoc revelaron que los agresores domésticos obtuvieron puntuaciones más elevadas lo cual a su vez apoya el que las ER pueden discriminar entre grupos que puedan tener dificultades en su funcionamiento emocional y aquellos sin historial conocido de estas dificultades. Asimismo, y a pesar de que solo una ER más que las EC discriminó entre los grupos, esta diferencia apoya la noción de que las ER tienen mayor poder discriminativo que las EC, cónsono con lo que indican Tellegen et al. (2003).

En conclusión, referente al primer objetivo, se observa que el aspecto cultural y el contexto de la evaluación pueden impactar las Escalas de Validez. En cuanto al segundo objetivo, la discriminación observada con las EC es cónsona con los hallazgos de investigaciones con poblaciones de habla hispana (Butcher, Cabiya, Lucio, & Garrido, 2007; Cabiya & Dávila, 1999). Este hallazgo provee apoyo adicional a la capacidad del MMPI-2 para discriminar entre grupos con y sin indicios de trastorno psicológico.

Como tercer objetivo de este estudio, se analizaron las elevaciones relativas de las EC y de las ER. De 32 comparaciones entre EC y ER, 19 pares (59%) fueron significativas y entre esas, en 11 pares (58%) la EC fue la más elevada del par. Estos hallazgos son congruentes con los presentados por varios autores (e.g., Osberg et al., 2008; Tellegen et al., 2003; Wallace & Liljequist, 2005) donde las EC tienden a ser más elevadas que las ER mientras a su vez mantienen una congruencia sustancial con las ER.

En las cuatro muestras se observaron diferencias significativas en los pares de escalas D/ER2, Pa/ER6 y Ma/ER9. La ER6 fue la más alta del par Pa/ER6 en los cuatro grupos, lo cual puede reflejar los cambios en la composición de la ER6 relativo a la escala clínica Pa según descrito por Tellegen y Ben-Porath (2008). Específicamente, los reactivos de la ER6 se asocian a pensamiento persecutorio de manera más directa que los reactivos de la escala clínica Pa. Asimismo, en el par de escalas Hy/ER3 se evidenciaron diferencias significativas en dos de los grupos (pre-empleo y agresores domésticos), lo cual sugiere que los agresores domésticos se inclinan por endosar las actitudes vinculadas al cinismo que caracterizan la ER3 al compararse con el grupo de pre-empleo.

Como cuarto objetivo, se exploraron las correlaciones entre las EC y ER. Las correlaciones entre las EC son levemente mayores que entre las ER. Diferencias mayores pudieran verse con muestras más numerosas que las incluidas en este estudio. Aun así, especialmente para el grupo de la comunidad (no agresores), se observa la tendencia hacia correlaciones menores entre las ER que entre las EC. Esto es cónsono con la mayor diferenciación que existe entre las ER. Se observa además que para todos los grupos las correlaciones mayores entre las EC es entre las escalas Pt y Sc. Ambas comparten reactivos referentes a experiencias de desmoralización, pobre control del pensamiento, y emociones negativas y displicentes. Asimismo, las correlaciones negativas más fuertes se observan entre escalas cuyo contenido refleja experiencias emocionales disímiles tales como depresión e hipomanía. De manera similar, para todos los grupos las correlaciones más bajas entre las ER se observan entre aquellas cuyo contenido refleja experiencias disímiles (Déficit de emociones positivas vs. Activación hipomaniaca), mientras que las correlaciones más fuertes se observaron entre escalas que reflejan emociones negativas, cinismo, falta de control cognitivo y conductual, e ideas de persecución.

Tal como señalaran Tellegen et al. (2003) la reestructuración de las EC requirió la identificación y extracción del factor común a dichas escalas y responsable de las correlaciones sustanciales entre sí de las mismas. Este factor se denominó como desmoralización y se vincula a experiencias emocionales negativas centradas en el desánimo, pesimismo, expectativas de fracaso y discapacidad para enfrentar las circunstancias. Los reactivos vinculados a este factor conforman la escala ERd. Esta escala a su vez tiende a tener correlaciones sustanciales con escalas que reflejan experiencias de ansiedad e irritabilidad subyacentes, tendencias a la rumiación, preocupación excesiva y sensibilidad a la crítica. Un ejemplo de tal escala es la escala clínica Pt. Cónsono con estas características, en los cuatro grupos de este estudio las correlaciones entre el factor de desmoralización (ERd) y la escala clínica Pt fueron las más

fuertes. De igual forma, al examinar las correlaciones entre la escala de desmoralización y las ER, nuevamente surge la correlación entre desmoralización y la ER7 (Emociones negativas disfuncionales) como la más fuerte en 3 de los 4 grupos. Correlaciones menores y negativas se observaron entre ERd y otras ER (ER2, ER6 y ER8), lo cual sugiere que la reestructuración de las escalas clínicas logro establecer diferenciaciones entre los elementos medulares de las mismas. De manera similar se observa que las correlaciones promedio entre la ERd y las EC son generalmente mayores que entre la ERd y las ER. Este hallazgo es cónsono con la descripción de las ER provista por Tellegen et al. (2003), que indica que las ER están menos saturadas por el factor de desmoralización al compararse con las EC.

Se observa además que las correlaciones entre las ER y las EC fluctúan desde moderadamente negativas a altas. Cónsono con lo que exponen Tellegen et al. (2003), para todos los grupos en este estudio la correlación entre la escala clínica Hs y la ER1 es la más fuerte. Para los cuatro grupos, se observa que la mayoría de las correlaciones entre EC y ER son significativas con contadas excepciones, lo cual apunta al considerable grado de convergencia que existe entre las EC y ER. Nuevamente, este hallazgo es cónsono con lo expuesto por Tellegen (2003), así como por Wallace y Liljequist (2005). En resumen, estos hallazgos proveen evidencia preliminar de que las propiedades de las ER que han sido observadas en otras investigaciones (e.g., Osberg, Haseley, & Kamas, 2008; Wallace & Liljequist, 2005) se observan en muestras cultural y socialmente diferentes como lo son las de este estudio. Esto hallazgos sugieren que las ER pueden ser útiles en la evaluación de la población puertorriqueña.

### **Limitaciones y Recomendaciones**

No obstante los hallazgos de este estudio, el mismo presenta varias limitaciones entre las cuales se señalan el tamaño limitado de la muestra y la poca representación de mujeres en la misma. Los grupos bajo estudio se limitaron a solo unos contextos específicos y al no haber manipulación de variables no es posible generalizar los hallazgos.

Estos hallazgos también apuntan hacia la necesidad de realizar estudios con muestras más amplias y diversas que puedan ayudar a explicar hallazgos tales como la existencia de correlaciones virtualmente iguales entre las EC y las ER como se observó en el grupo de policías. Otras recomendaciones para futuras investigaciones se refieren a realizar una mayor exploración de las correlaciones elevadas entre Hs/ER1 y entre Pt/ER7 en todos los grupos comparados y que se lleven a cabo investigaciones que asocien las ER con criterios conductuales externos con el fin de evaluar la capacidad de estas escalas de predecir variables tales como desempeño laboral y manejo de conflictos entre parejas. El hecho de que las muestras en este estudio fueron predominantemente masculinas, limita el alcance de la interpretación de los hallazgos. Por lo tanto, se recomienda realizar investigaciones que incluyan a mujeres provenientes de diversos contextos incluyendo el de cumplimiento de la ley. En síntesis, los hallazgos de estudios adicionales realizados en Puerto Rico con las ER pueden ayudar a evaluar la aplicabilidad futura del MMPI-2 FR en nuestro contexto.

### Referencias

- Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2 RF Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Cabiya, J.J., Lucio, M.E.G., & Garrido, M. (2007). *Assessing Hispanic clients using the MMPI-2 and MMPI-A*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Butcher, J.N., Coelho-Mosch, S., Tsai, J., & Nezami, E. (2006). Cross-cultural applications of the MMPI-2. In J.N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 505-538). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G., & Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration, scoring, and interpretation. Revised edition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabiya, J.J. (1996). Use of the MMPI and MMPI-2 in Puerto Rico. In J.N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cabiya, J., Chavira, D., Gómez, F., Lucio, E., Castellanos, J., & Velásquez, R. (2000). MMPI-2 scores of Puerto Rican, Mexican and U.S. Latino college students. *Psychological Reports, 87*, 266-268.
- Cabiya, J.J. & Dávila, G. (1999). Cultural differences in MMPI-2 scores between North Americans and Puerto Ricans. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 12*, 144-158.
- Figueroa, J. (2009). *Relación entre los rasgos de apego y las manifestaciones clínicas en el MMPI-2 en agresores*. (Disertación doctoral sin publicar). Ponce School of Medicine, Ponce, Puerto Rico.
- Forbey, J.D., & Ben-Porath, Y.S. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in a nonclinical setting. *Journal of Personality Assessment, 90* (2), 136-141.
- García-Peltoniemi, R., & Azan-Chaviano, A. (1993). *MMPI-2: Inventario multifásico de la personalidad Minnesota, Versión Hispana*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Garrido, M. & Velásquez, R.J. (2006). Interpretation of Latino/Latina MMPI-2 profiles: Review and application of empirical findings and cultural-linguistic considerations. In J.N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 477-504). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Graham, J.R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4<sup>th</sup> ed.) New York: Oxford University Press.
- Hall, G.N.C., Bansal, A., & Lopez, I.R. (1999). Ethnicity and psychopathology: A metaanalytic review of 31 years of comparative MMPI/MMPI-2 research. *Psychological Assessment, 11*, 186-197.

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrans, L.L. (2000). *Psicología y medición: El desarrollo de pruebas psicológicas en Puerto Rico* (2da Ed.).
- McKinley, J.C., & Hathaway, S.R. (2000). The MMPI: V. Hysteria, hypomania, and psychopathic deviate. In J.N. Butcher (Ed.), *Basic Sources on the MMPI-2* (pp. 31-48). Minneapolis: University of Minnesota Press. (Manuscrito original publicado en 1944).
- Osberg, T.M., Haseley, E.N., & Kamas, M.M. (2008). The MMPI-2 Clinical Scales and Restructured Clinical (RC) scales: Comparative psychometric properties and relative diagnostic efficiency in young adults. *Journal of Personality Assessment*, 90 (1), 81-92.
- Pando, J. (1974). *Appraisal of various clinical scales of the Spanish version of the MiniMult with Spanish Americans*. (Doctoral dissertation). University Microfilms Ltd. Xerox Co., Ann Arbor, Michigan.
- Rodríguez, L. (1980). *La normalización del MMPI con una muestra de estudiantes universitarios*. (Unpublished master's thesis). University of Puerto Rico, Rio Piedras, Puerto Rico.
- Rogers, R., Sewell, K.W., Harrison, K.S., & Jordan, M.J. (2006). The MMPI-2 Restructured Clinical scales: A paradigmatic shift in scale development. *Journal of Personality Assessment*, 87 (2), 139-147.
- Rosario-Hernández, E., Rovira, L. V., Álvarez, C. I., & Rodríguez, A. (2007). Efectividad de las escalas clínicas y de validez del MMPI-2 en detectar patrones de contestación honesto, simulación y engaño en el contexto de selección de personal. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(2), 128-139.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., Baum, L.J., Erez, E., & Gregory, C. (2008). Predictive validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in a batterers' intervention program. *Journal of Personality Assessment*, 90 (2), 129-135.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., & Graham, J.R. (2006). Correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in a college counseling setting. *Journal of Personality Assessment*, 86 (1), 89-99.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., & Graham, J.R. (2006). Elevation differences between MMPI-2 Clinical and Restructured Clinical (RC) Scales: Frequency, origins, and interpretive implications. *Assessment*, 13 (4), 430-441.
- Sellbom, M., Fischler, G.L., & Ben-Porath, Y.S. (2007). Identifying MMPI-2 predictors of police officer integrity and misconduct. *Criminal Justice and Behavior*, 34 (8), 985-1004.
- Sellbom, M., Graham, J.R., & Schenk, P.W. (2006). Incremental validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in a private practice sample. *Journal of Personality Assessment*, 86 (2), 196-205.
- Simms, L.J., Casillas, A., Clark, L.A., Watson, D., & Doebbeling, B.N. (2005). Psychometric evaluation of the Restructured Clinical scales of the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 17 (3), 345-358.
- Tellegen, A., & Ben-Porath, Y.S. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Technical manual*. Minnesota: University of Minnesota Press.

- Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R., & Kaemmer, B. (2003). *MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Velasquez, R.J., & Bradley, V. (2008, August). *Acculturation and MMPI-2 RC scores for Latino university students*. Washington, D.C., U.S.: American Psychological Association, 2008 Conference Abstract.
- Wallace, A., & Liljequist, L. (2005). A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) and Clinical Scales. *Assessment, 12* (3), 290-294.
- Weinfurt, K.P. (1995). Multivariate analysis of variance. En L.G. Grimm & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 245-276). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Zapata-Sola, A., Kreuch, T., Landers, R. N., Hoyt, T., & Butcher, J. N. (2009). Personality assessment in personnel selection using the MMPI-2: A cross-cultural comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9* (2), 287-298.

## Apéndice A

Descripciones de las Escalas de Validez, Escalas Reestructuradas (ER) y de las Escalas Clínicas (EC) e interpretación de puntuaciones  $T \geq 65$ TABLA A-1  
Escalas de Validez

<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>	<i>Interpretación</i>
VRIN	Índice de acercamiento inconsistente o aleatorio a la evaluación	Pobre comprensión de los reactivos, falta de cooperación, descuido, posible trastorno severo. Puntuaciones muy altas invalidan el protocolo.
TRIN	Índice de sesgo cierto o falso	Uso de tendencia exagerada a contestar cierto o falso endosando o negando, respectivamente, problemas emocionales con potencial de invalidar el protocolo.
L	Índice de auto imagen positiva	Imagen altamente positiva de si en cuanto a conductas y normas personales.
F	Índice de exageración de síntomas, primera mitad del inventario	Exageración de síntomas en puntuaciones muy altas, posible invalidación del protocolo, intento por obtener atención.
F(b)	Índice de exageración de síntomas, segunda mitad del inventario	Exageración de síntomas en puntuaciones muy altas, posible invalidación del protocolo, intento por obtener atención.
F(p)	Índice de endoso de síntomas extremos propios de población psiquiátrica	Exageración de síntomas al punto de endosar experiencias patológicas que ni pacientes ingresados tienden a endosar.
FBS	Índice de endoso de síntomas de discapacidad identificados en relación a aptitud para empleo	Exageración de síntomas en situaciones donde se intenta evadir responsabilidades de empleo regular.
S	Índice de auto presentación superlativa	Tendencia a la auto presentación exageradamente positiva y socialmente aceptable



TABLA A-2  
Escala Clínica (EC)

<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>	<i>Interpretación</i>
Hs (Hipocondría)	Preocupaciones por la salud	Sintomatología somática imprecisa, exigen atención, hostiles, poca introspección psicológica.
D (Depresión)	Estado de ánimo depresivo	Estado depresivo, baja auto estima, pesimismo, desolación, letargo.
Hy (Histeria)	Histeria y defensas neuróticas	Tendencia a la represión, negación y evasión ante estrés, sociabilidad superficial, dramatismo.
Pd (Desviación psicopática)	Actitudes y conductas antisociales, rebeldía	Impulsividad, conflictos con autoridad y con familia, actividades ilícitas.
Mf (Masculinidad-femineidad)	Adherencia a roles de género sin implicaciones patológicas	Puntuación alta: Mujeres endosan acción y competitividad; hombres endosan lo estético e intelectual. Lo contrario en puntuaciones bajas para ambos.
Pa (Paranoia)	Susplicia, desconfianza	Alta desconfianza, exteriorización de culpas, rencor, poca introspección psicológica, extremos llegan a delirios.
Pt (Psicastenia)	Ajuste pobre y ansiedad	Ansiedad, rigidez, preocupaciones obsesivas, inferioridad, resistencia al tratamiento.
Sc (Esquizofrenia)	Conductas y actitudes,	Estilo esquizoide, juicio pobre, temperamento

	relacionadas a trastorno severo	cambiante y delirios y alucinaciones en puntuaciones muy altas.
Ma (Hipomanía)	Actitudes y conductas de corte bipolar a nivel sub clínico	Grandiosidad, excitación, euforia, toma de riesgos, impulsividad, puede haber impaciencia e irritabilidad.
Si (Introversión social)	Interacción social baja	Puntuaciones altas se relacionan a introversión, convencionalidad, timidez, sumisión.

---

TABLA A-3  
Escala Reestructuradas (ER)

<i>Escala</i>	<i>Descripción</i>	<i>Interpretación</i>
ERd (Desmoralización)	Indicio de malestar emocional generalizado	Desanimo, pesimismo, "condición de paciente"
ER1 (Quejas somáticas)	Quejas somáticas, correlación alta con Hs	Preocupaciones por salud Somatización
ER2 (Emociones positivas bajas)	Falta de involucramiento emocional positivo, relacionada a D	Pesimismo, retraimiento, riesgo de depresión
ER3 (Cinismo)	Inverso de reactivos de escala Hy vinculados a confianza en otros	Se percibe al otro como despreocupado y no sincero
ER4 (Conducta antisocial)	Reconocimiento de conducta antisocial presente y pasada, relacionada a Pd	Rabia, antagonismo, falta de conformidad con normas sociales
ER6 (Ideas de persecución)	Auto referencia, preocupaciones de ser controlado, relacionada a Pa	Sentirse señalado, dificultad formando relaciones
ER7(Emociones disfuncionales)	Ansiedad, irritabilidad reactiva, relacionada a Pt	Ansiedad, rumiación, sensibilidad a la crítica
ER8 (Experiencias aberrantes)	Disturbios sensoriales, perceptuales, cognitivos y motores, relacionada a Sc	Síntomas psicóticos, Delirios
ER9(Activación hipomaniaca)	Emociones, pensamientos y conductas cónsonas con hipomanía, relacionada a Ma	Grandiosidad, excitación, euforia, toma de riesgos