

MMPI[®]-2

Inventario Multifásico de
Personalidad de Minnesota[®]-2

J. N. Butcher
J. R. Graham
Y. S. Ben-Porath
A. Tellegen
W. G. Dahlstrom
B. Kaemmer

Adaptación española:
A. Ávila-Espada
F. Jiménez-Gómez



MMPI[®]-2

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota[®]-2

Comité de tipificación del MMPI[®]-2:

James N. Butcher, John R. Graham, Yossef S. Ben-Porath,
Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom y Beverly Kaemmer

Adaptación española:

Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez

Manual

(4.^a edición, revisada y ampliada)



Madrid, 2019

Título original: MMPI®-2. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*®-2. University of Minnesota Press, Minneapolis, EE.UU.

Adaptación española: Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez.

Revisión y ampliación para la cuarta edición: Pablo Santamaría, Departamento I+D+i de TEA Ediciones.



Cómo citar esta obra

Para citar esta obra, por favor, utilice la siguiente referencia:

Butcher, J.N., Graham, J.R, Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4ª Ed.) (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Translated and adapted by Permission.

Copyright © 2001 by The Regents of the University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, EE.UU. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

Copyright de la adaptación española © 1999, 2000, 2002, 2019 by TEA Ediciones, S.A.U., España.

I.S.B.N.:

Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.



Índice

Prólogo a la cuarta edición del MMPI-2 en su adaptación española	5
Prólogo a la primera edición del MMPI-2 en su adaptación española	9
Agradecimientos de la adaptación española	11
Ficha técnica	13
1. Descripción general	15
1.1. Proceso de construcción y desarrollo del MMPI original	15
1.2. Proceso de construcción y desarrollo del MMPI-2	18
1.3. Proceso de desarrollo de la cuarta edición de la adaptación a lengua española del MMPI-2	21
1.4. Ámbitos de aplicación	23
1.5. Materiales	23
2. Normas de aplicación y corrección	25
2.1. Aspectos profesionales en el uso del MMPI-2	25
2.2. Normas de aplicación	26
2.3. Normas de corrección	30
3. Normas de interpretación	35
3.1. Escalas de validez: determinar la validez del protocolo	36
3.2. Escalas clínicas	64
3.3. Escalas de contenido	78
3.4. Escalas suplementarias	94
3.5. Escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5)	104
3.6. Ítems críticos	108
3.7. Casos ilustrativos	109
4. Versión abreviada del MMPI-2	125

5. Adaptación española	129
5.1. El MMPI original en lengua española	129
5.2. Proceso de adaptación del MMPI-2 a lengua española.....	130
5.3. Muestras de tipificación del MMPI-2 en su adaptación a lengua española: muestra de población general y muestra de población clínica.....	131
5.4. Características estructurales de la versión española en la población general.....	133
6. Adaptación argentina	139
6.1. Introducción.....	139
6.2. El desarrollo de la adaptación argentina del MMPI-2.....	140
6.3. Estudios sobre validez y fiabilidad.....	141
6.4. Procedimiento para la construcción de las tablas normativas o baremos	142
6.5. Comparación transcultural	142
Referencias bibliográficas	147
Apéndice. Porcentaje de respuestas verdadero a cada elemento del MMPI-2 (ítem) por sexo (V = varones y M = mujeres) en la muestra de población general y en la muestra clínica de la adaptación a lengua española, así como diferencias por sexo (mujeres en comparación con varones, M – V) y por tipo de muestra (clínica en comparación con general, Clin-Gen).....	155



Prólogo a la cuarta edición del MMPI-2 en su adaptación española

Las encuestas a profesionales de muy diversos ámbitos muestran como el MMPI-2 es una de las herramientas más utilizada para la evaluación de la personalidad y la psicopatología y se encuentra entre los tests más empleados en la práctica (v.g., Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006; Camara, Nathan y Puente, 2000; Lally, 2003; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Sharland y Gfeller, 2007). Más de 2.000 investigaciones empíricas han sido publicadas con el MMPI-2, acumulando un ingente caudal de datos y resultados. Parte de este torrente de investigación se ha centrado tanto en las escalas existentes en las primeras ediciones del MMPI-2 como en el desarrollo y exploración de posibles nuevas escalas que mejoren la labor de evaluación y diagnóstico.

En su conjunto, la investigación realizada sobre el MMPI-2 ha permitido evidenciar la conveniencia de excluir algunas de las escalas incluidas originalmente en sus primeras ediciones, así como la necesidad de integrar nuevas escalas de validez, contenido y suplementarias que permitan enriquecer el uso de la herramienta.

Todos estos cambios se integran en esta nueva edición del MMPI-2, basada en la revisión de Butcher *et al.* (2001), que aporta nuevas escalas de validez, suplementarias y subescalas de contenido. A partir de los mismos ítems del MMPI-2 (no cambia el cuadernillo de ítems ni la hoja de respuesta) y de la misma muestra de tipificación (no cambian los baremos) se realiza una mejora en la explotación de la información y en las escalas y subescalas que se proporcionan. Estos cambios a nivel de las escalas han permitido la presentación de un nuevo perfil de resultados mucho más claro y organizado para el profesional y la inclusión de pautas de interpretación más precisas para cada una de las escalas y subescalas que lo componen. También se ha elaborado un único sistema de corrección informatizado y on-line que está destinado a facilitar y reducir los errores en la compleja y laboriosa corrección y obtención de puntuaciones directas (PD) y puntuaciones típicas (PT) de las más de 110 escalas que componen el MMPI-2.

A continuación, **se enumeran sucintamente los cambios introducidos en esta cuarta edición** (el lector interesado puede consultar en el apartado 1.3 de este manual una descripción más detallada de las nuevas escalas añadidas):

- **Inclusión de nuevas escalas de validez.** Al conjunto de escalas originales de validez del MMPI-2 (? , VRIN, TRIN, F, Fb, K y L) se han añadido otro conjunto de escalas que han acumulado un suficiente cuerpo empírico y evidencias para garantizar su inclusión dentro del conjunto de escalas de validez del MMPI-2 y enriquecer la evaluación de los posibles sesgos de respuesta (ya sean de exageración o disimulación de síntomas). Estas escalas son Psicopatología infrecuente (Fp), Validez de los síntomas (FBS), Sesgo de respuesta (RBS) y Autopresentación superlativa (S).

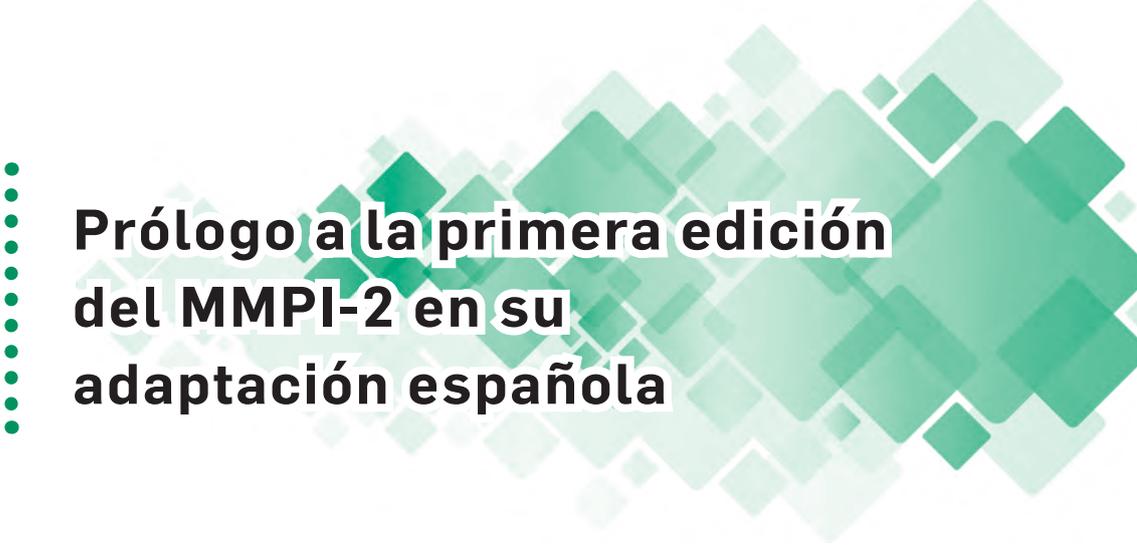
- ❑ *Inclusión de subescalas de contenido.* A las escalas de contenido existentes se les han añadido subescalas con el objetivo de ayudar a clarificar y especificar el significado de las puntuaciones altas. Para ello las subescalas tratan dominios más acotados y precisos que permiten caracterizar mejor el aspecto evaluado. Así, por ejemplo, dentro de la escala de contenido FRS (Miedos) se encuadran las subescalas FRS₁ (Miedo generalizado) y FRS₂ (Miedos múltiples). Replican la filosofía de las subescalas Harris-Lingoes para las escalas de contenido.
- ❑ *Inclusión de las escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5).* Estas escalas fueron creadas por Harkness, McNulty y Ben-Porath (1995) como medidas de un modelo de personalidad desarrollado por Harkness y McNulty (1994) que valoraba estos cinco constructos en comparación con otros modelos de personalidad de cinco factores. Desde su aparición, se ha ido acumulando un considerable número de investigaciones que han mostrado que las escalas PSY-5 proporcionan a los profesionales una importante conexión con un modelo de personalidad bien definido e investigado. Son particularmente útiles como indicadores del grado de presencia de sintomatología de trastornos de la personalidad.
- ❑ *Nueva escala suplementaria: Hostilidad (Ho).* Se ha incluido la escala suplementaria Hostilidad (Ho), desarrollada originalmente para el MMPI (Cook y Medley, 1954), y sobre la que ha habido un renovado interés por la relación entre la hostilidad y los problemas de salud principalmente cardíacos (v.g., Han, Weed, Calhoun y Butcher, 1995).
- ❑ *Inclusión de ítems críticos.* Se han incluido los listados de ítems críticos de Koss-Butcher y de Lachar-Wrobel en esta cuarta edición. El sistema de corrección informático analiza automáticamente la presencia de respuestas a estos ítems críticos y si hay un número suficiente de ítems críticos marcados en una determinada categoría de Koss-Butcher o de Lachar-Wrobel lo indica en la última página del perfil de resultados señalando los ítems críticos marcados por la persona evaluada para que puedan ser tenidos en cuenta por el profesional.
- ❑ *Eliminación de la escala de trastorno de estrés postraumático de Schlenger (PS).* Ha sido eliminada esta escala suplementaria por su redundancia con la escala de Trastorno de estrés postraumático de Keane (PK) desarrollada originalmente en el MMPI por Keane, Malloy y Fairank (1984).
- ❑ *Cambio de nombre de algunas escalas y subescalas.* Varias escalas han sido renombradas con el objetivo de facilitar su interpretación y comprensión de los aspectos evaluados. En las escalas de validez se han renombrado las escalas ? (anteriormente denominada *Interrogantes* y ahora llamada *Omisiones*), F (anteriormente denominada *Incoherencia* y ahora llamada *Infrecuencia*) y L (anteriormente denominada *Mentira* y ahora llamada *Virtudes inusuales*). En las subescalas clínicas se ha renombrado la subescala D5 (anteriormente denominada *Rumiación* y ahora llamada *Rumiación negativa*). En las escalas de contenido se han renombrado las escalas ANG (anteriormente denominada *Hostilidad* y ahora llamada *Ira*), CYN (anteriormente denominada *Cinismo* y ahora llamada *Desconfianza*), LSE (anteriormente denominada *Baja autoestima* y ahora llamada *Problemas de autoestima*) y SOD (anteriormente denominada *Malestar social* y ahora llamada *Incomodidad social*).
- ❑ *Reorganización del perfil de resultados.* El perfil de resultados del MMPI-2 ha sido profundamente transformado para facilitar su interpretación y presentar las escalas en el orden óptimo de análisis y valoración. Para ello se han agrupado al inicio todas las escalas de validez, presentando posteriormente en orden las escalas y subescalas clínicas, las escalas y subescalas de contenido, las escalas suplementarias y las escalas de los cinco de personalidad psicopa-

tológica. Las escalas y subescalas aparecen claramente separadas y etiquetadas. Los códigos de colores del perfil se han definido para coincidir con las pautas interpretativas indicadas en el manual facilitando la interpretación visual de las elevaciones halladas. Además, las escalas suplementarias han sido reordenadas para facilitar su interpretación organizándolas en bloques: las escalas A, R, Es, Do y Re como escalas de características generales de la personalidad dentro del rango más normal; las escalas Mt, PK y MDS como indicadores de malestar emocional generalizado con un énfasis clínico; las escalas Ho, O-H, MAC-R, AAS y APS como indicadoras de descontrol conductual y las tres últimas específicamente vinculadas a abuso de sustancias; finalmente el último bloque de GM y GF relativas a los roles de género.

- ❑ *Nuevo manual revisado.* El manual del MMPI-2 ha sido revisado para incluir información adicional sobre el proceso de construcción y desarrollo del MMPI-2 así como las pautas interpretativas de las escalas y subescalas del MMPI-2 establecidas por Butcher *et al.* (2001).
- ❑ *Sistema de corrección informático y on-line.* Se establece como único sistema de corrección del MMPI-2 una plataforma informática *online* que permite reducir el número de errores y agilizar el laborioso y complejo proceso de corrección de las más de 110 escalas del MMPI-2. La corrección facilita la obtención de sus puntuaciones directas (PD) y típicas (PT) y su representación en un perfil gráfico de resultados, así como la información automática de los ítems críticos marcados por la persona evaluada.

Esperamos que este conjunto de cambios y mejoras puedan contribuir a dar un mejor apoyo a la labor del profesional.

Pablo Santamaria
Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones



Prólogo a la primera edición del MMPI-2 en su adaptación española

Desde la publicación de los primeros trabajos sobre el MMPI-2 ha existido un interés creciente sobre las novedades que la renovación del MMPI original supone. España nunca ha sido un territorio tan prometedor para el MMPI como lo ha sido Estados Unidos, debido en gran medida a las deficiencias que presentó la versión castellana de la primera edición del cuestionario, los problemas que presentaron en el pasado los baremos - que no pudieron ser corregidos oficialmente al no autorizarlo la Universidad de Minnesota, y a pesar de los esfuerzos de TEA al respecto- junto con la crisis que atravesó la cultura de la evaluación conducida bajo criterios psicométricos, crisis que duró durante los setenta y parte de los ochenta. Con todo, el MMPI ha sido, junto al 16PF, el Rorschach y el TAT, uno de los instrumentos más utilizados, válidos y fiables en la evaluación de la personalidad con objetivos clínicos.

Tras el espejismo que supuso durante dos décadas el neto reduccionismo a una evaluación conductual excesivamente estrecha, la evaluación psicológica de corte psicométrico se ha abierto de nuevo camino, y muy especialmente como respuesta a las necesidades que la clínica demanda: más y mejor evaluación sobre bases sistemáticas y objetivas. Ciertamente el MMPI-2 no ha resuelto todas las controversias heredadas de su antecesor, principalmente sobre la carencia de modelo teórico, pero el refinamiento psicométrico logrado es indudable, convirtiéndose así en un instrumento a tener en cuenta para una amplia variedad de usos de investigación y profesionales.

El equipo de investigadores que ha asumido, por encargo de la Universidad de Minnesota, la tarea de realizar la versión en lengua española del MMPI-2 tiene la esperanza de que este instrumento de evaluación (y su hermano gemelo el MMPI-A para adolescentes) contribuya a clarificar y mejorar el panorama de la evaluación clínica de base psicométrica en España. El impulso e interés que nos ha transmitido James N. Butcher y las experiencias intercambiadas con los investigadores que llevan a cabo las numerosas versiones internacionales del MMPI-2 y MMPI-A han sido la base para nuestra tarea. Desde ahí, y con el apoyo inestimable de la propia Universidad de Minnesota, hemos culminado un trabajo que nos enorgullece.

Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez Gómez
Universidad de Salamanca, España



Ficha técnica

Nombre: MMPI®-2, *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*®-2

Nombre original: MMPI®-2. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*®-2.

Autores: James N. Butcher, John R. Graham, Yossef S. Ben-Porath, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom y Beverly Kaemmer.

Procedencia: *University of Minnesota Press*, 2001.

Adaptación española: Alejandro Ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez, 1999, 2002, 2019.

Aplicación: individual o colectiva.

Ámbito de aplicación: adultos.

Duración: variable, de 60 a 90 minutos.

Finalidad: evaluación de la personalidad normal y patológica mediante distintos grupos de escalas: escalas de validez, escalas clínicas y subescalas clínicas de Harris-Lingoes, escalas de contenido y subescalas de contenido, escalas suplementarias y escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5).

Baremación: baremos en puntuaciones T de población general diferenciados por sexo.

Materiales: manual, cuadernillo, hoja de respuesta y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

1

Descripción general

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*[®] (MMPI[®]-2) es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un amplio número de patrones de personalidad y de trastornos psicológicos en población adulta. Su aplicación puede realizarse de forma individual o grupal y requiere por parte de la persona evaluada un nivel de comprensión lectora equivalente a 6º de primaria, así como implicación y cooperación para responder a la prueba completa. El test incluye dentro de su perfil de resultados indicadores de validez para detectar aquellos casos en que la persona ha respondido inadecuadamente, ya sea por problemas de comprensión o por falta de implicación o concentración al dar sus respuestas. En el **capítulo 2 de normas de aplicación y corrección** de este manual el profesional puede consultar aquellas **pautas necesarias para realizar una adecuada aplicación de la prueba**.

Tras su aplicación, la corrección del test permite obtener puntuaciones en distintas escalas clínicas, de contenido y suplementarias; y perfiles de resultados a partir de baremos de población general. Los resultados de años de investigación acerca de las escalas del MMPI y de sus patrones de interrelación están disponibles para guiar la interpretación de las puntuaciones del MMPI-2. La literatura sobre las investigaciones del MMPI proporciona abundantes datos sobre el modo en que el MMPI-2 puede ser aplicado en numerosos campos de evaluación. En el **capítulo 3 de normas de interpretación** el lector interesado podrá encontrar ciertas **pautas interpretativas de cada una de las escalas y perfiles de la prueba**. En los capítulos 5 y 6 se encuentran sus características técnicas fundamentales, incluyendo su proceso de adaptación a lengua española.

A continuación, se describirán brevemente algunos antecedentes históricos sobre el proceso original de construcción del MMPI así como su posterior desarrollo al MMPI-2 y los cambios introducidos en sus ediciones más recientes. En los últimos apartados de este capítulo se describirán los ámbitos de aplicación y los materiales que componen el MMPI-2.

1.1. Proceso de construcción y desarrollo del MMPI original

El MMPI fue desarrollado originalmente en las décadas de 1930 y 1940 por Starke Hathaway, psicólogo clínico de los hospitales de la Universidad de Minnesota, y J. Charnley McKinley, jefe del Departamento de Psiquiatría y Neurología de la misma universidad, con el objetivo de mejorar la precisión de los diagnósticos de pacientes que recibían tratamiento en el hospital. En 1940 publicaron su primer artículo sobre el MMPI (Hathaway y McKinley, 1940) donde resumieron los principales pasos que habían seguido para escribir y editar el test que en aquel momento denominaron inicialmente *Minnesota Personality Schedule*. Varios años antes, los autores habían ido

extrayendo ideas para los potenciales ítems a partir de muy diversas fuentes, incluidos numerosos textos sobre entrevista psiquiátrica y diagnóstico diferencial, actitudes sociales y emocionales y procesos de personalidad. Cada ítem fue escrito en forma de declaración de alguna experiencia personal, creencia, actitud o interés.

Los autores desarrollaron un conjunto de más de 1000 ítems potenciales, pero tras una primera depuración de aquellos redundantes o con problemas de redacción, redujeron el conjunto de ítems a 504. Cada frase fue redactada gramaticalmente para evitar la impresión de un examen formal o un interrogatorio. Posteriormente, muchas de esas frases, referidas a contratiempos, molestias e incluso experiencias raras, fueron redactadas de forma inversa para contrarrestar el posible sesgo de aquiescencia, o respuesta verdadero sistemática, en las contestaciones de las personas evaluadas.

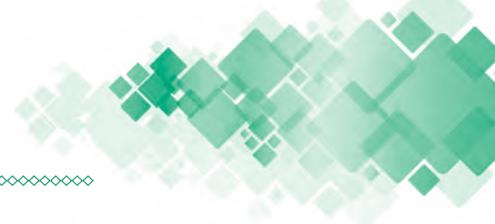
El contenido de los ítems originales reflejaba el rango de trastornos psiquiátricos, médicos y neurológicos en los que los investigadores estaban interesados. Después de un considerable trabajo preliminar con el listado de ítems, Hathaway y McKinley añadieron nuevos ítems para cubrir las características relativas al rol de género y a un estilo defensivo de auto-presentación. Estas adiciones convirtieron el número original de ítems en 550 (algunas versiones originales del MMPI llegaron a incluir 566 ítems por la duplicación de un conjunto de 16 ítems para facilitar la corrección mecanizada disponible en esa época). Tal y como describieron Hathaway y McKinley (1940), su objetivo era “disponer de un amplio conjunto o reservorio de ítems del que pudieran generarse diversas escalas con la esperanza de que cubrieran la mayor variedad posible de descriptores de personalidad vigentes en la actualidad” (p. 249).

La primera escala desarrollada para el MMPI a partir de este conjunto de ítems se basó en un contraste sistemático entre las respuestas dadas al test por un grupo de pacientes neuróticos cuidadosamente seleccionados que manifestaban un trastorno hipocondríaco y las respuestas dadas por un grupo de visitantes del hospital, no-pacientes. Los ítems a los que ambos grupos respondieron de forma diferente, en un grado estadísticamente significativo, fueron identificados y combinados en una escala preliminar de Hipocondría (McKinley y Hathaway, 1940). A continuación, se recogió una muestra adicional de neuróticos hipocondríacos y la escala preliminar tuvo una validación cruzada con estos nuevos casos para demostrar que esta medida proporcionaba una base formal para separar pacientes de no-pacientes.

Se llevaron a cabo estudios de comparación y validación cruzada similares para otros grupos de pacientes neuróticos, de acuerdo con la terminología diagnóstica de la época: histeria de conversión (McKinley y Hathaway, 1944), psicastenia (McKinley y Hathaway, 1942) y reacción depresiva (McKinley y Hathaway, 1942). Se desarrollaron tres escalas más usando pacientes que manifestaban trastornos psicóticos: psicosis maníaco-depresiva, fase maníaca (McKinley y Hathaway, 1944), paranoia y esquizofrenia (Hathaway, 1956). Dos últimas escalas completaron el conjunto básico de escalas clínicas en el MMPI: Desviación psicopática (McKinley y Hathaway, 1944) y Masculinidad-Feminidad (Hathaway, 1956). Posteriormente se añadió al conjunto una décima escala: la de Introversión social, desarrollada en la Universidad de Wisconsin por L. E. Drake (Drake, 1946; Drake y Thiede, 1948). Como veremos después estas mismas escalas, con modificaciones, componen el presente conjunto de escalas clínicas en el perfil del MMPI-2.

Cuando el MMPI fue publicado por primera vez en 1942, Hathaway y McKinley, le proporcionaron al usuario tres indicadores de validez de las respuestas al test dadas por la persona evaluada: el número de ítems del cuestionario que se dejaron sin contestar (puntuación en la escala ?), una medida de fingimiento defensivo (Escala L) y una medida de respuestas extremas o muy infrecuentes (Escala F). Estos indicadores ayudaban al profesional a evaluar en qué grado la información

1. Descripción general



proporcionada por el test resultaba verosímil o, por el contrario, la persona evaluada había respondido inadecuadamente de forma que invalidaba sus respuestas a la prueba. Posteriormente se añadió un cuarto indicador de validez: la escala K (Corrección) (Meehl y Hathaway, 1946; McKinley, Hathaway y Meehl, 1948), para valorar la posibilidad de que la persona hubiera contestado al MMPI con una tendencia sutil, pero persistente, a encubrir sus problemas y dificultades (puntuaciones altas en K) o a exagerarlas (puntuaciones bajas en K). Como se explicará después, además de este rol en el conjunto de indicadores de validez, la puntuación de la escala K puede usarse también para añadir ponderaciones correctivas a cinco de las escalas clínicas del MMPI.

A partir de los datos recogidos en el hospital de la Universidad de Minnesota con muestras de población general (familiares o amigos de personas que acudían al hospital y que se prestaron voluntarios para responder a la prueba mientras les esperaban como manera de ocupar su tiempo) se crearon los baremos originales del MMPI con el que se convertían las puntuaciones directas en puntuaciones típicas T. Estos baremos del test han sido usados en los perfiles estándar del MMPI en Estados Unidos y en muchos otros países (también se desarrollaron baremos especiales para algunas traducciones del MMPI). Además, se desarrollaron conjuntos alternativos de baremos para adolescentes, escolares y personas mayores (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972). En todos los casos se utilizó el conjunto estándar de escalas del MMPI, si bien en el caso de los baremos de adolescentes no se aplicaron las correcciones K. En algunos programas de corrección informática del MMPI se emplearon puntuaciones T normalizadas (v. g. Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983). No obstante, en estos casos los perfiles interpretativos fueron sustancialmente diferentes a los empleados cuando se utilizaban las puntuaciones T lineales desarrolladas originalmente por Hathaway y McKinley (Hsu, 1984).

A partir de 1950, el formato básico del MMPI (aplicación, corrección, puntuaciones...) había quedado ya establecido. Su aceptación creció sin parar en los Estados Unidos y, traducido a otras lenguas, su uso se extendió alrededor del mundo. Su utilización empezó a expandirse a otros nuevos ámbitos distintos de para los que había sido creado (p. ej., selección de personal, admisión en programas académicos, reclutamiento militar) y aparecieron cuestiones relativas a la adecuación u oportunidad de algunos ítems que trataban aspectos sexuales, corporales o religiosos. Si bien estos temas tenían evidente relevancia para las evaluaciones médicas y psiquiátricas para las que el test fue originariamente desarrollado, en otros contextos fueron considerados frecuentemente como innecesariamente intrusivos y censurables (Butcher y Tellegen, 1966; Walker, 1967). Con el paso de los años también comenzaron a surgir ciertas críticas al contenido de algunos ítems del MMPI por la presencia de términos sexistas, expresiones idiomáticas anticuadas u obsoletas y referencias a aspectos culturales o de ocio cada vez más desconocidas o poco familiares. El transcurso del tiempo y los cambios culturales concurrentes también hicieron evidentes las diferencias en los patrones de respuestas de muestras de población general más recientes (Colligan y otros, 1983; Dahlstrom, Lachar y Dahlstrom, 1986), lo que hacía necesaria una nueva tipificación y nuevos baremos.

Las limitaciones de los baremos originales se veían acrecentadas por el hecho de que Hathaway y McKinley habían planificado recoger un número sustancialmente grande de personas para sus muestras de población general (más de 2.500 casos), pero las limitaciones de fondos en el período de depresión económica de la década de 1930 les obligaron a conformarse con menos de un tercio de lo que pretendían (724). Aunque la validación intergrupos fue posible, por los variados grupos de criterio en pacientes, no fue posible una validación intergrupos de no-pacientes. Por tanto, los baremos originales se habían establecido sobre una sola muestra normativa. Un resultado esperable fue que muchas de las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas en las escalas fueron excesivamente bajas. Otro factor significativo que disminuyó las puntuaciones medias de

los baremos de Hathaway y McKinley fue el mayor número de omisiones en las muestras normativas originales. Las muestras originales usadas para establecer los baremos del MMPI resultaron también limitadas por la inadecuada representación de adultos de diferentes regiones, marcos culturales y grupos étnicos y raciales. Aunque la muestra recogida por Hathaway y McKinley fue representativa de la población de Minnesota de la década de 1930 –en términos de edad, nivel educativo y nivel socioeconómico–, fue poco representativa cuando se consideraba a nivel global de Estados Unidos y en décadas posteriores.

El MMPI original no tenía precedente en cuanto a la cantidad y la variedad de estudios que sustentaban su aplicación en un amplio espectro de tareas de evaluación. En la década de 1980 se había convertido ya en la herramienta de uso más extendido en el mundo para la evaluación de la personalidad y de la psicopatología. Sin embargo, la evidencia de sus limitaciones tras varias décadas era constatable y en 1982 la editorial *University of Minnesota Press* inició el proyecto de nueva tipificación, cuya misión era elaborar una versión revisada del MMPI original. El MMPI-2 se publicaría originalmente en Estados Unidos en 1989 pero el MMPI original no dejaría de utilizarse hasta 1999.

1.2. Proceso de construcción y desarrollo del MMPI-2

La necesidad de actualizar el MMPI era un hecho reconocido y expresado ya antes de que el proyecto de creación de un MMPI-2 se pusiera en marcha (véase Butcher, 1972). Existía un claro consenso en que el primer requisito y el más urgente era obtener nuevos baremos, ya que, tal y como se ha señalado en el apartado anterior, la muestra de tipificación del MMPI original databa de la década de 1930 y estaba compuesta casi exclusivamente por individuos caucásicos nacidos en Minnesota y pertenecientes a la clase obrera rural con una media de ocho años de educación. La muestra, aunque adecuada en la fecha de publicación del MMPI original, dejó de ser válida en el momento en que el MMPI empezó a aplicarse en contextos muy diversos de Estados Unidos y de todo el mundo.

El segundo objetivo de la revisión y creación del MMPI-2 fue actualizar los ítems de la prueba. Se eliminaron los ítems que no puntuaban en ninguna de las escalas de uso más extendido y aquellos ítems que se consideraban ofensivos porque, o bien hacían referencia a creencias religiosas o a la orientación sexual, o bien incluían lenguaje sexista o comentarios sobre el funcionamiento del intestino o la vejiga. También se modificaron aquellos ítems cuyo lenguaje estaba desfasado o contenía referencias culturales obsoletas. Adicionalmente se incluyeron nuevos ítems con el objetivo de proporcionar una mejor cobertura de temas y áreas de interés que no habían recibido una atención adecuada en el originario conjunto de ítems (Schofield, 1966), sirviendo como fuentes de medidas complementarias en las áreas de relaciones familiares, ideaciones suicidas, trastornos alimentarios, consumo de sustancias, actitud hacia el tratamiento o problemas laborales. Por lo tanto, se buscó un equilibrio entre la eliminación o modificación de aquellos ítems más problemáticos del MMPI original y la inclusión de nuevos ítems que permitieran cubrir áreas clínicas más relevantes en la actualidad.

La muestra de tipificación del MMPI-2 se recogió en varias zonas de Estados Unidos atendiendo en la medida de lo posible al censo de población con el fin de producir una muestra general adecuada. Más de 2.900 individuos participaron en la batería de pruebas compuesta por una versión experimental del cuadernillo, el MMPI-AX (MMPI Adultos experimental) formado por los 550 ítems de la prueba original (82 de ellos revisados por la razones señaladas previamente) más

1. Descripción general



154 ítems nuevos que se añadieron; un cuestionario de información biográfica que aportaba gran cantidad de datos demográficos, y un cuestionario de sucesos de vida consistente en un inventario de experiencias estresantes recientes. De la muestra de individuos evaluados, los protocolos de 2.600 casos (1.462 mujeres y 1.138 varones) fueron válidos y completos y formaron la muestra de tipificación.

Aproximadamente 1.680 personas participaron con sus cónyuges o parejas y completaron dos cuestionarios adicionales, una versión modificada de la Escala de Ajuste de Katz y Lyerly (1963) y la Escala de Ajuste Diádico de Spanier (1976, 2017). Se hizo un especial esfuerzo por reclutar parejas que hubieran convivido como mínimo un año. Esto permitió obtener diversas evaluaciones de personalidad y conducta de la muestra a partir de personas que probablemente conocían bien a las personas evaluadas (sus cónyuges o parejas). En el proceso de desarrollo y validación de distintas escalas del MMPI-2 también se dispuso de muy diversas muestras clínicas y no clínicas, como por ejemplo de pacientes psiquiátricos hospitalizados (Graham y Butcher, 1988), personas en programas de rehabilitación por abuso de sustancias (McKenna y Butcher, 1987), pacientes en unidades clínicas de dolor (Keller y Butcher, 1991), estudiantes universitarios (Butcher, Graham, Dahlstrom y Bowman, 1990), militares (Butcher *et al.*, 1990), madres en riesgo de abuso infantil (Egeland, Erickson, Butcher y Ben-Porath, 1991) y participantes del estudio *Boston Normative Aging Study* (Butcher *et al.*, 1991). En su conjunto, más de 10.000 personas fueron evaluadas dentro del proyecto de construcción y desarrollo del MMPI-2.

Tras el proceso de análisis de los resultados obtenidos, se procedió a la eliminación de aquellos ítems con un comportamiento menos satisfactorio y a la selección de los que permitían una evaluación óptima de las distintas escalas de la prueba. De los 704 ítems incluidos en el cuadernillo experimental MMPI-AX, 567 fueron seleccionados para su inclusión en la versión definitiva del MMPI-2. También se desarrollaron un conjunto de nuevas escalas incluyendo nuevas escalas de validez, de contenido y suplementarias que se describirán en siguientes subapartados.

En síntesis, el proceso de construcción y desarrollo del MMPI-2 supuso:

- ❑ la obtención de baremos procedentes de muestras de población general más representativas.
- ❑ la eliminación y modificación de aquellos ítems problemáticos del MMPI y la inclusión de nuevos ítems que cubrían áreas clínicas relevantes para la práctica actual.
- ❑ la inclusión de nuevas escalas de validez:
 - una nueva escala, Fb, diseñada para identificar respuestas infrecuentes en los últimos ítems del MMPI-2,
 - dos nuevas escalas de inconsistencia, VRIN y TRIN, para ayudar en la identificación de protocolos con patrones de respuestas fijas o aleatorias, que fueron diseñadas de acuerdo con una serie de indicadores similares ideados por Tellegen (1982, 1988).
- ❑ la inclusión de nuevas escalas de contenido que sustituyeron a las escalas de contenido del MMPI original (Wiggins, 1966) y que ofrecen una evaluación más precisa de algunos de los mismos atributos que atienden las escalas clínicas (tales como la ansiedad, la depresión o el pensamiento estafalarario) y la evaluación de algunas áreas no atendidas directamente por las escalas clínicas (tales como los miedos, la ira o los problemas familiares).
- ❑ el desarrollo de nuevas escalas suplementarias.

A continuación, se describen brevemente cada una de las nuevas escalas incorporadas al MMPI-2. El lector interesado podrá consultar más información sobre cada una de estas escalas en el capítulo de normas de interpretación de este manual.

Nuevas escalas de validez del MMPI-2

Tres nuevas escalas de validez fueron incluidas en el MMPI-2 desde su publicación: F posterior (F_b), Inconsistencia de las respuestas variables (VRIN) e Inconsistencia de las respuestas verdadero (TRIN).

- **F posterior (F_b):** Esta escala está compuesta por ítems que son respondidos de forma muy infrecuente y que están ubicados en la parte final del cuestionario (últimos 290 ítems de la prueba). Esta escala fue incluida como complemento a la escala F que adolecía de tener a todos sus ítems ubicados exclusivamente en la primera parte del cuadernillo (dentro de los primeros 370 ítems de la prueba). Así, ambas escalas permitían observar un patrón infrecuente de respuesta ya fuera en la primera parte del cuadernillo (escala F) o en la segunda parte (escala F_b). La colocación de todos los ítems de F dentro de los primeros 370 ítems respondía a una cuestión de diseño del MMPI-2 que ubicaba los ítems de las 13 escalas básicas del MMPI (tres escalas de validez y diez escalas clínicas) en la primera parte del cuestionario con el objetivo de permitir obtener un perfil básico de resultados en aquellas personas que no pudieran responder el cuestionario en su integridad y que solo pudieran completar los primeros 370 ítems de los 567 que constituyen el MMPI-2 (versión abreviada del MMPI-2; el lector interesado puede leer el capítulo 4 de este manual para más información).
- **Inconsistencia de las respuestas variables (VRIN) e Inconsistencia de las respuestas verdadero (TRIN):** Estas escalas fueron desarrolladas con el objetivo de ayudar en la identificación de protocolos con patrones de respuestas fijas o aleatorias y fueron creadas de acuerdo con una serie de indicadores similares ideados por Tellegen (1982, 1988). La escala VRIN se diseñó para detectar patrones aleatorios de respuestas a partir de comparar la respuesta dada por la persona evaluada a pares de ítems colocados en diferentes partes del cuestionario, pero con contenido muy similar. Puntuaciones altas alertan de inconsistencia en sus respuestas. La escala TRIN fue diseñada para detectar patrones de respuesta fija (ya fuera marcando de forma indiscriminada la respuesta verdadero o la respuesta falso) comparando para ello pares de ítems opuestos en su significado pero que hubieran sido respondidos con la misma opción de respuesta por la persona evaluada.

Nuevas escalas de contenido del MMPI-2

En contraposición a las escalas clínicas del MMPI, desarrolladas empíricamente a partir del contraste o diferencia entre grupos clínicos y muestras de población general, a partir de la década de los 1950 emergió la creación de escalas de contenido del MMPI creadas a partir de la selección de ítems por parte de expertos que reflejaran contenidos similares o representativos de un mismo constructo y que pudieran ser informativos junto con la interpretación del código tipo de las escalas clínicas.

Con este objetivo, se desarrollaron un total de 15 escalas de contenido para el MMPI-2 por parte de Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1990) a partir de la combinación de una secuencia de análisis teórico-conceptuales y empíricos, en la línea de los procedimientos originalmente empleados por Wiggins (1966) para la construcción de las escalas de contenido del MMPI original.

1. Descripción general

Para ello, en un primer paso, un conjunto de jueces asignó por consenso los ítems a distintas escalas potenciales de contenido a partir del análisis conceptual de su significado. A continuación, se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos para eliminar aquellos ítems que no contribuían a la consistencia interna de la escala e identificar aquellos otros ítems potenciales que pudieran ser candidatos para su inclusión y que no habían sido tenidos en cuenta en el primer momento. Para la inclusión de estos ítems se requería consenso entre los jueces en cuanto a su relación conceptual con la escala de contenido donde iba a ser integrado. Finalmente, se realizaban diversos análisis con el objetivo de detectar los ítems que podían contribuir a una excesiva intercorrelación entre diversas escalas de contenido y que, por lo tanto, afectan a su validez discriminante. Cabe señalar que casi todas estas escalas incluían ítems nuevos añadidos en el proceso de construcción del MMPI-2 y que algunas escalas (como por ejemplo la escala Indicadores negativos del tratamiento) estaban compuestas exclusivamente de ítems nuevos creados para el MMPI-2.

Nuevas escalas suplementarias del MMPI-2

Seis nuevas escalas suplementarias fueron añadidas: Rol de género masculino (GM), Rol de género femenino (GF), Trastorno de estrés postraumático de Schlenger (PK), Malestar matrimonial (MDS), Potencial de adicción (APS) y Reconocimiento de adicción (AAS). Estas dos últimas escalas (APS y AAS) se incluyeron porque habían mostrado validez incremental sobre la escala suplementaria previamente existente en el MMPI para evaluar abuso de sustancias, la escala revisada de alcoholismo de MacAndrew. En particular, la evidencia respaldaba la utilidad de AAS en la predicción de abuso de sustancias, habiendo resultados algo más equívocos en relación con APS (Weed, Butcher, McKenna y Ben-Porath, 1992).

1.3. Proceso de desarrollo de la cuarta edición de la adaptación a lengua española del MMPI-2

Tras la publicación original del MMPI-2 en Estados Unidos en 1989 y en lengua española en 1999, han sido múltiples las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la prueba y sobre sus escalas, proponiendo nuevas escalas y sugiriendo la eliminación o modificación de otras. Estas investigaciones motivaron la realización de una nueva edición revisada del MMPI-2 en Estados Unidos (Butcher *et al.*, 2001) que incluía nuevas escalas, eliminaba otras e introducía diversos cambios en sus pautas de interpretación. La cuarta edición de la adaptación a lengua española del MMPI-2 introduce todos esos cambios destinados a mejorar el uso de la herramienta y enriquecer su interpretación. En el prólogo a la cuarta edición incluido al inicio de este manual se enumeraban los distintos cambios introducidos. A continuación, se entra a describir más a fondo los cambios referidos a las nuevas escalas introducidas y a las escalas eliminadas.

Nuevas escalas de validez: Fp, FBS, RBS y S

Una de las áreas que más investigación ha atraído del MMPI-2 es el análisis y desarrollo de nuevas escalas de validez. Al conjunto de escalas originales del MMPI-2 (?, VRIN, TRIN, F, Fb, K y L) se han añadido otro conjunto de escalas que han acumulado un suficiente cuerpo empírico y evidencias de validez para garantizar su inclusión dentro del conjunto de escalas de validez del MMPI-2. Estas escalas son Psicopatología infrecuente (Fp), Validez de los síntomas (FBS), Sesgo de respuesta (RBS) y Autopresentación superlativa (S).

Adicionalmente, se ha reorganizado completamente todo el perfil de resultados del MMPI-2 y de sus escalas de validez para presentar dichas escalas en el orden óptimo de análisis y valoración (al principio del perfil y organizadas según el área de validez que cubren). También se ha establecido un marco de interpretación de este conjunto de escalas. El lector interesado en conocer más sobre cada una de estas escalas podrá encontrar toda la información en el capítulo de normas de interpretación de este manual.

Nuevas subescalas de contenido

Con el fin de replicar el mismo enfoque que suponían las subescalas Harris-Lingoes para las escalas clínicas del MMPI-2, Ben-Porath y Sherwood (1993) desarrollaron un conjunto de subescalas para cada una de las escalas de contenido. A partir de una serie de análisis de ítems y de componentes principales de cada una de las escalas de contenido por separado se identificaron un total de veintiocho subescalas para doce de las quince escalas de contenido, estando la mayoría de las escalas compuestas por dos subescalas.

Los estudios disponibles sobre las subescalas de contenido han mostrado suficiente validez discriminante para proporcionar una imagen más precisa y refinada de la persona evaluada y clarificar el significado de las puntuaciones altas en las escalas de contenido (v.g., Ben-Porath y Sherwood, 1993; Clark, 1996).

Nuevas escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5)

Estas escalas fueron creadas por Harkness, McNulty y Ben-Porath (1995) como medidas de un modelo de personalidad desarrollado por Harkness y McNulty (1994) que valoraba estos cinco constructos en comparación con otros modelos de personalidad de cinco factores. Estos autores indicaban que el origen de las escalas PSY-5 estuvo en la investigación de Harkness (1992) de los criterios del DSM para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. A diferencia de otros modelos de cinco factores que había sido explorados a posteriori como modelos de sintomatologías de trastornos de la personalidad, los constructos del modelo PSY-5 partían de los criterios clínicos para el diagnóstico de los trastornos de personalidad.

Desde su aparición, se ha ido acumulando un considerable número de investigaciones que han mostrado que las escalas PSY-5 proporcionan a los profesionales una importante conexión a un modelo de personalidad bien definido e investigado. Son particularmente útiles como indicadores del grado de presencia de sintomatología de trastornos de la personalidad. En el capítulo de normas de interpretación se incluye más información descriptiva de estas escalas y de su significado práctico en la evaluación.

Nueva escala suplementaria: Hostilidad (Ho)

Se incluye la escala suplementaria Hostilidad (Ho), desarrollada originalmente para el MMPI (Cook y Medley, 1954), y sobre la que ha habido un renovado interés por la relación entre la hostilidad y los problemas de salud principalmente cardiacos (v.g., Han, Weed, Calhoun y Butcher, 1995).

Eliminación de las subescalas obvio-sutil de Wiener y Harmon y de la escala de trastorno de estrés postraumático de Schlenger (PS)

Las subescalas obvio-sutil de Wiener y Harmon (1946) fueron incluidas en la primera edición americana del MMPI-2 y mencionadas en sus sucesivas adaptaciones españolas. No obstante, las investigaciones realizadas con estas subescalas han mostrado un frágil sustento a su uso, disponiendo de escasas evidencias de validez de las escalas sutiles (v.g., Timbrook, Graham, Keiller y Watts, 1993; Weed, Ben-Porath y Butcher, 1990). Esto ha hecho que se haya desaconsejado su uso y se haya eliminado su mención dentro del manual del MMPI-2.

También ha sido eliminada la escala suplementaria de trastorno de estrés postraumático de Schlenger (PS) por su redundancia con la escala original de Trastorno de estrés postraumático de Keane (PK) desarrollada originalmente en el MMPI por Keane, Malloy y Fairbank (1984), escala que sí permanece dentro de las escalas suplementarias.

1.4. Ámbitos de aplicación

El MMPI-2 es un instrumento de amplio espectro pensado para ser utilizado en diversos contextos. Sus escalas empíricamente validadas proporcionan información sobre los síntomas clínicos de los individuos evaluados, su personalidad, sus tendencias conductuales, sus mecanismos interpersonales o sus intereses, así como también sobre aquellos aspectos que pueden amenazar la validez del protocolo.

Las encuestas entre profesionales indican que el MMPI-2 es una de las medidas de personalidad más empleada por los psicólogos clínicos y los neuropsicólogos (Camara, Nathan y Puente, 2000), siendo parte habitual del proceso de evaluación forense de adultos (Archer, Buffington-Vollum, Stredney y Handel, 2006), y más concretamente, de la evaluación forense de casos criminales (Borum y Grisso, 1995), de casos de custodia infantil (Ackerman y Ackerman, 1997), de pleitos por daños personales (Lees-Haley, Smith, Williams y Dunn, 1996) y de litigios por daños emocionales (Boccaccini y Brodsky, 1999). El MMPI-2 es también la prueba de evaluación psicológica de uso más generalizado en contextos correccionales (Gallagher, Somwaru y Ben-Porath, 1999) y en procesos de selección de futuros miembros de las fuerzas de seguridad (Cochrane, Tett y Vandecreek, 2003). De hecho, es frecuentemente empleada en los procesos de selección laboral de muchos otros puestos de alto riesgo relacionados con la seguridad pública (por ejemplo, operarios de plantas de energía nuclear) y en el ámbito militar. Un estudio realizado por Arbisi y Seime (2006) revela que el MMPI-2 se aplica también asiduamente en un amplio rango de contextos médicos (tales como pacientes con dolor crónico y candidatos a trasplantes de órganos y a cirugía bariátrica) y en la planificación del tratamiento de muchas intervenciones conductuales.

1.5. Materiales

Los materiales que componen esta obra son los siguientes:

- ❑ **Manual.** En él aparecen las instrucciones de aplicación, corrección e interpretación de las puntuaciones que se deberán seguir para un correcto uso del MMPI-2.
- ❑ **Cuadernillo.** Contiene las instrucciones de aplicación para la persona evaluada y los 567 ítems de la prueba. Las escalas básicas (escalas L, F y K y escalas clínicas y subescalas clínicas de Harris-Lingoes) se evalúan con los primeros 370 ítems (y permitiría obtener

la versión abreviada del MMPI-2 que se describe en el capítulo 4 de este manual), pero es conveniente que la persona evaluada complete todos los ítems del test para que se puedan obtener puntuaciones en las demás escalas. El cuadernillo del MMPI-2 es un material no fungible, esto es, reutilizable de aplicación a aplicación. Las personas evaluadas deberán anotar todas sus contestaciones a la prueba en la hoja de respuestas, sin anotar nada en el cuadernillo.

- ❑ **Hoja de respuestas.** En la hoja de respuestas se deberán anotar todas las contestaciones a la prueba, así como los datos identificativos requeridos. Una vez finalizada la evaluación, el profesional deberá revisar que se hayan rellenado correctamente todos los campos identificativos, que se hayan anotado adecuadamente las contestaciones a los ítems y que no haya elementos omitidos o, en su defecto, que el número sea lo menor posible, dado su efecto en la corrección e interpretación de la prueba. En aquellos casos que lo estime oportuno, el profesional podrá instar al examinando a dar una respuesta a los elementos omitidos.
- ❑ **Clave de acceso (PIN) para la corrección.** Esta hoja contiene el código de acceso necesario para realizar la corrección del MMPI-2 en la plataforma TEAcorrige (www.TEAcorrige.com). Contiene también unas breves instrucciones sobre el uso de este sistema de corrección.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



3

Normas de interpretación

En este capítulo se proporciona una breve guía para la interpretación de las puntuaciones y perfiles de resultados obtenidos en el MMPI-2. No obstante, se recomienda enfáticamente al lector interesado en el uso y dominio del MMPI-2 la consulta adicional de diversas guías interpretativas disponibles sobre la prueba tanto en español como en inglés para una más sólida base. Adicionalmente, el profesional que trabaje con poblaciones especiales puede también considerar oportuno consultar la amplia literatura científica disponible sobre el MMPI-2 para obtener información más específica al uso e interpretación del instrumento en contextos o finalidades más delimitadas.

La información contenida en este capítulo se agrupa en torno a los distintos tipos de escalas contenidos dentro del MMPI-2: escalas de validez, escalas clínicas y subescalas, escalas de contenido y subescalas, escalas suplementarias y cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5). De cada una de las escalas se presenta cuál fue su proceso de construcción y desarrollo, cuál es la lógica que subyace a dicha escala y cómo fue validada y qué hipótesis interpretativas se pueden inferir de la presencia de puntuaciones altas. En el caso de las escalas de validez, clínicas y suplementarias, el énfasis durante su construcción y desarrollo fue en su validación externa; en el caso de las escalas de contenido recayó primariamente en su validez de contenido. Finalmente, también se comentan los ítems críticos considerados en el MMPI-2 y que son informados de forma automática en el sistema de corrección.

Para una correcta interpretación de un perfil de puntuaciones en el MMPI-2 se recomienda seguir la siguiente secuencia de pasos:

1. Determinar la validez de los resultados obtenidos. Para ello se debe tener en cuenta tanto los resultados obtenidos en las escalas de validez de la prueba como cualquier otra información disponible sobre la persona evaluada, sobre la aplicación y sobre el contexto de evaluación.

2. Analizar las puntuaciones en las escalas clínicas para generar posibles descriptores relacionados con la personalidad y el estado emocional de la persona evaluada. En las tablas del apartado 3.2 se incluyen algunos posibles descriptores referidos a las elevaciones en distintas escalas clínicas. No obstante, se recomienda al profesional la consulta de diversas guías interpretativas del MMPI-2 para una información más comprehensiva de los correlatos y descriptores asociados a cada escala clínica.

3. Analizar las puntuaciones en las subescalas clínicas. Para cada una de las escalas clínicas con puntuaciones altas, se debe establecer qué componente de dicha escala clínica, esto es qué subescala clínica, es la que está motivando primariamente dicha elevación y anotar el tipo de cuestiones, preocupaciones y síntomas asociados a dicha subescala o componente.

4. Establecer el código tipo del perfil de resultados (resultado de combinar las escalas clínicas más elevadas) y buscar correlatos habituales de dicho código y posibles hipótesis diagnósticas e interpretativas en las diversas guías interpretativas publicadas sobre el MMPI-2.

5. Analizar las puntuaciones en las escalas de contenido, las subescalas de contenido, las escalas suplementarias y los cinco de personalidad psicopatológica para elaborar las hipótesis interpretativas previamente generadas en los pasos anteriores y formular un resumen coherente de los síntomas, problemas y características de personalidad con las advertencias y precauciones lógicas derivadas de sus resultados en las escalas de validez y del resto de información disponible sobre la persona evaluada.

6. Tomar nota de cualquier **ítem crítico significativo** que haya sido marcado por la persona evaluada y que pueda apuntar a problemas específicos que atender o a sintomatología o preocupaciones previamente no mencionadas.

3.1. Escalas de validez: determinar la validez del protocolo

Los distintos indicadores de validez incluidos dentro del perfil de resultados del MMPI-2 pueden utilizarse individualmente o en combinación para determinar la validez del protocolo. Son diversos los motivos por los que los resultados de un protocolo del MMPI-2 pueden verse comprometidos, ya fuera porque la persona deja sin responder un número excesivo de ítems de la prueba, porque ha contestado de forma aleatoria y descuidada, sin prestar atención al contenido de los ítems, o porque esté distorsionando la presentación que realiza de sí misma (presentándose de forma excesivamente positiva o negativa). Además, estas distintas fuentes de amenazas a la validez de un protocolo no son mutuamente excluyentes, sino que pueden combinarse entre sí. Los distintos indicadores de validez incluidos en el MMPI-2 han sido creados para servir de apoyo en la labor de identificación de estas fuentes de invalidez y en la determinación del grado de impacto y afectación en los resultados del test.

En particular, ciertos indicadores de validez del MMPI-2 han sido creados desde su diseño original para ser sensibles a la presencia de distintos estilos de respuestas o de presentación. Por lo tanto, es lógico esperar que las puntuaciones en estas escalas puedan variar según el contexto de evaluación y el estilo de respuesta predominante en el mismo. Así, por ejemplo, en un contexto de selección de personal, en el que cual existen claros incentivos a presentarse de forma más positiva, es normal que se presenten elevaciones en las escalas de validez asociadas a defensividad o impresión positiva (escalas L, K y S). Por lo tanto, mientras que una puntuación T moderadamente elevada en estas escalas será bastante infrecuente y llamativa en contextos clínicos, resultará relativamente habitual en contextos de selección de personal, donde no deberá causar la invalidación del protocolo a no ser que alcancen valores más elevados (como se señalará en el apartado relativo a estas escalas en este manual). De forma análoga, en relación con las escalas de infrecuencia (especialmente F y Fb), será más habitual encontrar elevaciones en personas que estén experimentando niveles de psicopatología y afectación significativos (personas evaluadas en un contexto clínico).

A continuación, se presentan pautas de interpretación de cada una de las escalas de validez del MMPI-2. Estas pautas interpretativas resultan de la integración de los distintos estudios empíricos realizados y disponibles en la literatura científica. Las escalas se presentan en el orden en que aparecen dentro del perfil del MMPI-2, que es el orden también que debe seguirse para su correcta interpretación.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



que la persona se haya simplemente equivocado al anotar su respuesta o haya comprendido erróneamente ese ítem concreto o haya realizado una interpretación algo particular de su contenido. Por este motivo, es conveniente no incluir ninguna información relativa a un ítem específico (esto es, su contenido o enunciado) dentro de informes o dentro de cualquier información interpretativa a otras partes, con el objetivo tanto de proteger el contenido de los ítems y su indebida difusión como por evitar interpretaciones inadecuadas a partir de ítems aislados que pueden fácilmente ser sacadas de contexto. Es particularmente importante ser precavido en la interpretación de estos ítems críticos en contextos que no sean clínicos ya que estos listados fueron concebidos específicamente para contextos clínicos.

3.7. Casos ilustrativos

A continuación, se incluyen dos casos ilustrativos con el fin de ejemplificar el proceso de interpretación del MMPI-2 y de las diversas escalas y subescalas que lo componen. En ambos casos se dispusieron de las puntuaciones completas en todas las escalas y subescalas.

Caso ilustrativo 1: Sr. A

El Sr. A respondió al MMPI-2 como parte del protocolo inicial de evaluación de la consulta clínica a la que acudió. Vino a consulta traído por su hermana que cada día lo ve más agitado, inquieto y mostrando conductas extrañas, entre ellas que dice que hay gente que le sigue y que quiere hacerle daño, sin aparente fundamento para estas afirmaciones. El Sr. A tiene 33 años, nunca ha estado casado y su nivel de estudios es de educación secundaria (consiguió su graduado escolar o certificado básico de escolaridad y dejó los estudios). Ha tenido algún trabajo precario como pintor y vive en un pequeño piso de forma independiente. En la figura 3.1 puede observarse su perfil en el MMPI-2.

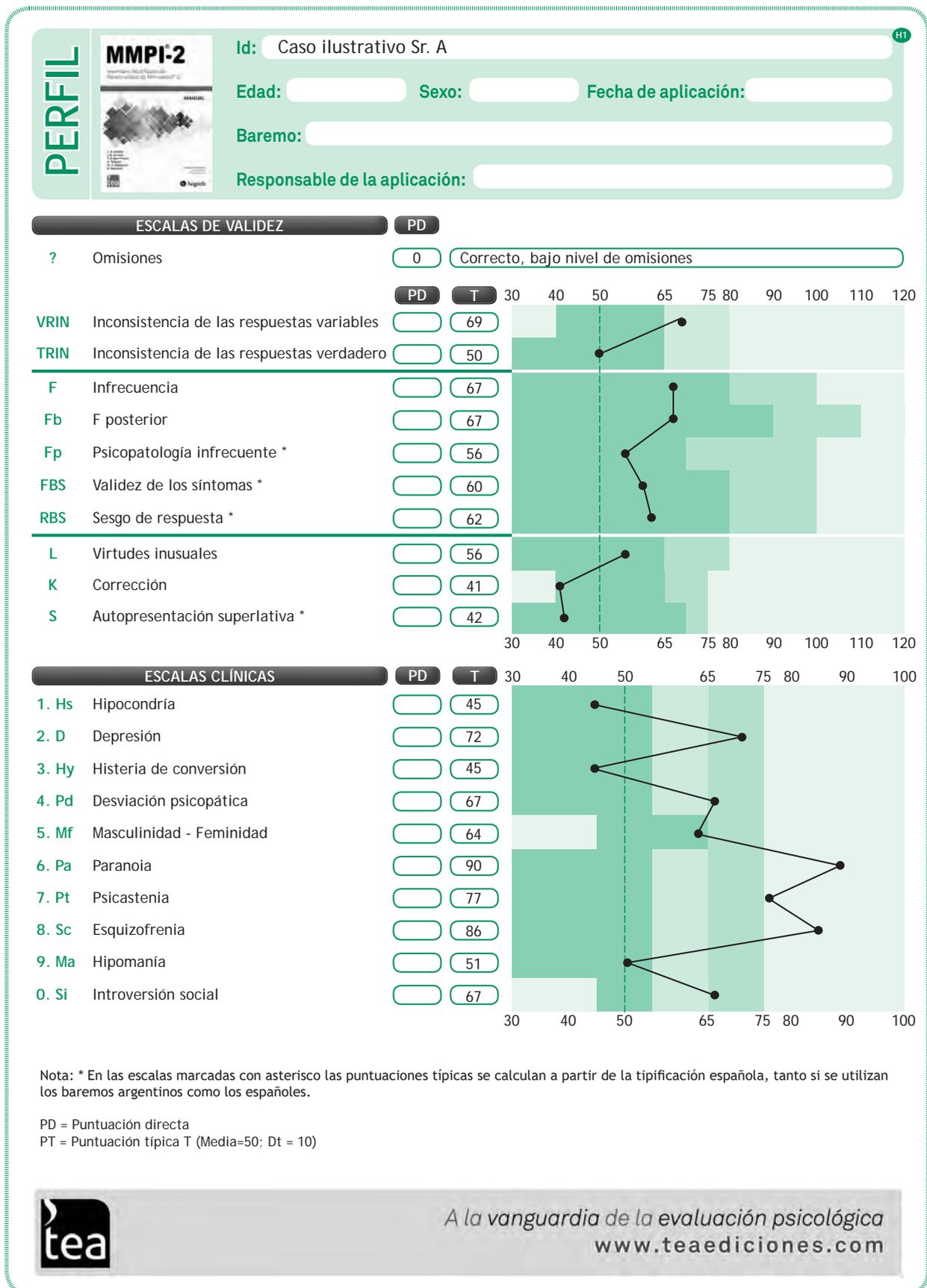


Figura 3.1. Perfil de resultados en el MMPI-2 del Sr. A

3. Normas de interpretación

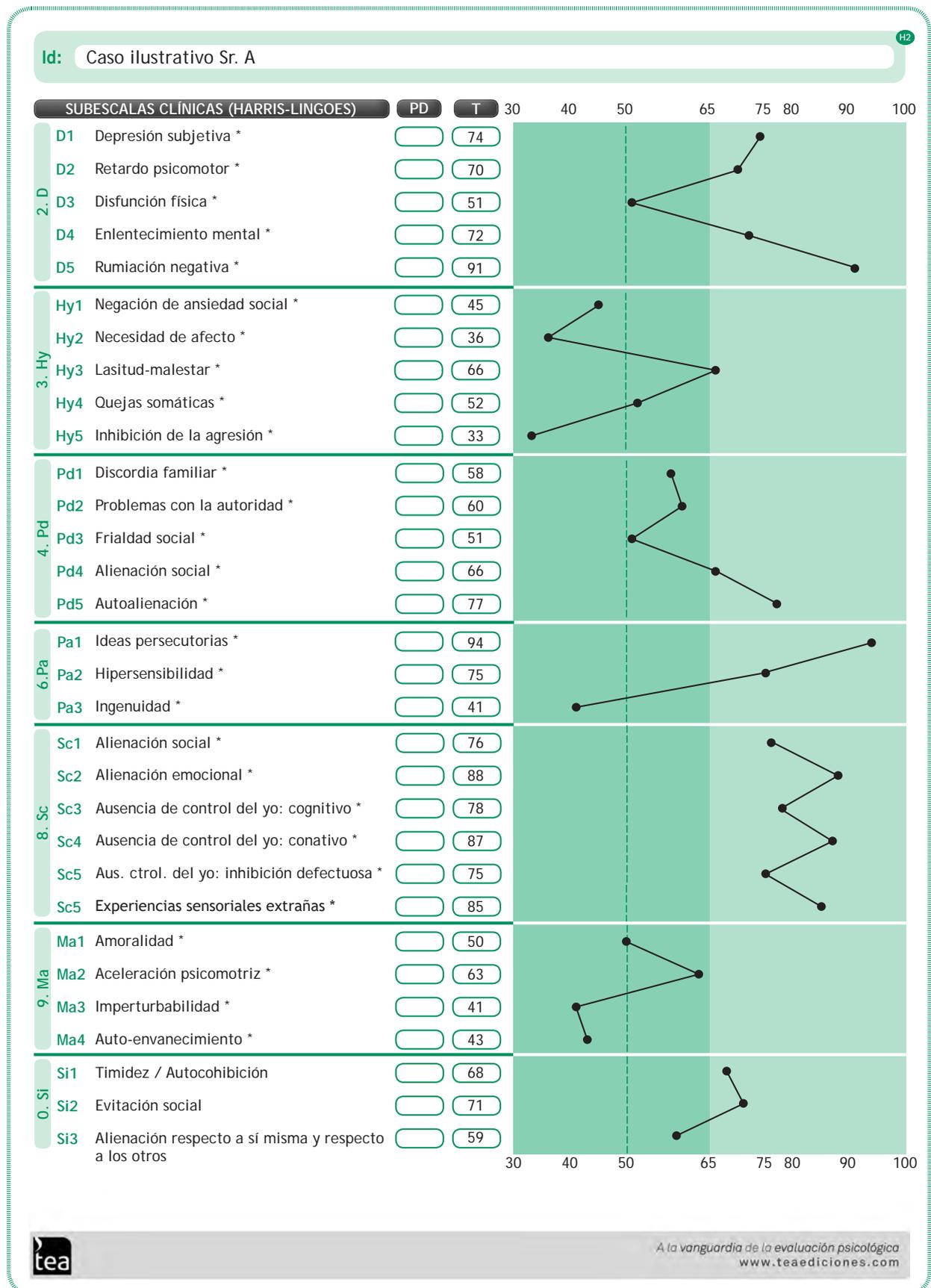


Figura 3.1. Perfil de resultados en el MMPI-2 del Sr. A (continuación)

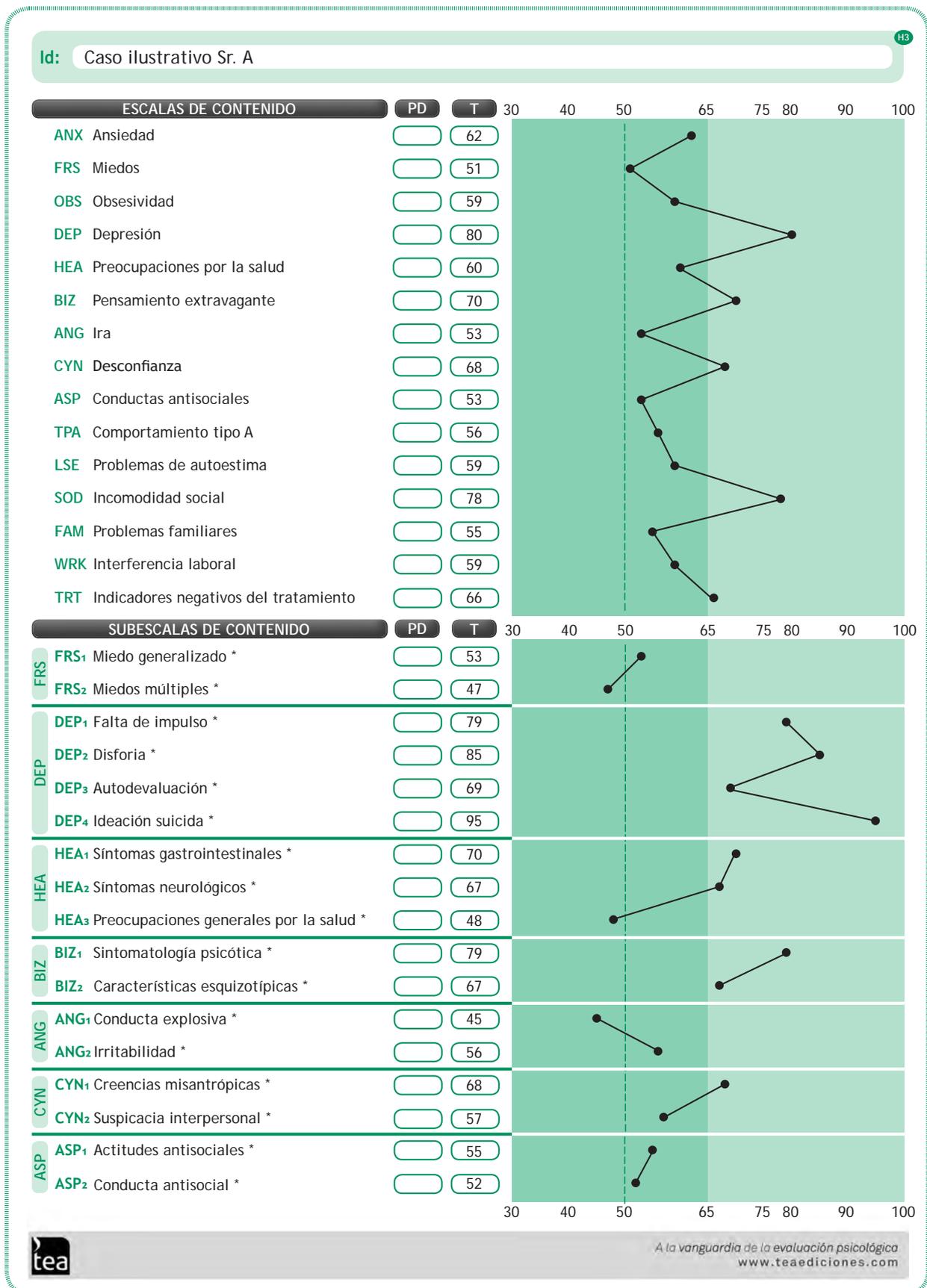


Figura 3.1. Perfil de resultados en el MMPI-2 del Sr. A (continuación)

3. Normas de interpretación

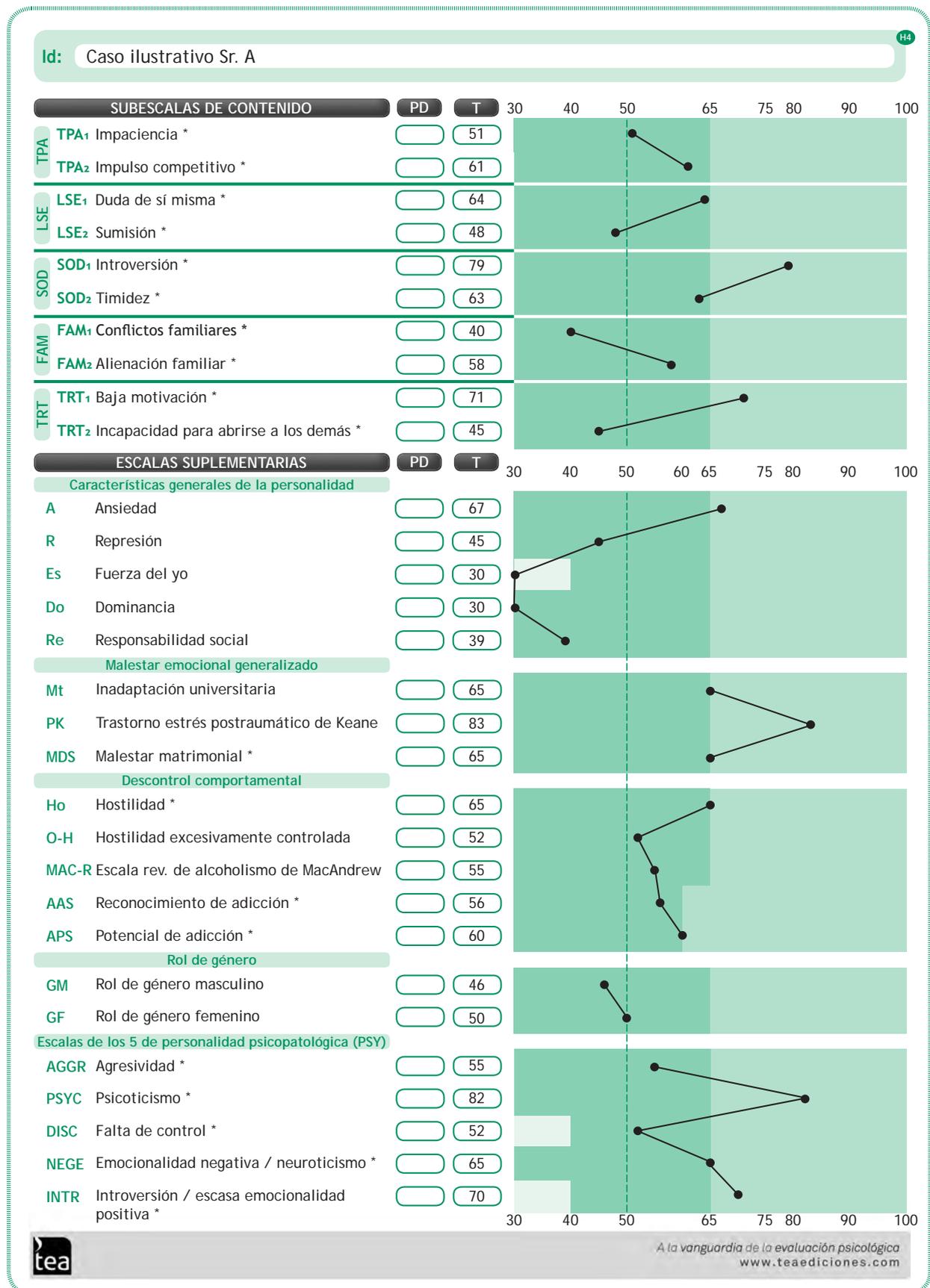


Figura 3.1. Perfil de resultados en el MMPI-2 del Sr. A (continuación)

Tal y como se puede ver en su perfil de resultados en el MMPI-2 (figura 3.1), sus puntuaciones en las **escalas de validez** aparecen en niveles aceptables, sugiriendo que ha respondido de forma razonablemente consistente y de forma sincera y genuina a los ítems de la prueba. Aparece una elevación moderada en la escala VRIN (T = 69) que nos indica que puede haber un cierto nivel de inconsistencia al responder algunas cuestiones, si bien el perfil es válido y se puede proceder a su interpretación. Sus puntuaciones en las escalas F y Fb se encuentran ligeramente por encima de la media (T = 67), si bien por debajo de los puntos de corte recomendados para sospechar una exageración o magnificación de la sintomatología. Además, su puntuación notablemente más baja en la escala Fp (T = 56) confirma esta interpretación de ausencia de exageración o magnificación de su sintomatología. Sus puntuaciones en las escalas L, K y S indican también la ausencia de una tendencia de respuesta minimizadora o disimuladora de síntomas o una presentación excesivamente positiva de sí mismo.

En cuanto a las **escalas clínicas**, en el perfil se pueden advertir puntuaciones T superiores a 64 en seis de las escalas, sugiriendo un nivel significativo de psicopatología. Su perfil cumple los criterios para considerar que muestra un **código tipo** 6-8 / 8-6 (elevaciones más destacadas en las escalas 6 y 8, independientemente del orden en que se mencionen en el código tipo como 6-8 o como 8-6, consúltese el apartado relativo a los códigos tipo al final del punto 3.2 de este manual). Este código tipo aparece frecuentemente en contexto clínico y sus características cardinales o centrales son la presencia de una psicopatología grave y una conducta claramente psicótica. En estos casos los pensamientos de la persona evaluada pueden ser fragmentados, tangenciales, circunstanciales o como aislados e incomunicados y su contenido suele ser extraño o raro. Pueden estar presentes delirios de persecución o de grandeza y puede informar de una cierta sensación de irrealidad. Puede mostrar un estado emocional embotado y con una respuesta emocional limitada y su patrón de habla puede ser rápido y en ocasiones incoherente. También es frecuente que presente ansiedad, depresión, retraimiento de las actividades diarias y apatía emocional. Habitualmente son observables carencias en sus habilidades sociales y las personas con este código tipo suelen evitar tener relaciones significativas con otras personas.

Si analizamos las hipótesis interpretativas a derivar de las **escalas clínicas 6 y 8 por separado**, ambas con puntuaciones muy altas (T = 90 y T = 86 respectivamente) se sugieren las características ya indicadas al comentar el código tipo formado por ambas escalas (6-8 / 8-6). Es importante señalar que siempre que aparezca una elevación en la escala 8 es conveniente descartar que los síntomas sensoriales o motores no tengan que ver con el consumo de sustancias o con otros trastornos médicos como epilepsia, infarto o traumatismo craneal cerrado.

El análisis de las **subescalas clínicas** de la escala 6 nos permite observar que aparecen puntuaciones altas en Pa1 (Ideas persecutorias, T = 94) y Pa2 (Hipersensibilidad, T = 75), lo que respalda las inferencias sobre los síntomas psicóticos comentados y también indica que el Sr. A percibe el mundo como un lugar amenazante en el que él se siente injustamente maltratado e incomprendido. Responde a ítems que sugieren que muestra una gran agitación nerviosa y es muy sensible y sentido y puede buscar llevar a cabo conductas de riesgo que le hagan sentir mejor y le alivien. Las subescalas clínicas de la escala 8 (Sc1 a Sc6) no son particularmente útiles o informativas a la hora de aclarar las razones de la elevación en esta escala ya que todas estas subescalas se encuentran elevadas.

Si pasamos a considerar **el resto de las escalas clínicas**, puede observarse la elevación destacada en la escala 7.Pt (T = 77) que sugiere que el Sr. A está experimentando un alto nivel de confusión y agitación emocional (p. ej., ansiedad, depresión), con pensamientos intrusivos y problemas para concentrarse. La puntuación en la escala clínica 2.D (T = 72) también se considera elevada y se-

3. Normas de interpretación

ñala que el Sr. A puede sentirse disfórico e insatisfecho con su vida. A excepción de la subescala clínica D3 (Disfunción física), todo el resto de las subescalas clínicas de la escala 2 aparece significativamente elevado, lo que limita su utilidad para poder comprender mejor las particularidades de esta elevación en la escala 2.

Si bien no se obtienen puntuaciones tan altas como en las otras escalas, es interesante considerar la puntuación T de 67 en la escala 4 ya que podría apuntar a posibles riesgos de conductas y actitudes asociales o antisociales. No obstante, no se observa una elevación en la subescala Pd2 (Problemas con la autoridad, T = 60) que es la que señalaría conductas antisociales o asociales. Por el contrario, el análisis de las subescalas clínicas de la escala 4 muestra que solo aparecen elevaciones en las subescalas Pd4 (Alienación social, T = 66) y Pd5 (Autoalienación, T = 77), lo que sugiere que la elevación en la escala 4 está más relacionada con que el Sr. A manifiesta sentirse alienado, aislado y distanciado, así como incómodo e infeliz en su vida.

La puntuación T de 67 en la escala 0 indica que el Sr. A se siente en cierto grado introvertido y que no es probable que se implique en relaciones o situaciones sociales con otras personas. Las altas puntuaciones en las subescalas Si1 (Timidez / Autocohibición, T = 68) y en Si2 (Evitación social, T = 71) sugieren que es una persona tímida y socialmente evitativa. Estas características son compatibles con un estilo de vida esquizoide.

Si pasamos a analizar sus puntuaciones en las **escalas de contenido** puede advertirse que obtiene puntuaciones elevadas en Depresión (DEP, T = 80), Pensamiento extravagante (BIZ, T = 70), Desconfianza (CYN, T = 68), Incomodidad social (SOD, T = 78) e Indicadores negativos del tratamiento (TRT, T = 66). Esta información de las escalas de contenido refuerza muchas de las inferencias realizadas anteriormente a partir del código tipo 6-8 / 8-6 y de las elevaciones en las escalas y subescalas clínicas. El patrón de puntuaciones para algunas de las **subescalas de contenido** puede proporcionar alguna información adicional al respecto. Así, es importante reseñar que el Sr. A muestra puntuaciones elevadas en todas las subescalas de contenido de Depresión (DEP), con una mayor elevación en DEP₄ (Ideación suicida, T = 95). El análisis de las subescalas de Pensamiento extravagante (BIZ) también nos muestra que, aunque ambas subescalas (BIZ₁ y BIZ₂) fueron elevadas, la subescala BIZ₁ (Sintomatología psicótica, T = 79) destacaba por encima de la subescala BIZ₂ (Características esquizotípicas, T = 67), reforzando las inferencias señaladas anteriormente sobre el hecho de que probablemente esté experimentando claros síntomas psicóticos en la actualidad. La puntuación más alta en la subescala CYN₁ (Creencias misantrópicas, T = 68) que en CYN₂ (Suspición interpersonal, T = 57) apuntan a que el Sr. A cree que los demás solo están interesados en su propio bienestar y no puede contarse con ellos como fuente de apoyo o ayuda. Con relación a las subescalas de SOD, su puntuación más elevada en SOD₁ (Introversión, T = 79) que en SOD₂ (Timidez, T = 63) respalda las inferencias previas relativas a que el Sr. A evita y elude las relaciones y situaciones sociales y lleva un estilo de vida esquizoide. Las puntuaciones más altas en la subescala TRT₁ (Baja motivación, T = 71) en comparación con la subescala TRT₂ (Incapacidad para abrirse a los demás, T = 45) denota que el Sr. A probablemente no se encuentra motivado o no se siente capaz de realizar un cambio significativo en este momento de su vida.

El análisis de sus puntuaciones en las **escalas suplementarias** revela que no muestra puntuaciones elevadas en la mayoría de estas escalas. Sus puntuaciones en el rango no clínico en todas las escalas de abuso de sustancias (MAC-R, AAS y APS) son consistentes con la ausencia de problemas en esta área. Aunque la puntuación en PK (Trastorno estrés postraumático de Keane) es alta (T = 83), el patrón de puntuaciones en las escalas clínicas es diferente del que suelen mostrar la mayoría de los pacientes que sufren TEPT (Trastorno de estrés postraumático). Además, la escala PK tiende a ser una medida de desajuste general y habitualmente se obtienen puntuaciones elevadas en

los casos en que hay puntuaciones altas en diversas escalas clínicas. Este conjunto de evidencias apunta a descartar que sea indicativo de un trastorno de estrés postraumático en este caso, aunque será algo a corroborar. La baja puntuación en la escala Es (Fuerza del yo, T = 30) manifiesta que el Sr. A no tiene muchos recursos psicológicos para afrontar las demandas que le plantea su vida. Sus puntuaciones bajas en las escalas Do (Dominancia, T = 30) y Re (Responsabilidad social, T = 39) apuntan a que probablemente no sea dominante en las interacciones cara a cara y que no le importa especialmente el bienestar de la sociedad o los grupos sociales en su conjunto.

Finalmente, sus puntuaciones en las **escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5)** van en la línea de lo señalado anteriormente, con elevaciones en las escalas Psicoticismo (PSYC, T = 82), Introversión / escasa emocionalidad positiva (T = 70) y Emocionalidad negativa / neuroticismo (NEGE, T = 65), respaldando las inferencias interpretativas relativas a la presencia de alteraciones sensoriales y del pensamiento significativas que informan de una deteriorada capacidad de percepción de la realidad, así como un cierto aislamiento o desconexión de los demás, con un perfil socialmente introvertido que tiene problemas para experimentar emociones positivas o placer, tiende a inhibirse en su comportamiento y presenta algunas emociones negativas como ansiedad o ideas intrusivas.

Si se toman en conjunto todos los resultados previamente comentados y las hipótesis interpretativas inferidas sobre el Sr. A se aprecia que hay una cierta consistencia y que son indicativas de una persona que ha respondido al MMPI-2 de forma válida y adecuada. El Sr. A muestra probablemente un nivel elevado de desajuste y experimenta síntomas psicóticos abiertamente. Ve el mundo como un lugar muy amenazante y en el que se siente incomprendido y maltratado por los demás. No tiene muchos recursos psicológicos y personales para abordar las demandas y dificultades de su vida y tiende a aislarse y retraerse socialmente. No es muy feliz con su vida y puede sentirse desesperanzado e indefenso. A partir de esta información se pueden establecer unas pautas de intervención que muy probablemente requerirán inicialmente un entorno de tratamiento altamente estructurado y seguro que permita una estabilización de la persona evaluada y un cierto grado de control y remisión de los síntomas más agudos para poder realizar intervenciones posteriores.

Caso ilustrativo 2: Sra. B

La Sra. B fue evaluada en una consulta clínica a la que había sido remitida por el médico de atención primaria por presentar síntomas de ansiedad y depresión. Dentro del protocolo de evaluación se incluyó el MMPI-2. La Sra. B tiene 45 años y trabaja como secretaria de dirección. Lleva casada 23 años y tiene dos hijos que actualmente estudian en la universidad. Previamente nunca ha recibido ningún tipo de evaluación o intervención psicológica. No obstante, reconoce que últimamente cada vez se ha sentido más infeliz y disgustada y que necesita ayuda profesional. Sus resultados en el MMPI-2 pueden observarse en la figura 3.2.

3. Normas de interpretación

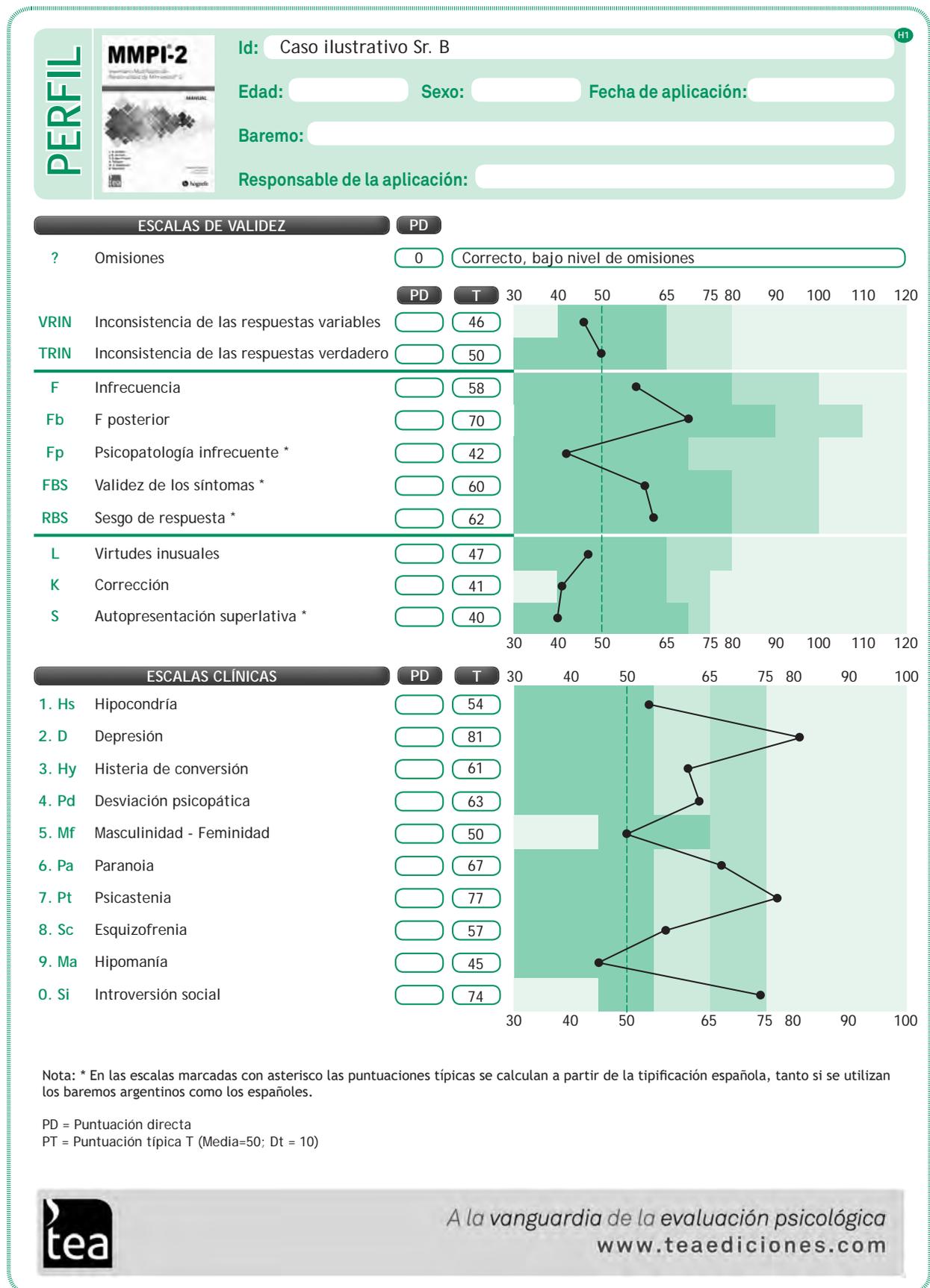


Figura 3.2. Perfil de resultados en el MMPI-2 de la Sra. B

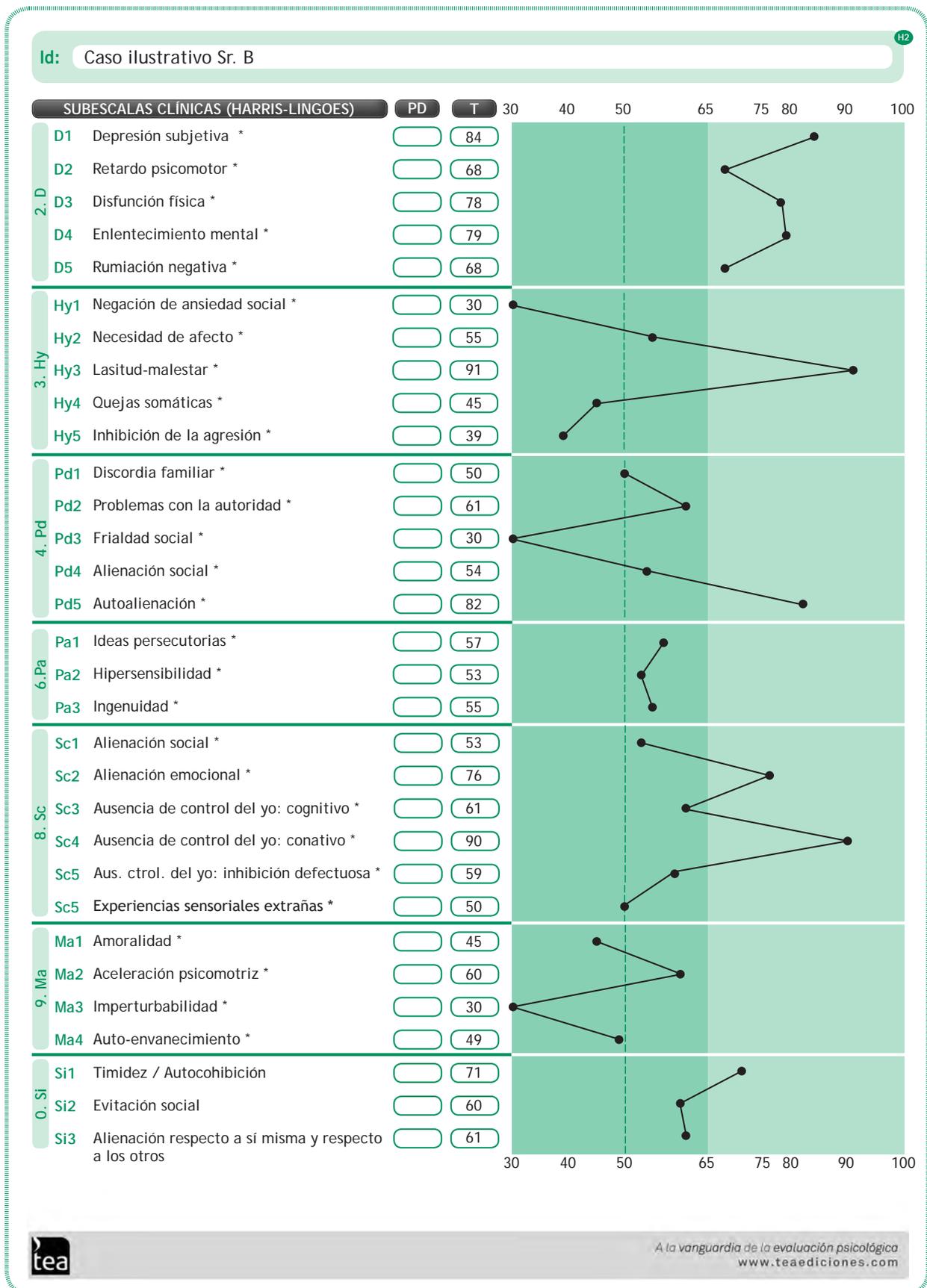


Figura 3.2. Perfil de resultados en el MMPI-2 de la Sra. B (continuación)

3. Normas de interpretación

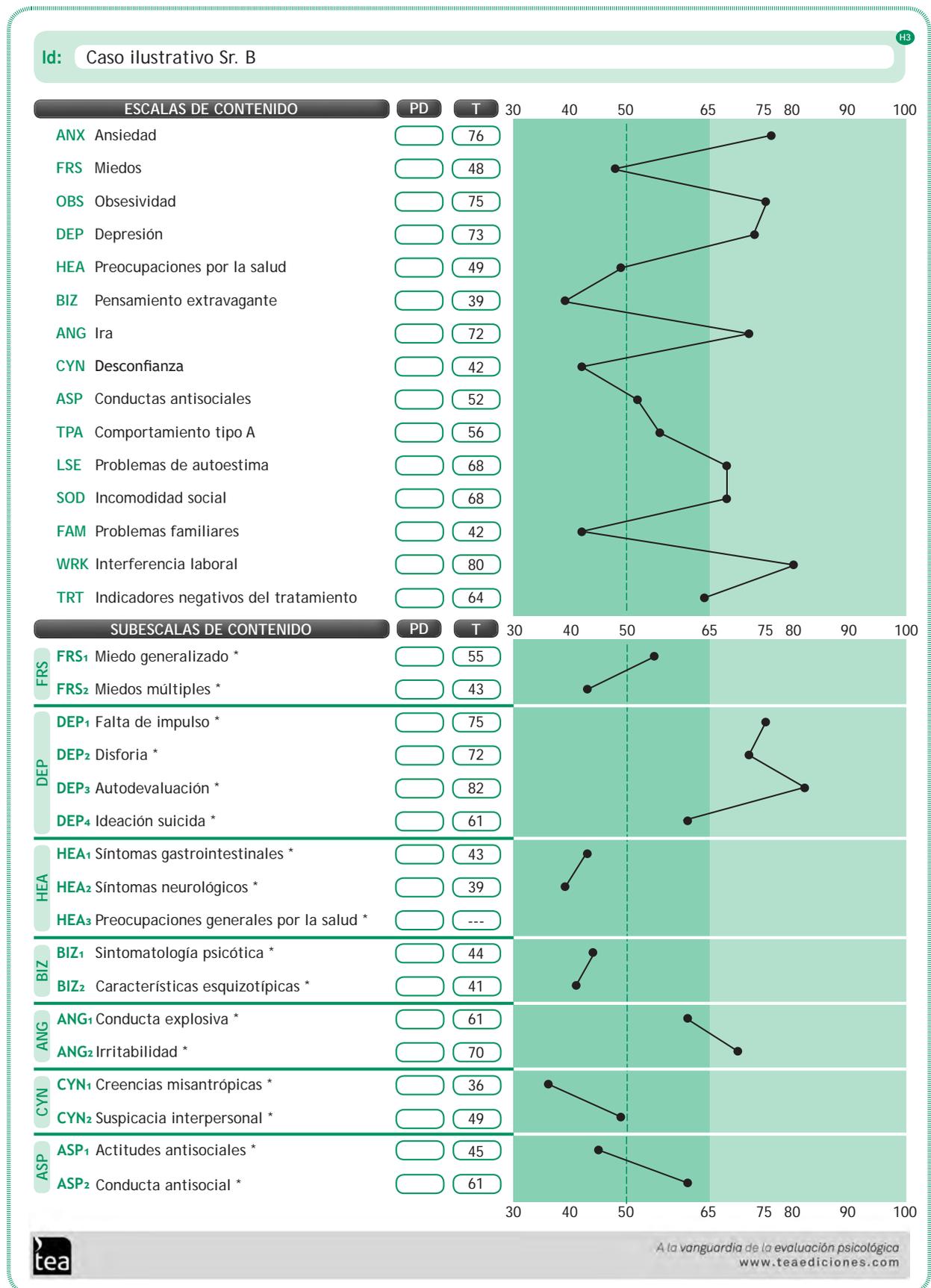


Figura 3.2. Perfil de resultados en el MMPI-2 de la Sra. B (continuación)

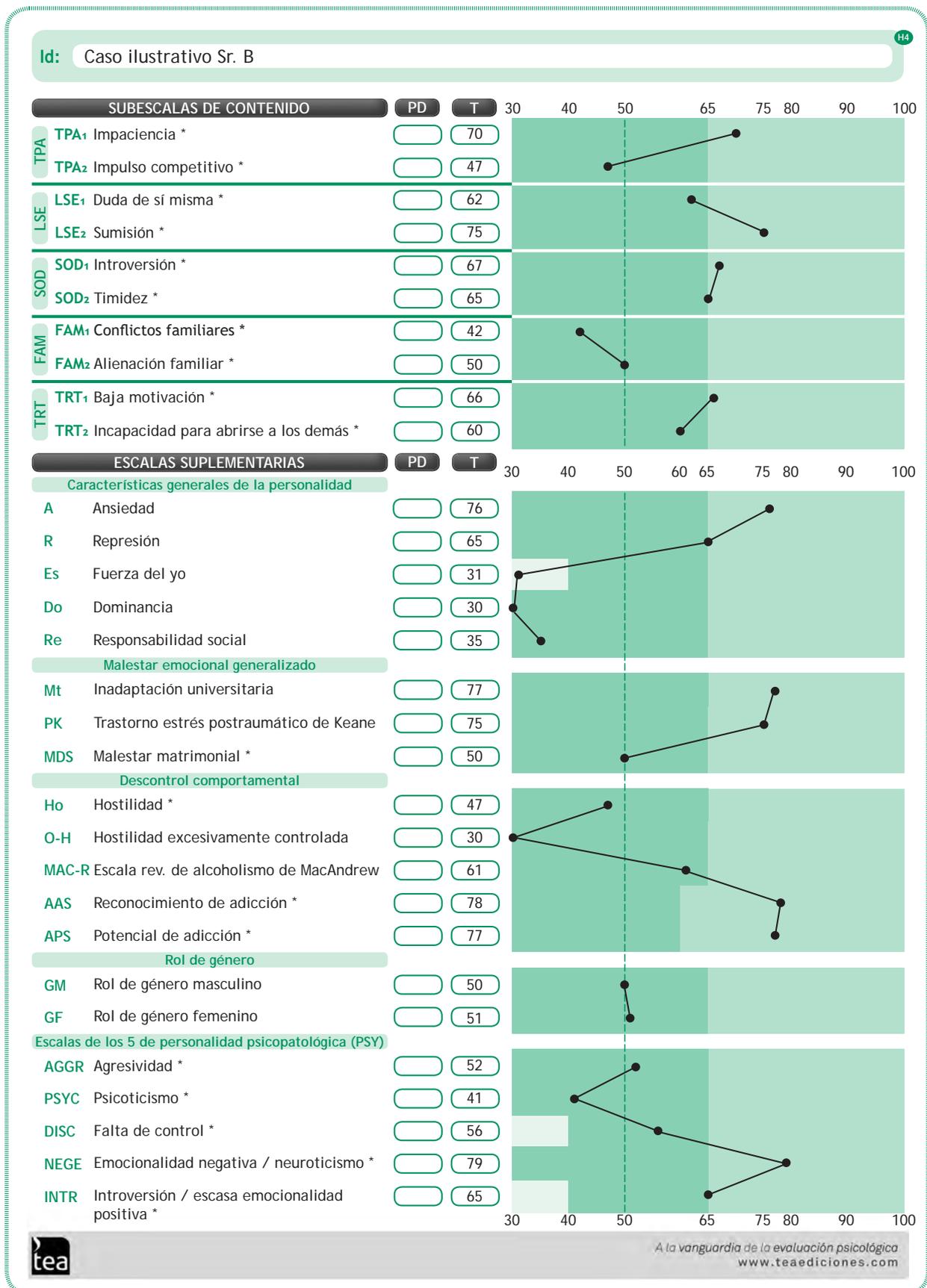


Figura 3.2. Perfil de resultados en el MMPI-2 de la Sra. B (continuación)

3. Normas de interpretación

Tal y como puede advertirse en la figura 3.2, sus puntuaciones en todas **las escalas de validez** indican que ha respondido de forma consistente y sincera. No ha omitido ningún ítem (puntuación en ? igual a cero) y ha respondido de forma congruente a los ítems (VRIN = 46; TRIN = 50). Las puntuaciones por debajo de la media en L, K y S sugieren que no ha sido en absoluto defensiva en sus respuestas. Sus puntuaciones en F (T = 58) y Fp (T = 42) sugieren que no está exagerando o magnificando sus problemas y síntomas. Su puntuación algo más elevada en Fb (T = 70) sigue estando por debajo de los niveles interpretativos que sugerirían algún tipo de exageración o magnificación o que requirieran atención del profesional. Por lo tanto, puede procederse al análisis de las puntuaciones en las escalas clínicas, de contenido y suplementarias ya que parecen que puedan ser un reflejo adecuado de su personalidad, su comportamiento y su nivel de ajuste psicológico.

Si analizamos su perfil en las escalas clínicas puede observarse que cumple los criterios para hablar de un **código tipo 2-7/7-2** definido y elevado (sus dos escalas clínicas más elevadas son la 2 y la 7). Este código tipo es habitual en contextos clínicos y sugiere un nivel elevado de confusión y agitación emocional, incluyendo ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Las personas con este código tipo frecuentemente se sienten inmaduras e inseguras. Suelen tener una gran necesidad de logro y frecuentemente se sienten culpables por no haber llegado a alcanzar las metas que se habían marcado. La rigidez y la inflexibilidad suelen aparecer asociadas a las personas evaluadas que obtienen este código tipo. Dado su nivel elevado de malestar emocional, suelen ser personas motivadas para el tratamiento o la intervención.

Si analizamos las puntuaciones en las **escalas clínicas**, la puntuación más alta la obtiene en la escala 2 (T = 81), lo que nos indica que es probable la presencia de una depresión clínica. También sugiere que la Sra. B está muy preocupada y le da vueltas a ideas relativas a la muerte, el suicidio y la culpa. Las subescalas clínicas de Harris-Lingoes no son especialmente útiles para comprender esta elevación en la escala 2, ya que todas ellas se encuentran por encima de la puntuación T de 64 indicando elevaciones relevantes.

Por otra parte, la puntuación también muy alta en la escala 7 (T = 77) respalda la inferencia de que la Sra. B presenta un nivel muy elevado de agitación y confusión emocional. Puede estar experimentando pensamientos intrusivos, problemas para concentrarse y puede tener miedo a “perder la cabeza”.

Su puntuación alta en la escala 6 (T = 67) puede suscitar algunas dudas sobre si pueden estar presentes procesos psicóticos subyacentes. No obstante, en esos valores de puntuaciones T en la escala 6 están más relacionados con suspicacia, desconfianza o susceptibilidad que con síntomas psicóticos propiamente. El análisis de las subescalas de la escala 6 revela que sus respuestas a esta escala no se agrupan en ninguna área de contenido en particular. No tiene una puntuación elevada en Pa1 (Ideas persecutorias, T = 57) lo que es consistente con la inferencia realizada anteriormente acerca de la ausencia de síntomas psicóticos propios y más bien la presencia de una cierta suspicacia o susceptibilidad.

Continuando con el análisis de las escalas clínicas, su puntuación en la escala 0 (T = 74) indica que es probable que la Sra. B sea más introvertida que la mayoría de las personas. El patrón de puntuaciones en las subescalas clínicas de la escala 0 sugiere que este patrón de introversión tiene más que ver con timidez y autocohibición (Si1 Timidez / Autocohibición, T = 71) que con evitación social o alienación (Si2 Evitación social, T = 60; Si3 Alienación respecto a sí misma y respecto a los otros, T = 61).

Al analizar las **escalas de contenido** se advierte que la Sra. B muestra puntuaciones significativamente elevadas en siete de las escalas. Las puntuaciones altas en ANX (Ansiedad, T = 76) y DEP

(Depresión, $T = 73$) respaldan las inferencias señaladas anteriormente con relación a la ansiedad, la depresión y otros síntomas de malestar y confusión emocional. Sus puntuaciones son elevadas en tres de las cuatro subescalas de contenido de depresión (DEP_1 , DEP_2 y DEP_3) y cabe señalar que no tiene una puntuación elevada en la cuarta subescala DEP_4 (Ideación suicida, $T = 61$), algo que ha de ser reseñado. Su puntuación elevada en OBS (Obsesividad, $T = 75$) es consistente con la idea de rigidez y pensamientos intrusivos comentados anteriormente y también señala las dificultades que puede tener para tomar decisiones.

Su puntuación alta en ANG (Ira, $T = 72$) añade nueva información sobre la Sra. B y sugiere que puede sentirse enfadada, enojada o resentida gran parte de las veces y puede perder el control emocional en ciertas ocasiones y actuar de manera iracunda. En este sentido, aunque la diferencia en puntuaciones T entre sus dos subescalas no alcanza el nivel recomendado de 10 puntos para ser significativa, sí cabe señalar el hecho de que su puntuación en ANG_1 (Conducta explosiva, $T = 61$) sea sensiblemente menor que su puntuación en ANG_2 (Irritabilidad, $T = 70$) lo que denota que es poco probable que sus sentimientos de ira sean expresados abiertamente o en forma de conductas explosivas de ira.

Sus puntuaciones elevadas en LSE (Problemas de autoestima, $T = 68$) y en SOD (Incomodidad social, $T = 68$) apuntan a que la Sra. B se siente insegura e incapaz y es probable que se sienta incómoda en situaciones sociales. El hecho de que su puntuación en la subescala LSE_1 (Duda de sí misma, $T = 62$) sea notablemente inferior a su puntuación en la escala LSE_2 (Sumisión, $T = 75$) puede reflejar que la alta puntuación en LSE tiene que ver con un estilo pasivo de interactuar con los otros más que con una visión propiamente negativa de sí misma. La alta puntuación en WRK (Interferencia laboral, $T = 80$) apunta a la presencia de conductas o actitudes que probablemente contribuyan a una deficiente ejecución del trabajo.

Si se analizan sus puntuaciones en las **escalas suplementarias** se observa que obtiene puntuaciones significativamente elevadas en dos de las tres escalas relacionadas con abuso de sustancias (AAS y APS). Si bien su puntuación en la escala MAC-R (Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew, $T = 61$) no sugiere problemas de abuso de sustancias, sus puntuaciones en AAS (Reconocimiento de adicción, $T = 78$) y APS (Potencial de adicción, $T = 77$) plantea algunas cuestiones sobre la posible presencia de algún problema en esta área de consumo de sustancias. La puntuación alta en AAS (Reconocimiento de adicción) es particularmente relevante porque significa que la Sra. B admite directamente el uso inadecuado de sustancias. Ha de explorarse con más detalle esta área, en particular su consumo actual o pasado de alcohol u otras sustancias.

La puntuación elevada en A (Ansiedad, $T = 76$) es congruente con lo señalado anteriormente sobre los niveles de ansiedad y de agitación emocional que presenta. Sus puntuaciones elevadas en PK (Trastorno de estrés postraumático de Keane, $T = 75$) han de interpretarse en el contexto del caso y sabiendo que esta escala es también un indicador del nivel de desajuste general y que puede aparecer elevada en los casos que tienen puntuaciones altas en las escalas clínicas vinculadas a malestar y agitación emocional (p. ej., las escalas 2 y 7). Este hecho unido a que el perfil en las escalas clínicas no es el típico vinculado a trastorno de estrés postraumático parece descartar este trastorno en este caso. No obstante, será un aspecto a explorar con más detalle y corroborar estas posibles hipótesis interpretativas.

Su baja puntuación en Es (Fuerza del yo, $T = 31$) indica que la Sra. B no parece disponer de muchos recursos psicológicos para lidiar con las demandas de la vida y que puede sentirse sobrepasada y abrumada en la mayoría de las ocasiones. Su puntuación baja en Do (Dominancia, $T = 30$) también es consistente con inferencias previas relativas a un estilo pasivo y sumiso en sus

3. Normas de interpretación



relaciones con los demás. La baja puntuación en Re (Responsabilidad social, T = 35) denota que no está particularmente interesada en el bienestar de la sociedad o de amplios grupos sociales en su conjunto.

En último lugar pueden analizarse sus puntuaciones en las **escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5)** que muestran una elevación en las escalas Emocionalidad negativa / neuroticismo (NEGE, T = 79) e Introversión / escasa emocionalidad positiva (INTR, T = 65) que respaldan las interpretaciones realizadas anteriormente sobre las diversas emociones negativas que experimenta la Sra. B (ansiedad, inseguridad, preocupación...), su autocrítica y los pensamientos intrusivos, así como su estilo más introvertido y más sumiso en sus relaciones con los demás.

En **síntesis**, las puntuaciones en el MMPI-2 reflejan a una persona que responde a los ítems de la prueba de manera adecuada, ofreciendo un perfil válido de resultados. La Sra. B parece estar abrumada y sobrepasada por síntomas ansiosos, depresivos y somáticos y otros indicadores de agitación, confusión y malestar emocional. Alberga muchos sentimientos de inseguridad y puede sentirse bastante incapaz para afrontar las demandas de su vida. Puede sentirse enfadada, enojada o resentida con el modo en que es tratada por otros, pero es poco probable que exprese abiertamente estas emociones. Ha de explorarse la posibilidad de que esté utilizando el abuso de sustancias como una vía para mitigar o regular su malestar y agitación emocional. Dado su alto nivel de malestar emocional, es probable que esté motivada para iniciar el tratamiento o la intervención. Aunque es probable que el cambio no sea fácil o rápido, es también cierto que probablemente tendrá más persistencia que la mayoría de las personas a permanecer en el tratamiento, lo que podrá permitir que haya cambios positivos graduales a lo largo del tiempo.

4

Versión abreviada del MMPI-2

El MMPI-2 fue diseñado para colocar entre sus primeros 370 ítems todos aquellos relativos a sus escalas básicas de validez (F, L y K) y a sus escalas clínicas (1. Hs, 2. D, 3. Hy, 4. Pd, 5. Mf, 6. Pa, 7. Pt, 8. Sc, 9. Ma y 0. Si). Por lo tanto, si se aplican solo esos primeros 370 ítems, se puede corregir la prueba y obtener sus puntuaciones en sus escalas básicas de validez (F, K y L) y sus escalas clínicas y subescalas clínicas (Harris-Lingoes), dado que todos los ítems que componen estas escalas se encuentran dentro de estos primeros 370 ítems. Obsérvese el perfil mostrado en la figura 4.1 para ver las escalas que se mostrarían tras la corrección de **la versión abreviada del MMPI-2 compuesta por esos primeros 370 ítems** del cuadernillo del MMPI-2.

Ha de señalarse que esta versión abreviada no permite obtener las puntuaciones en un amplio número de escalas y subescalas del MMPI-2. Esto es, no permite sacar las puntuaciones del resto de escalas de validez (VRIN, TRIN, Fb, Fp, FBS, S, RBS), ni de las escalas y subescalas de contenido, ni de las escalas suplementarias, ni de las escalas de los cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5). En la figura 2.1 de este manual (capítulo 2 de normas de aplicación y corrección) puede consultarse un perfil de resultados del MMPI-2 cuando se aplica íntegramente la prueba.

Para la aplicación de la versión abreviada del MMPI-2 **se emplea el mismo cuadernillo y la misma hoja de respuestas del MMPI-2** solo que restringiéndose a los primeros 370 elementos. **Para su aplicación, corrección e interpretación se han de seguir las instrucciones indicadas para el MMPI-2 en los capítulos 2 y 3 de este manual, que son aplicables también a esta versión abreviada.** En relación con la corrección, ha de señalarse que **el coste de la corrección en el sistema informático es de 1 uso, el mismo que se habría consumido si se hubiera solicitado la corrección de la versión completa o íntegra del MMPI-2**, aspecto que deberá ser tenido en cuenta por el profesional. Esto es, cada vez que se realiza una corrección del MMPI-2, sea de la versión completa o de la versión abreviada, se consume 1 uso de corrección del sistema.

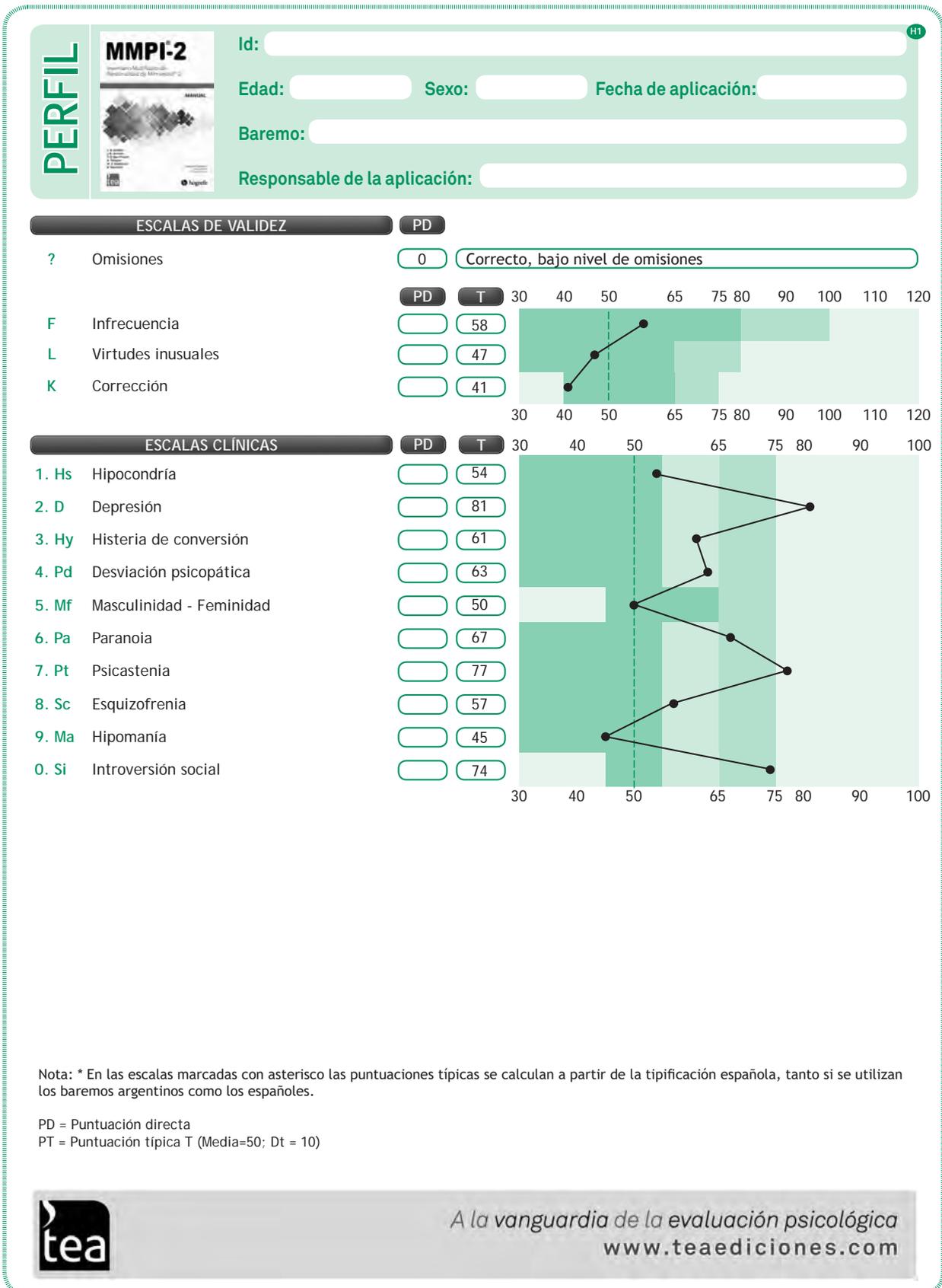


Figura 4.1. Ejemplo ilustrativo del perfil obtenido con la corrección del MMPI-2 abreviado (370 primeros ítems del cuadernillo del MMPI-2)

4. Versión abreviada del MMPI-2

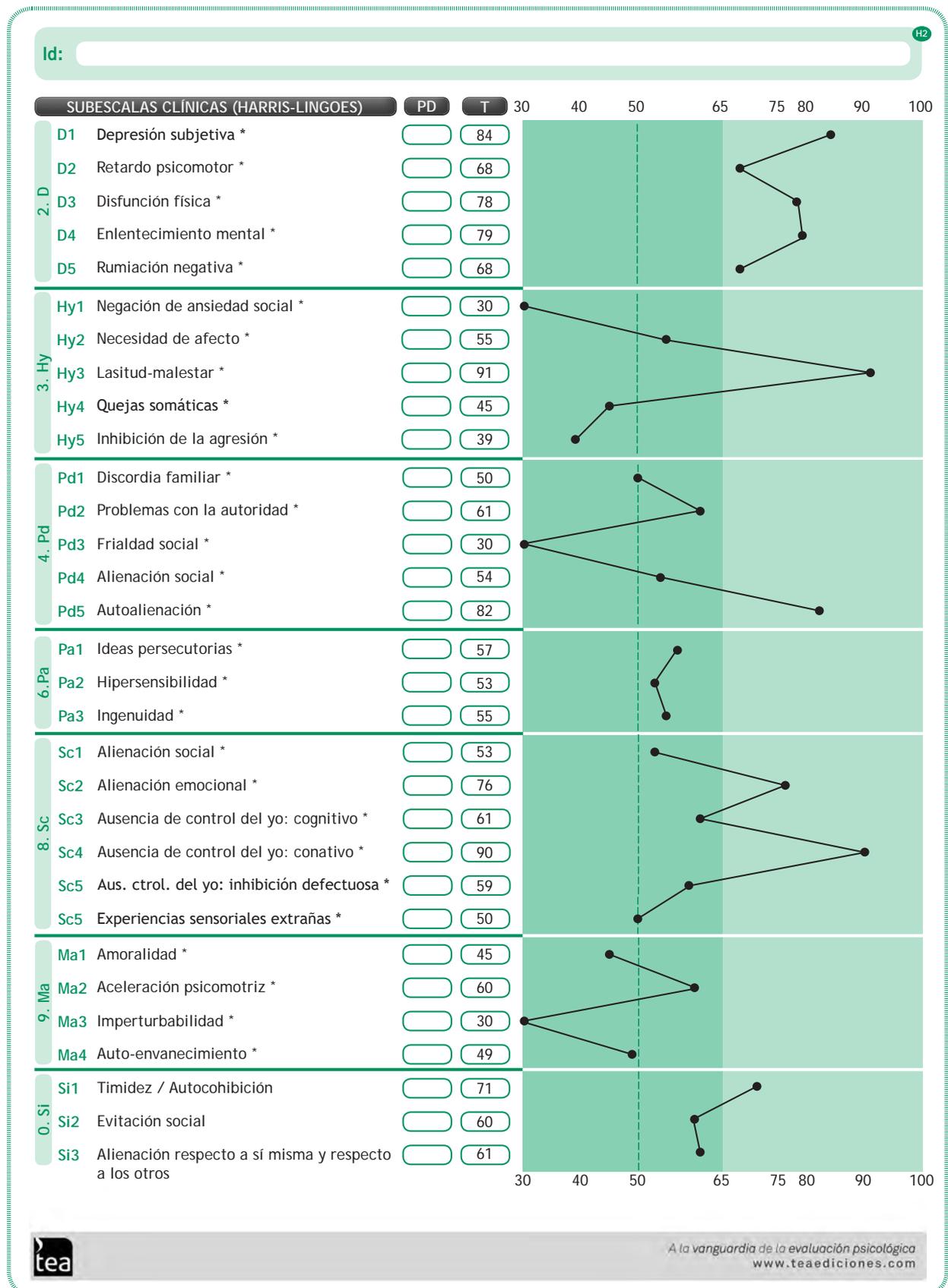


Figura 4.1. Ejemplo ilustrativo del perfil obtenido con la corrección del MMPI-2 abreviado (370 primeros ítems del cuadernillo del MMPI-2) (continuación)

5

Adaptación española

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en España y los datos más relevantes sobre el proceso de adaptación, las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas tal y como fueron establecidas y presentadas por el equipo adaptador (Prof. Alejandro Ávila-Espada y Prof. Fernando Jiménez-Gómez).

Las instrucciones relativas a cómo aplicar, corregir e interpretar adecuadamente el MMPI-2 han de consultarse en los capítulos 1 a 4 de este manual donde se incluyen pautas detalladas para un buen uso de la prueba.

5.1. El MMPI original en lengua española

El MMPI original (Hathaway y McKinley, 1942) no llegó a gozar en lengua española del nivel de prestigio que alcanzó en Estados Unidos. Editado por vez primera en lengua española en 1975, y reeditado en 1986, las reacciones de los profesionales oscilaron entre el desinterés y la controversia. Alguna de las razones de este menor interés despertado estribaron en deficiencias de la primera versión del MMPI en lengua española que serán comentadas más adelante; otras derivaron de peculiaridades idiosincráticas de los profesionales de lengua española, menos inclinados en aquella época a aceptar los cuestionarios como forma de informar sobre sí mismos, sobre todo cuando son tan extensos. Quizás por esta razón, aunque existiera en España una generación de clínicos que hubiera elogiado el instrumento y lo incluyera sistemáticamente entre sus herramientas de evaluación, sin embargo el mayor eco lo logró en tareas potencialmente “menos adecuadas” para el instrumento, como la selección de personal o la orientación académica. Estos sesgos se reflejaron en las muestras normativas con que se construyeron los baremos del MMPI original y que lastraron al instrumento en sus primeras versiones en lengua española.

La traducción española del MMPI original contenía un número apreciable de ítems con sentido ambiguo, extraño o desfasados cultural o socialmente, que implicaban además sesgos inaceptables de corte ideológico. Esto era especialmente evidente en un contexto social y cultural que establecía la protección de la libertad de las personas en cuanto a sus ideas sociales, políticas, religiosas, y garantizaba tanto el derecho a la intimidad como a la no discriminación por motivos de género, raza, religión o ideología. Como ya había sucedido en otros países, en algunos casos en que se utilizó el MMPI original en España sus resultados fueron invalidados por decisión judicial considerando que ciertos ítems atentaban contra los derechos fundamentales y constitucionales de las personas.

Junto a estos horizontes de controversia, coexistía el relativo a los desajustes entre los baremos oficiales autorizados por la Universidad de Minnesota para la utilización del MMPI con la población española y las denominadas “Normas 1979” preparadas por Nicolás Seisdedos a partir de una variedad de muestras españolas, teóricamente más adecuadas que las utilizadas en el primer estudio aprobado oficialmente por la Universidad de Minnesota. La primera muestra de tipificación española del MMPI original careció de estratificación por edades y por zonas geográficas de procedencia, y estuvo más frecuentemente integrada por adolescentes, estudiantes universitarios o personas cumpliendo el servicio militar; es decir eran meras muestras incidentales, asistemáticas, recogidas principalmente en exámenes de orientación y de selección de personal. Las normas posteriores elaboradas por Seisdedos en 1979, que a ojos de los clínicos permitían una valoración más adecuada del MMPI para la población española, no llegaron a ser autorizadas por la Universidad de Minnesota, y por tanto no se incorporaron al manual castellano del test, siendo objeto de publicación en una monografía separada (“MMPI. Suplemento técnico e interpretación clínica”; Seisdedos y Roig, 1986).

Por lo tanto, eran múltiples los factores que reclamaban una revisión del MMPI original, entre ellos la corrección de aspectos formales y contenidos inaceptables legalmente, la actualización del instrumento incluyendo nuevos ítems y nuevas escalas que tuvieran interés en el nuevo marco de criterios clínicos y psicopatológicos y un mayor control de los aspectos relativos a la fiabilidad y validez del instrumento. Todos estos argumentos motivaron el interés en poner a punto una nueva versión española del MMPI.

5.2. Proceso de adaptación del MMPI-2 a lengua española

Las evidencias descritas en favor de modificar la versión en lengua española del MMPI, son en líneas generales convergentes con la argumentación general que motivó el desarrollo del MMPI-2 en Estados Unidos por parte de la Universidad de Minnesota. Por este motivo, el desarrollo de esta adaptación a lengua española se llevó a cabo en colaboración con el equipo americano que realizó el MMPI-2.

En la preparación de la versión en lengua española se siguieron las indicaciones para el proceso de traducción elaboradas por James N. Butcher y la *University of Minnesota Press*, las cuales se desarrollaron en las siguientes fases:

1º) Se realizaron seis traducciones independientes de inglés a español de los ítems del MMPI-2 por parte de seis psicólogos (tres de ellos bilingües), habituados y con experiencia en la realización de traducciones científicas del inglés al español. A estos psicólogos se les dieron instrucciones específicas para que cuidaran tanto el mantenimiento del sentido original del ítem como la comprensión de las frases por parte de personas con niveles culturales medios y bajos, y procedentes de diferentes áreas geográficas. Los problemas planteados por las dobles negativas, las expresiones calificativas sobre frecuencia de los sucesos (“*frequently*”; “*sometimes*”; “*usually*”; “*a few*”; “*every few days or oftener*”) fueron objeto de especial atención. Una vez se dispusieron de las seis traducciones independientes, se compararon. Diversas discusiones sobre estas versiones borrador llevaron a rehacer de nuevo algunas frases o ítems en los que no se había alcanzado un grado de acuerdo entre, al menos, cuatro de los seis traductores.

2º) En una segunda etapa, logrado al menos el consenso de cuatro de los seis traductores, cinco profesores de psicología de materias de evaluación psicológica trabajaron para lograr un consenso final sobre una versión en lengua española a partir de los 6 borradores o traducciones iniciales, a la que se denominó “Primera versión en lengua española”.

3º) Esta primera versión en lengua española fue examinada y comparada con otras versiones que se estaban desarrollando en diversos países (Argentina, Chile y México), analizando posibles discrepancias inter-versiones y examinándolas tanto conceptual como formalmente, corrigiendo en consecuencia aquellos aspectos que no respondían meramente a diferencias culturales.

4º) La cuarta etapa consistió en un control de la versión en lengua española mediante su remisión para examen a diez expertos (psicólogos profesionales buenos conocedores del MMPI original), y su aplicación a dos grupos de alumnos del postgrado en psicología clínica y varias submuestras de población general, todo ello con el objetivo de estimar si había indicadores satisfactorios en tres áreas: a) Vocabulario y nivel de lectura y comprensión; b) detección de posibles errores de comprensión o confusión de términos; c) coherencia con el sentido del MMPI original. Los resultados de esta fase permitieron depurar la versión, revisando aproximadamente el 25% de los ítems y construir la versión definitiva del MMPI-2 en lengua española publicada.

5.3. Muestras de tipificación del MMPI-2 en su adaptación a lengua española: muestra de población general y muestra de población clínica

El proyecto de adaptación a lengua española del MMPI-2 incluyó la obtención de dos amplias muestras, una de población general o comunitaria (población “normal”) y otra de población clínica. La muestra de población general fue obtenida mediante la reunión de un amplio número de muestras incidentales extraídas de colectivos diversos, sujetas a rigurosos criterios de estratificación que reproducen en su conjunto las características de la población española general de acuerdo con los indicadores censales, agrupados según el sexo en tres cuotas de edad: 19 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 65 años. Dado que las características que este tipo de estudios pueden tener no hacen viable obtener una muestra aleatoria directa, se han extremado los controles para que las muestras incidentales escogidas sean suficientemente representativas a través de las zonas de residencia de las personas a los que se aplica el test, respetando la proporción de personas equivalente a las respectivas cuotas muestrales (sexo x edad) de todas las áreas geográficas (véase la tabla 5.1). De esta manera la muestra obtenida contiene personas que se adecúan en sus características sociodemográficas a los de una hipotética muestra aleatoria estratificada de la población general española. Cada uno de los investigadores responsables de una zona geográfica ha formado un equipo de examinadores, adecuadamente entrenados en la aplicación del test, y ha supervisado la idoneidad de las personas incluidos en la muestra.

Así pues, la muestra normativa o de población general está integrada por 1.906 personas de población general normal, cuyas respuestas al MMPI-2, recogidas mediante hojas de lectura óptica, fueron procesadas y utilizadas para realizar los análisis psicométricos exploratorios que son descritos más adelante.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



6

Adaptación argentina³

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en Argentina y los datos más relevantes sobre el proceso de adaptación, las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas.

Las instrucciones relativas a cómo aplicar, corregir e interpretar adecuadamente el MMPI-2 han de consultarse en los capítulos 1 a 4 de este manual donde se incluyen pautas detalladas para un buen uso de la prueba.

6.1. Introducción

En Argentina, la primera versión del MMPI original (Hathaway y McKinley, 1942) fue adaptada al español y validada en el año 1964, en el contexto de las actividades del Departamento de Orientación Vocacional de la Universidad de Buenos Aires. Esa versión sólo fue usada en tareas de investigación.

Los trabajos de estandarización y desarrollo de la segunda versión original de la prueba, el MMPI-2, a cargo de Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer (1989) en la Universidad de Minnesota (EE. UU.) señalaron el comienzo de una nueva etapa. La cátedra Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico (Módulo 1) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, a cargo de la profesora M.M. Casullo, inició los contactos académicos con el profesor James Butcher con la finalidad de concretar las tareas relacionadas con la adaptación al español, la validación y la estandarización de la versión segunda del MMPI. Posteriormente a estos primeros contactos siguieron diversos encuentros de formación con el equipo de la Universidad de Minnesota y un rico intercambio de experiencias y resultados con el MMPI-2 en diversos contextos y países.

En los siguientes apartados se describe el proceso seguido en la adaptación argentina, las muestras de estandarización recogidas y los principales resultados de fiabilidad, validez y comparación transcultural.

³ La adaptación argentina del MMPI-2 fue realizada por la profesora M. M. Casullo de la Universidad de Buenos Aires y del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

6.2. El desarrollo de la adaptación argentina del MMPI-2

La versión original en inglés del MMPI-2 publicada por *University of Minnesota Press* sirvió como punto de partida de las actividades a desarrollar. Se realizó una primera traducción al español del Inventario, tarea a cargo de dos psicólogos bilingües. Esa primera versión fue comparada con la realizada para la adaptación española. Con la finalidad de estudiar la validez lingüística y conceptual de los ítems se diseñó un estudio piloto. La primera versión argentina del MMPI-2 fue aplicada a una muestra intencional integrada por 50 adultos de población general (50% varones, 50% mujeres) con una edad promedio de 35,1 años.

La aplicación del Inventario fue individual y, frente a cada uno de los reactivos, se indagó acerca del grado de comprensión del significado que quien respondía tenía y se solicitó a cada uno que propusiera términos españoles usados y entendidos por el común de la población. Ello permitió la modificación de la redacción de 84 de los 567 ítems; se sustituyeron palabras sin alterar el significado del ítem (validez conceptual). Esta versión, que incorporó usos y modismos argentinos, fue aplicada a una muestra intencional de 600 sujetos de población general, residentes en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense (Gran Buenos Aires) y en la ciudad de La Plata. En todos los casos el MMPI-2 fue respondido de forma individual por personas cuyas edades estaban comprendidas entre los 19 y los 60 años. Se solicitó a cada participante que indicara su edad, sexo, nivel ocupacional y educacional, así como si estaba o había estado en tratamiento por problemas mentales. Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- a) estar o haber estado durante los últimos cinco años en tratamiento psiquiátrico o psicológico,
- b) dejar sin responder (omitidos) más de 25 ítems del Inventario,
- c) obtener una puntuación directa igual o mayor a 25 en la escala F.

La aplicación de los criterios mencionados posibilitó la eliminación de un 12% de los protocolos recogidos. La muestra quedó integrada por 556 adultos (249 varones, 307 mujeres), con una edad promedio de 31,3 años en los varones y de 30,8 años en las mujeres, y una desviación típica (Dt) de 9,3 años en ambos grupos. A partir de los datos referidos a educación y ocupación se calculó el nivel económico social (NES). En la muestra analizada este dato se distribuye de la siguiente manera: 10% en el nivel bajo, 85% en nivel medio y 5% en el nivel alto.

Se trabajó con las 6 escalas de validez y las 10 clínicas. Se procedió a calcular las diferencias según sexo en las escalas mencionadas (*t* de Student). Se encontró que existían esa diferencia, con significación estadística ($p \leq 0,01$), en las escalas clínicas Depresión, Histeria, Hipocondría, Masculinidad /Feminidad, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversión social y en las escalas de validez Virtudes inusuales (L), Infrecuencia (F), VRIN y TRIN.

Posteriormente se continuó recogiendo más datos de población adulta general, hasta llegar a obtener una muestra de 1.000 adultos (500 varones y 500 mujeres). En el análisis de datos de esta muestra total se incorporaron las escalas de contenido y suplementarias.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en todas las escalas de contenido salvo Pensamiento extravagante o bizarro, Desconfianza, Conductas antisociales, Comportamiento tipo A e Incomodidad social. En las escalas suplementarias analizadas se verificaron diferencias con significación estadística ($p \leq 0,05$) según sexo en Ansiedad, Fuerza del yo, Alcoholicismo (MacAndrew), Responsabilidad social, Dificultades académicas, Rol sobre el género, Estrés postraumático, Malestar matrimonial y Represión.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



Nueva edición con nuevas escalas y perfiles de resultados.

El MMPI-2 es una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de la personalidad y de la psicopatología en diversos contextos. Más de 2.000 investigaciones empíricas han sido publicadas con esta herramienta, acumulando un ingente caudal de datos y resultados.

Fruto de las investigaciones realizadas y del tiempo transcurrido desde la primera edición del MMPI-2, se presenta esta **nueva edición revisada** que incluye **nuevas escalas de validez, de contenido y suplementarias** que permiten enriquecer el uso de la herramienta (escalas Fp, FBS, RBS y S, subescalas de contenido y escalas de los cinco de personalidad psicopatológica PSY-5).

Esta nueva edición también incluye un **nuevo perfil de resultados más claro y organizado** y la inclusión de pautas de interpretación más precisas para cada una de las escalas y subescalas que lo componen. Su corrección se ve facilitada por su integración dentro del sistema informatizado on-line de teacorriges.com

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

Grupo Editorial Hogrefe

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

