

MMPI-2-RF™

Inventario Multifásico de Personalidad
de Minnesota-2 Reestructurado



Y. S. Ben-Porath
A. Tellegen

Adaptación española:
P. Santamaría
(Dpto. I+D+i de TEA Ediciones)



Índice

PRÓLOGO	7
AGRADECIMIENTOS	9
NOTA A LA TERCERA EDICIÓN	11
FICHA TÉCNICA	13
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Del MMPI al MMPI-2-RF	15
<i>El MMPI original</i>	15
<i>El MMPI-2</i>	16
<i>Las escalas clínicas reestructuradas (RC) del MMPI-2</i>	18
<i>El MMPI-2-RF</i>	20
1.2. Ámbitos de aplicación	22
1.3. Requisitos profesionales	23
1.4. Protección de los materiales de la prueba.....	23
1.5. Materiales	24
2. PROCESO DE DESARROLLO DEL MMPI-2-RF	25
2.1. Desarrollo de las escalas	25
<i>Desarrollo de las escalas de validez</i>	25
<i>Indicadores de inconsistencia de respuesta</i>	25
<i>Indicadores de exageración de síntomas</i>	27
<i>Indicadores de minimización de síntomas</i>	29
<i>Desarrollo de las escalas de segundo orden</i>	29
<i>Desarrollo de las escalas de problemas específicos e intereses</i>	32
<i>Desarrollo de las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)</i>	34
2.2. La muestra de tipificación de la adaptación española	34
2.3. Proceso de construcción de baremos de la adaptación española	37
3. NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCIÓN	39
3.1. Normas de aplicación	39
<i>Valoración de la capacidad del sujeto evaluado para responder a la prueba</i>	39
<i>Modalidades de aplicación y anotación de las respuestas del MMPI-2-RF</i>	41
<i>Supervisión de la aplicación de la prueba</i>	41
<i>Mantenimiento de un entorno tranquilo y relajado</i>	41
3.2. Normas de corrección	41
4. FUNDAMENTACIÓN ESTADÍSTICA	45
4.1. Fiabilidad.....	45
<i>Escalas de validez</i>	45
<i>Escalas sustantivas</i>	47
4.2. Validez	51
<i>Escalas de validez</i>	51
<i>Indicadores de inconsistencia de respuesta</i>	51
<i>Indicadores de exageración de síntomas</i>	53
<i>Indicadores de minimización de síntomas</i>	56

<i>Escalas sustantivas</i>	57
<i>Correlatos externos</i>	57
<i>Correlaciones con las escalas sustantivas del MMPI-2</i>	59
<i>Intercorrelaciones</i>	66
4.3. Resumen	66

5. NORMAS DE INTERPRETACIÓN **67**

5.1. Estructura y guía para la interpretación del MMPI-2-RF	67
5.2. Validez del protocolo.....	68
<i>Ausencia de respuesta al contenido</i>	69
<i>Puntuación interrogante (?)</i>	69
<i>Inconsistencia de las respuestas variables (VRIN-r)</i>	70
<i>Inconsistencia de las respuestas verdadero (TRIN-r)</i>	71
<i>Exageración de síntomas</i>	72
<i>Infrecuencia (F-r)</i>	72
<i>Psicopatología infrecuente (Fp-r)</i>	73
<i>Quejas somáticas infrecuentes (Fs)</i>	74
<i>Validez de los síntomas (FBS-r)</i>	75
<i>Sesgo de respuesta (RBS)</i>	76
<i>Minimización de síntomas</i>	77
<i>Virtudes inusuales (L-r)</i>	78
<i>Validez del ajuste (K-r)</i>	79
5.3. Interpretación de las escalas sustantivas.....	80
<i>Escalas de segundo orden (dimensiones globales)</i>	81
<i>Alteraciones emocionales o internalizadas (EID)</i>	81
<i>Alteraciones del pensamiento (THD)</i>	81
<i>Alteraciones comportamentales o externalizadas (BXD)</i>	82
<i>Escalas clínicas reestructuradas (RC)</i>	83
<i>Desmoralización (RCd)</i>	83
<i>Quejas somáticas (RC1)</i>	85
<i>Escasez de emociones positivas (RC2)</i>	85
<i>Desconfianza (RC3)</i>	86
<i>Conducta antisocial (RC4)</i>	88
<i>Ideas persecutorias (RC6)</i>	88
<i>Emociones negativas disfuncionales (RC7)</i>	89
<i>Experiencias anormales (RC8)</i>	89
<i>Activación hipomaniaca (RC9)</i>	90
<i>Escalas de problemas específicos</i>	92
<i>Escalas somáticas y cognitivas</i>	92
<i>Malestar general (MLS)</i>	92
<i>Quejas gastrointestinales (GIC)</i>	92
<i>Quejas de dolor de cabeza (HPC)</i>	93
<i>Quejas neurológicas (NUC)</i>	94
<i>Quejas cognitivas (COG)</i>	95
<i>Escalas de internalización</i>	95
<i>Ideación suicida (SUI)</i>	95
<i>Indefensión / Desesperanza (HLP)</i>	97
<i>Inseguridad (SFD)</i>	97
<i>Ineficacia (NFC)</i>	97
<i>Estrés / Preocupaciones (STW)</i>	97
<i>Ansiedad (AXY)</i>	99
<i>Propensión a la ira (ANP)</i>	99

<i>Miedos incapacitantes (BRF)</i>	99
<i>Miedos específicos (MSF)</i>	100
<i>Escalas de externalización</i>	101
<i>Problemas de conducta juveniles (JCP)</i>	101
<i>Abuso de sustancias (SUB)</i>	102
<i>Agresión (AGG)</i>	103
<i>Activación (ACT)</i>	103
<i>Escalas interpersonales</i>	104
<i>Problemas familiares (FML)</i>	104
<i>Pasividad interpersonal (IPP)</i>	104
<i>Evitación social (SAV)</i>	106
<i>Timidez (SHY)</i>	106
<i>Misantropía (DSF)</i>	106
<i>Escalas de intereses</i>	107
<i>Intereses estético-literarios (AES)</i>	108
<i>Intereses mecánico-físicos (MEC)</i>	108
<i>Las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)</i>	109
<i>Agresividad-revisada (AGGR-r)</i>	109
<i>Psicoticismo-revisada (PSYC-r)</i>	109
<i>Falta de control-revisada (DISC-r)</i>	110
<i>Emocionalidad negativa / Neuroticismo-revisada (NEGE-r)</i>	110
<i>Introversión / Escasa emocionalidad positiva-revisada (INTR-r)</i>	111
5.4. Casos ilustrativos	112
<i>Sr. B</i>	112
<i>Descripción general del caso</i>	112
<i>Análisis detallado de los resultados en el MMPI-2-RF</i>	113
<i>Interpretación de los resultados obtenidos por el Sr. B en el MMPI-2-RF</i>	114
<i>Sra. D</i>	117
<i>Descripción general del caso</i>	117
<i>Interpretación de los resultados obtenidos por el Sra. D en el MMPI-2-RF</i>	117
<i>Sra. F</i>	120
<i>Descripción general del caso</i>	120
<i>Interpretación de los resultados obtenidos por el Sra. F en el MMPI-2-RF</i>	120

BIBLIOGRAFÍA	123
---------------------------	------------

APÉNDICE A. Composición por ítems de las escalas del MMPI-2-RF	131
---	------------

APÉNDICE B. Correspondencia entre ítems en el MMPI-2-RF y el MMPI-2	133
--	------------

APÉNDICE C. Tablas de correlatos externos del MMPI-2-RF	137
--	------------

APÉNDICE D. Correlaciones entre las escalas del MMPI-2-RF y el MMPI-2	195
--	------------

APÉNDICE E. Intercorrelaciones del MMPI-2-RF	221
---	------------

Prólogo

La *University of Minnesota Press* se complace en presentar el MMPI-2-RF, una versión revisada del MMPI-2. El MMPI-2-RF es el proyecto más reciente y de mayor envergadura del programa de investigación y desarrollo de instrumentos del MMPI y tiene la misión de cumplir el compromiso que *Press* asumió en 1982 cuando publicó el MMPI original. La primera gran iniciativa de investigación y desarrollo fue una revisión del MMPI original acometida en 1989 por la Comisión de tipificación nombrada por *Press* y formada por James Butcher, W. Grant Dahlstrom, John Graham y Auke Tellegen.

Los elementos clave de aquella revisión fueron la creación de nuevos baremos, la revisión del cuadernillo de elementos y la adición de un nuevo conjunto de escalas de contenido. En aras de mantener su objetivo, que era mejorar el instrumento y garantizar la continuidad del MMPI original, las escalas clínicas originales del MMPI permanecieron prácticamente intactas, una estrategia conservadora que entonces pareció apropiada puesto que era la primera revisión que se hacía de una prueba que acumulaba ya cuarenta años de historia.

Sin embargo, reconociendo que el valor de las escalas clínicas podía verse beneficiado de una oportuna revisión, Auke Tellegen empezó a desarrollar las escalas clínicas reestructuradas (RC) poco antes de la fecha de publicación del MMPI-2. Su cometido era crear un conjunto de escalas que representara las características primordiales de las escalas clínicas. En 2003 se publicó un estudio monográfico sobre las escalas RC llevado a cabo por Auke Tellegen, Yossef Ben-Porath, John McNulty, Paul Arbisi, John Graham y Beverly Kaemmer, y se incorporaron las escalas al MMPI-2, lo cual brindó a los usuarios la oportunidad de interpretar las puntuaciones tanto de las escalas clínicas originales como de las escalas RC.

A la vista de la gran acogida que tuvieron las escalas RC entre los investigadores y los usuarios del MMPI, *Press* decidió apoyar la iniciativa de Tellegen y Ben-Porath de desarrollar una versión del MMPI-2 que tuviera como núcleo central dichas escalas. Partiendo de los 567 ítems del MMPI-2, elaboraron un conjunto de escalas capaz de medir de forma exhaustiva el ámbito de la personalidad. El resultado es este MMPI-2-RF, un test de 338 ítems formado por 51 escalas nuevas y revisadas. Con la publicación del MMPI-2-RF, *Press* sigue brindando un apoyo permanente al MMPI-2.

Este manual ofrece a los profesionales la información básica sobre el proceso de construcción de la prueba, su ámbito de aplicación, las características que deben cumplir los profesionales que la apliquen, las muestras de referencia empleadas para la construcción de los baremos y los datos de fiabilidad y validez que la respaldan, así como las normas de aplicación y corrección del MMPI-2-RF. Confiamos en que los usuarios de este manual encuentren el capítulo dedicado a la interpretación del test especialmente interesante.

La *University of Minnesota Press* quiere expresar su agradecimiento tanto a los autores Ben-Porath y Tellegen, como a todas aquellas personas que han participado de algún modo en el proceso de desarrollo del MMPI-2-RF.

Beverly Kaemmer
Directora adjunta / Directora de la división de tests
University of Minnesota Press

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a los muchos investigadores y especialistas que han aportado de forma generosa su habilidad, experiencia y conocimientos a este proyecto. En primer lugar, gracias a los coautores del estudio monográfico que introdujeron las escalas clínicas reestructuradas (RC): Paul Arbisi, John Graham, John McNulty y Beverly Kaemmer. Paul Arbisi y John Graham aportaron comentarios muy valiosos, formales e informales, durante todo el proceso de desarrollo del MMPI-2-RF. Debemos agradecer también a Allan Harkness y a John McNulty el desarrollo de versiones revisadas de sus escalas PSY-5 para el MMPI-2-RF.

Las siguientes personas e instituciones nos dieron permiso para acceder a conjuntos de datos que nos permitieron desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas y los correlatos externos del test:

Paul Arbisi	David Freeman	Richard McCormick
Michael Bagby	Roger Gervais	William Rupp
David Berry	John Graham	Paul Schenk
Lana Boutacoff	Robert Heilbronner	Kathleen Stafford
James Butcher	Peter Kelly	
<i>The California State Personnel Board</i>		
<i>The Ohio Department of Rehabilitation and Corrections</i>		

Las siguientes personas realizaron aportaciones muy valiosas en varias etapas del desarrollo de las escalas, de los materiales y de la documentación del MMPI-2-RF:

Paul Arbisi	Johnathan Forbey	Paul Lees-Haley
Robert Archer	Diane Gartland	John McNulty
Neil Aronov	Hope Goldberg	Patricia Orud
Bruce Cappel	John Graham	Charles Rader
C. J. Davis	Richard Handel	Kathleen Stafford
Stephen Finn	Allan Harkness	Nathan Weed
Gary Fischler	Sherrill Leake	John Williams

Kevin Greve y Martin Sellbom también contribuyeron con valiosas observaciones.

Gracias a las siguientes personas de la Universidad Estatal de Kent por su apoyo durante el desarrollo de los materiales y la documentación del MMPI-2-RF: a los compañeros de post-doctorado Johnathan Forbey (ahora en la Universidad Estatal de Ball) y Martin Sellbom, por realizar los análisis de los datos, y a Alice Early por su labor en la confección de las tablas del manual del MMPI-2-RF con ayuda de:

Danielle Burchett	Wendy Dragon	Carlo Veltri
Jude Chamberlain	Ashley Smith	Dustin Wygant

En Pearson, Krista Isakson, directora de producto del MMPI-2-RF, coordinó las ingentes labores de creación y revisión de los materiales y la documentación de la prueba llevadas a cabo por Pat Anderson, Kathy Eback, Tom Fisher, Monica Frischkorn, Lavinia Gangl, Kurt Johnson, John Kamp, David Knight, Karen Perkins, Steve Prestwood, Sandy Whelan y Lisa Yang.

Yossef S. Ben-Porath
Auke Tellegen

Nota a la tercera edición

En 2008 la Universidad de Minnesota realizaba la publicación de una de las versiones del MMPI probablemente más atrevidas y necesarias de su historia, el MMPI-2-RF; una versión completamente reestructurada y actualizada del MMPI que trasladaba a la práctica profesional actual los más de 70 años de historia e investigación que atesoraba el Inventario Multifásico de Minnesota.

Apenas un año después, en 2009, se publicaba su adaptación al español por parte de TEA Ediciones, la primera en realizarse a nivel internacional. El esfuerzo que supuso esta publicación respondía al deseo de mantener actualizados a los profesionales de lengua española en una de las herramientas más relevantes de la medición y de la evaluación psicológica.

Durante todos estos años tras su publicación original y su adaptación española, su uso ha ido estableciéndose en el terreno de la evaluación a nivel internacional y han sido múltiples las publicaciones e investigaciones que se han realizado sobre su utilidad, su validez y su adecuación en muy diversos campos, un cuerpo empírico que parece seguir creciendo día a día en la literatura científica.

Fruto de este proceso de crecimiento se presenta esta tercera edición de la adaptación española, incluyendo consigo un conjunto de cambios notables en el uso, corrección e interpretación de la herramienta.

El primer cambio a reseñar es la inclusión de una nueva escala de exageración de síntomas, la escala RBS (*Response Bias Scale*; escala de Sesgo de respuesta). Creada originalmente por Gervais *et al.* (2007), ha evidenciado su utilidad para complementar al resto de escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF en la evaluación de la verosimilitud de quejas cognitivas (particularmente problemas de memoria) en distintos contextos médico-legales, civiles y criminales. Su utilidad ha hecho que se haya incluido en esta segunda edición dentro del conjunto de escalas de validez del MMPI-2-RF, ampliando a nueve las escalas disponibles en esta área.

Un segundo cambio afecta a los baremos de la prueba que han sido recalculados íntegramente a partir del software proporcionado por la Universidad de Minnesota para la generación de puntuaciones T uniformes con los datos normativos de la adaptación española. Si bien, en general, la magnitud de los cambios ha sido pequeña (inferiores a 1,5 unidades de puntuaciones T en promedio), se ha considerado conveniente su implementación para garantizar la aplicación de un mismo procedimiento homogéneo en todas las adaptaciones realizadas del MMPI-2-RF a distintas lenguas y países.

En tercer lugar, la corrección del MMPI-2-RF se ha integrado dentro de la plataforma *on-line* teacorriges.com para facilitar y agilizar el proceso de obtención de las puntuaciones típicas y de los perfiles de resultados. Solo es necesario un navegador y una conexión a Internet para poder acceder al sistema de corrección del MMPI-2-RF. Esto permite que esté accesible desde cualquier ordenador y desde cualquier punto de acceso, reduciendo notablemente los problemas de compatibilidad con distintos sistemas operativos o configuraciones de hardware.

Finalmente, se ha puesto a disposición de los profesionales que lo deseen un informe interpretativo automatizado de las puntuaciones del MMPI-2-RF. En el caso de que el profesional lo solicite, el sistema informático genera automáticamente un informe interpretativo en el que se destacan las informaciones más relevantes del perfil, se analizan las combinaciones de escalas más destacadas y se orienta sobre posibles hipótesis diagnósticas y pautas de intervención. Este informe es opcional y está disponible dentro de la propia plataforma *on-line* de corrección.

Esperamos sinceramente que los cambios introducidos en esta tercera edición de su adaptación española contribuyan a un mejor y más fácil uso profesional de la herramienta.

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

Ficha técnica

Nombre: MMPI-2-RF™. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado.*

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

Autores: Yossef S. Ben-Porath y Auke Tellegen.

Procedencia: *University of Minnesota Press*, 2008, 2011.

Adaptación española: Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones) 2009, 2015.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos.

Duración: Variable, entre 35 y 50 minutos (consta de 338 ítems de verdadero/falso).

Finalidad: Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad. Contiene 8 escalas de validez, 3 escalas de segundo orden (dimensiones globales), 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos (5 escalas somáticas, 9 escalas de internalización, 4 escalas de externalización, 5 escalas de relaciones interpersonales), 2 escalas de intereses y 5 escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5).

Baremación: Baremos en puntuaciones T a partir de una muestra normal de población española.

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

1. Introducción

El MMPI-2-RF (*Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*) es una versión revisada del MMPI-2. Está compuesto por 338 ítems (seleccionados entre los 567 del MMPI-2) y ha sido diseñado para evaluar de forma exhaustiva y eficiente las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto de ítems del MMPI. Estos 338 ítems permiten obtener puntuaciones en 51 escalas: 9 escalas de validez y 42 escalas sustantivas. En la tabla 1.1 se puede encontrar un listado de todas las escalas que componen el MMPI-2-RF junto con una breve descripción de cada una de ellas.

Las nueve escalas de validez son, en su mayoría, versiones revisadas de indicadores de validez desarrollados para el MMPI-2. Las 42 escalas sustantivas se dividen en 9 escalas clínicas reestructuradas (escalas RC), 3 escalas de segundo orden que evalúan grandes áreas de alteraciones (alteraciones emocionales, alteraciones del pensamiento y alteraciones del comportamiento), 23 escalas de problemas específicos, 2 escalas de intereses y 5 escalas revisadas de personalidad psicopatológica. En su conjunto, se puede considerar el MMPI-2-RF como una prueba de amplio espectro pensada para ser utilizada en una gran variedad de contextos.

En este manual se incluye toda la información que el profesional necesita conocer para extraer la

máxima utilidad práctica a los resultados que se obtienen en la prueba. También incluye información sobre sus características técnicas fundamentales, incluyendo los estudios de fiabilidad disponibles así como amplios datos sobre los correlatos externos encontrados de cada una de las escalas que respaldan las recomendaciones para la interpretación que se describen en el capítulo 5 de este manual. También se incluye una exposición de los motivos que llevaron a su elaboración junto con los procedimientos que se siguieron en este proceso.

Como en otras pruebas de autoinforme, dado el gran número de escalas del MMPI-2-RF (51 escalas) y la compleja naturaleza de algunas de ellas (p. ej., VRIN-r y TRIN-r), su corrección y puntuación ha de realizarse con ayuda de procedimientos informáticos que reduzcan al mínimo el número de errores que se cometen en este tipo de labores y el tiempo que el profesional debe emplear en tareas mecánicas. Estos procedimientos permiten además una explotación más completa y potente de los resultados posibilitando, por ejemplo, el control del porcentaje de respuestas omitidas por escala o la inclusión en el perfil de los ítems respondidos en algunas escalas consideradas críticas.

En el siguiente apartado se detallará la evolución sufrida por el MMPI y los hitos más relevantes que han llevado a la creación del MMPI-2-RF.

1.1. Del MMPI al MMPI-2-RF

El MMPI original

El MMPI fue desarrollado por Starke Hathaway, psicólogo clínico de los hospitales de la Universidad de Minnesota, y J. C. 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. Para diseñar los ítems de la prueba, Hathaway y McKinley tuvieron en cuenta el sistema de clasificación diagnóstica de la década de 1930. Elaboraron un banco extenso de posibles ítems y aplicaron criterios empíricos para definir las ocho escalas clínicas originales del MMPI

a partir de la comparación de grupos de pacientes con diferentes diagnósticos con grupos de no pacientes. Para ello se llevaron a cabo análisis estadísticos destinados a identificar ocho conjuntos de ítems que permitieran discriminar entre pacientes pertenecientes a ocho grupos de diagnóstico, a saber, hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia (trastornos de ansiedad), esquizofrenia e hipomanía, y sujetos “normales” (no pacientes). Posteriormente se realizaron varios análisis adicionales que resultaron en los ocho conjuntos de ítems definitivos que se convirtieron en las ocho escalas básicas de diagnóstico, a las cuales se añadieron más tarde

la escala Masculinidad/feminidad (diseñada originalmente para detectar tendencias homosexuales en una época en que la homosexualidad era considerada un trastorno psiquiátrico) y la escala Introversión social. Hathaway y McKinley documentaron todo el desarrollo de las escalas clínicas del MMPI en una serie de artículos publicados entre 1940 y 1944 (Hathaway y McKinley, 1940, 1942; McKinley y Hathaway, 1940, 1942, 1944).

No obstante, estas escalas clínicas no funcionaron como se esperaba. Los intentos de confirmar su validez como predictores de la pertenencia a uno u otro grupo de diagnóstico tuvieron un éxito sólo parcial en algunas escalas y nulo en otras (Hathaway, 1960). Sin embargo, los primeros profesionales en utilizar el MMPI reconocieron ciertos patrones de puntuaciones en las escalas clínicas asociados a determinadas características de la personalidad. Comenzó a cambiar el enfoque de los investigadores desde los correlatos de las escalas individuales hacia la identificación de correlatos empíricos replicables de los patrones de puntuaciones en las escalas. Se acuñó el término *perfil* para hacer referencia al conjunto completo de puntuaciones en las ocho escalas clínicas y se emplearon los conceptos *perfil tipo* o *código tipo* para identificar patrones o combinaciones concretas de puntuaciones.

En la década de 1960 el uso del MMPI había cambiado radicalmente, abandonándose el modelo de diagnóstico en favor del objetivo considerablemente más amplio de evaluar características normales y anormales de la personalidad, síntomas psicopatológicos y tendencias comportamentales. Las fuentes principales de información dejaron de ser las escalas individuales y pasaron a serlo los perfiles tipo o códigos tipo. Estudios exhaustivos de los correlatos empíricos de los códigos tipo (por ejemplo, Gilberstadt y Duker, 1965; Marks y Seeman, 1963; Marks, Seeman y Haller, 1974) sirvieron como fuentes principales para hacer deducciones interpretativas de la prueba. También a principios de la década de 1960, los esfuerzos por construir e interpretar escalas del MMPI en función del contenido de sus ítems y no de los correlatos externos confluyó en la creación de nuevas escalas y enfoques interpretativos (por ejemplo, Wiggins, 1966). Las escalas de contenido complementaron a las escalas originales de origen empírico proporcionando un medio de comunicación más

directo entre el sujeto evaluado y la persona que interpretaba los resultados de la prueba.

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 ámbitos 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 la psicopatología. Sin embargo, con los años, los investigadores y especialistas empezaron a darse cuenta de ciertas deficiencias que requerían ser subsanadas. En 1982 la editorial *University of Minnesota Press* inició el proyecto para realizar una nueva tipificación, cuya misión era elaborar una versión revisada del MMPI original. El MMPI-2 se publicó en 1989 pero el MMPI original no dejó de utilizarse hasta 1999.

El MMPI-2

La necesidad de actualizar el MMPI era un hecho reconocido y expresado ya antes de que el proyecto de nueva tipificación se pusiera en marcha (véase Butcher, 1972). Todo el mundo consideró que el primer requisito y el más urgente era obtener nuevos baremos, ya que 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 de la prueba, 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 fue actualizar los ítems de la prueba. Se eliminaron ítems que no puntuaban en ninguna de las escalas de uso más extendido e ítems que se consideraban ofensivos porque, o bien hacían referencia a creencias religiosas, o incluían lenguaje sexista o comentarios sobre el funcionamiento del intestino o la vejiga. También se revisaron aquellos ítems cuyo lenguaje estaba desfasado o contenía referencias culturales obsoletas. Estos dos objetivos se enmarcaron en el compromiso adoptado por la comisión de preservar la continuidad entre el MMPI original y el instrumento revisado. Como consecuencia, las escalas clínicas quedaron prácticamente intactas. De ellas sólo se revisó un número muy reducido de ítems y se eliminó un número aún más reducido por considerarse ofensivos.

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 personas respondieron a la batería de pruebas compuesta por una versión experimental del cuadernillo, el MMPI-AX, formada por los 550 ítems de la prueba original más 154 ítems revisados o nuevos que se añadieron como sustitutos potenciales de aquellos ítems originales que no mostraran un adecuado funcionamiento; un cuestionario de información biográfica que recogía una gran cantidad de datos demográficos y un cuestionario de sucesos vitales consistente en un inventario de experiencias estresantes recientes. De la muestra completa de sujetos 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 sujetos 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).

La versión final del MMPI-2 contenía 567 ítems. De los 383 ítems que puntuaban en las escalas de validez y las escalas clínicas del MMPI original, 372 permanecieron en el MMPI-2 y once fueron eliminados por incluir contenidos ofensivos. A ninguna escala se le añadieron ítems ni se le eliminaron más de cuatro. De los ítems del MMPI-2, 64 eran revisiones superficiales de los ítems del MMPI original. Ben-Porath y Butcher (1989) consideraron que el impacto de estos cambios era insignificante en el funcionamiento psicométrico de las escalas que incluían cualquiera de estos ítems. En coherencia con el objetivo de preservar la continuidad con el MMPI original, las escalas de validez básicas (L, F y K) permanecieron invariables salvo por la eliminación de cuatro ítems dudosos de la escala F, mientras que las escalas clínicas del MMPI-2 se mantuvieron prácticamente idénticas a las del MMPI.

Se introdujeron las siguientes mejoras:

- nuevos baremos más representativos,
- un nuevo método para calcular las puntuaciones típicas del MMPI-2 (Tellegen y Ben-Porath, 1992),
- 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),

- una nueva escala, F_b , diseñada para identificar respuestas infrecuentes en los últimos ítems del MMPI-2,
- las escalas de contenido del MMPI-2 (Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath, 1990), que sustituyeron a las escalas de contenido del MMPI original (Wiggins, 1966) y que ofrecían, igual que lo hicieron las escalas de Wiggins, una evaluación más precisa de algunos de los mismos atributos que cubrían las escalas clínicas (tales como la ansiedad, la depresión o el pensamiento estafalario) y la evaluación de algunas áreas no atendidas directamente por las escalas clínicas (tales como los miedos, la ira o los problemas familiares).

En la primera edición del manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) se documentó todo el proceso de desarrollo y validación que se siguió. Aunque al principio surgieron dudas sobre si se había preservado o no la continuidad (véase Dahlstrom, 1992), los estudios de congruencia de los códigos tipo generados por los dos conjuntos de baremos señalaron que, si se tenía en cuenta el error de medida, en la gran mayoría de los casos se obtenían los mismos resultados (Ben-Porath y Tellegen, 1995; Graham, Timbrook, Ben-Porath y Butcher, 1991).

Tal y como venía sucediendo desde el principio de la historia del instrumento, después de la publicación del MMPI-2 continuaron los esfuerzos de investigación y desarrollo que culminaron en una nueva edición revisada del manual de la prueba (Butcher *et al.*, 2001) que documentaba nuevas escalas del MMPI-2: dos escalas de validez, F_p (Arbisi y Ben-Porath, 1995), que era una escala de infrecuencia de respuestas si bien menos sensible a la psicopatología genuina de lo que había resultado F, y S, que medía la autopresentación superlativa (Butcher y Han, 1995); una serie de escalas enmarcadas dentro de las escalas de contenido (Ben-Porath y Sherwood, 1993); un conjunto de escalas diseñadas para medir rasgos principales de la patología de la personalidad, las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5; Harkness, McNulty y Ben-Porath, 1995; Harkness, McNulty, Ben-Porath y Graham, 2002), y una versión revisada

de la escala Ho de hostilidad (Cook y Medley, 1954). Posteriores trabajos de investigación redundaron en la introducción en el instrumento de baremos sin diferenciación por sexo (Ben-Porath y Forbey, 2003) y en la incorporación de la escala Validez de los síntomas (FBS, Lees-Haley, English y Glenn, 1991) a las escalas de validez típicas de la prueba.

Ninguna de las mejoras mencionadas tuvo una influencia profunda en la fuente central de información del MMPI-2, a saber, las escalas clínicas. Es de señalar que en el prefacio de la obra de Dahlstrom y Welsh de 1960, *MMPI Handbook*, Starke Hathaway, diseñador de las escalas clínicas, se preguntaba por qué no se habían propuesto mejoras a unas escalas publicadas casi dos décadas antes. Tendrían que pasar dos décadas más hasta que, poco después de la publicación en 1989 del MMPI-2, Tellegen pusiera en marcha ese plan de mejoras que culminaría con el desarrollo de las escalas clínicas reestructuradas (RC) del MMPI-2, tal y como queda documentado en el monográfico que se publicó sobre este asunto (Tellegen *et al.*, 2003).

Las escalas clínicas reestructuradas (RC) del MMPI-2

Dos factores notables y de igual peso motivaron el proyecto de desarrollo de las escalas RC. Uno es el punto fuerte reconocido por todos de las escalas clínicas del MMPI, a saber, su método eminentemente empírico de seleccionar ítems en función de correlatos de diagnóstico importantes, capaz de garantizar la selección de ítems de gran significado clínico. El segundo factor es el hecho igualmente conocido de que estas escalas clínicas no son óptimas psicométricamente. Podría decirse que el problema básico que pone en peligro la validez convergente y discriminante de la mayoría de las escalas es que son excesivamente heterogéneas internamente (es decir, se caracterizan por una desmedida multidimensionalidad, por conflictos en el sentido y dirección de sus ítems y por cierto “ruido”), lo cual se traduce en que sus ítems abarcan contenidos extremadamente variados, se dan

solapamientos de ítems concomitantes y existen intercorrelaciones inaceptablemente altas entre algunas escalas.

Las escalas clínicas reestructuradas (escalas RC) se diseñaron con el objetivo de solucionar el problema de la heterogeneidad de las escalas clínicas originales y para facilitar el acceso a la información clínicamente relevante. Cada escala mide por separado una de las dimensiones identificadas como un componente principal de una o más escalas clínicas. El diseño de las escalas RC (Tellegen *et al.*, 2003) tuvo lugar en cuatro fases. A lo largo de todo el proceso se llevaron a cabo análisis contrastados con amplias muestras clínicas para reducir la probabilidad de que aparecieran resultados fortuitos que pudieran poner en peligro todo el esfuerzo de reestructuración.

La primera fase consistió en crear una medida de desmoralización, un factor inespecífico común que contribuía sustancialmente a la varianza compartida entre las escalas clínicas y que era una de las dimensiones que producía la heterogeneidad de las escalas. Tellegen (1985) había descrito la desmoralización como un factor general, común a la mayoría de los pacientes (un factor de malestar psicológico inespecífico o “sufrimiento”), que aumentaba artificialmente las correlaciones entre medidas de atributos que se esperaba que fueran relativamente independientes en los inventarios clínicos del tipo del MMPI⁽¹⁾. Las observaciones de Tellegen con respecto a la desmoralización estaban basadas en su estudio de la estructura del afecto que identificaba una dimensión global y genérica del afecto positivo frente al afecto negativo (felicidad frente a infelicidad) (Watson y Tellegen, 1985). Dentro de este marco, la desmoralización se conceptualizaba como una combinación de activación negativa alta y activación positiva baja, condiciones que Tellegen (1985) había identificado, respectivamente, como factores de riesgo de la ansiedad y de la depresión patológicas. Tomando este concepto como punto de partida se elaboró una medida de desmoralización identificando un conjunto de ítems que poseían varianza relevante en común con las escalas clínicas 7 (Psicastenia) y 2

(1) Por ejemplo, la correlación en muestras clínicas entre las escalas 7 (Psicastenia) y 8 (Esquizofrenia) del MMPI-2 era de 0,90 (Tellegen *et al.*, 2003), fundamentalmente debido a la presencia en ambas escalas de ítems de desmoralización que hacía que se solapase su contenido y disminuyese sensiblemente la validez diferencial de ambas escalas y su capacidad discriminativa.

(Depresión). El contenido de estos ítems resultó ser congruente con el de la dimensión de afecto positivo frente a afecto negativo.

La segunda gran fase de construcción de las escalas RC consistió en llevar a cabo análisis de componentes principales de los ítems de cada una de las escalas clínicas originales junto con los ítems de la escala Desmoralización. El análisis de cada una de las escalas permitiría separar el factor de desmoralización común a muchas de ellas de aquellos factores específicos a cada una. Así, en cada uno de estos análisis, el primer factor rotado estuvo definido por la presencia de los ítems de Desmoralización y de aquellos ítems de la escala clínica que eran a su vez indicadores de desmoralización. El segundo factor rotado permitió identificar en la mayoría de las escalas clínicas un componente distintivo y lleno de significado ajeno a Desmoralización. En algunas escalas, sin embargo, fue necesario obtener una solución de tres factores que consiguiera recuperar una dimensión significativa que no fuera ya considerada como componente distintivo principal de una escala clínica distinta. En el caso de la escala 5 fue necesaria incluso una solución de cuatro factores que produjo dos componentes distintivos. Al final, la segunda fase del proceso de diseño de las escalas RC dio como resultado 12 conjuntos de ítems representativos de Desmoralización y 11 componentes distintivos principales de las escalas clínicas.

La tercera fase fue la elaboración de un conjunto de escalas básicas que representaran a los 12 componentes de las escalas clínicas identificados. Con este fin se llevó a cabo una serie de análisis diseñados para maximizar tanto la representatividad como la diferenciación mutua de las 12 escalas básicas.

La cuarta fase de diseño de las escalas se concentró en desarrollar las nueve escalas RC definitivas, una de desmoralización y ocho escalas clínicas representativas de las principales psicopatologías reconocidas, a saber, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc y Ma, excluyendo Mf y Si. Se calcularon las correlaciones de cada escala básica con cada uno de los 567 ítems del MMPI-2 y se añadieron a las escalas aquellos ítems que estuvieran suficientemente correlacionados con una de ellas y en menor medida con las otras 11 escalas primitivas. Posteriormente se cambiaron de escala un número reducido de ítems teniendo en cuenta no sólo las

correlaciones entre los ítems de la escala RC sino también criterios externos. Todas las cuestiones sobre este procedimiento, incluidos los criterios aplicados para establecer la diferencia entre correlación mínima y correlación suficiente en las distintas escalas, han sido descritas por Tellegen *et al.* (2003).

Los resultados obtenidos por Tellegen *et al.* (2003) mostraron que, en comparación con las escalas clínicas originales, las escalas clínicas reestructuradas, considerablemente más cortas obtenían valores de fiabilidad iguales o superiores, una menor saturación en el factor de desmoralización, intercorrelaciones menores, resultados de validez convergente comparables o superiores y resultados de validez discriminante sustancialmente mejores.

Este conjunto de resultados hizo recomendable emplear las escalas clínicas reestructuradas (RC) para facilitar la interpretación del perfil de las escalas clínicas originales, aprovechando su cualidad diferenciadora sustancialmente mejorada y el diseño de contenido de las escalas RC. En el contexto clínico es muy habitual encontrar niveles altos de desmoralización que suelen producir perfiles difusos de múltiples elevaciones o picos en las escalas clínicas del MMPI-2. En estos casos, el perfil de las escalas RC puede mostrar una puntuación alta en la escala Desmoralización y en algunas pocas escalas RC concretas (en vez de en la mayoría de ellas), poniendo así de relieve aquellas otras facetas problemáticas del sujeto evaluado distintas de la desmoralización. En otros casos, más probables en contextos de pacientes externos o de población general, una puntuación baja en Desmoralización puede deprimir excesivamente el perfil de las escalas clínicas del MMPI-2 pero no el de las escalas RC que mantienen más diferenciados ambos aspectos.

Estudios posteriores (véase Ben-Porath, 2008) han aportado evidencia adicional sobre la validez y utilidad de las escalas RC en una variedad de contextos en los que el MMPI-2 se suele utilizar con frecuencia. Este conjunto de investigaciones y evidencias, junto con los nuevos correlatos especificados en Tellegen y Ben-Porath (2008) constituyen la base de las recomendaciones interpretativas de fundamentación empírica del capítulo 5. Además, uno de los objetivos perseguidos en la reestructuración de las escalas clínicas fue llegar a medidas que pudieran vincularse a los actuales conceptos y modelos de personalidad y psicopatología, de forma que los resultados de una

persona en la prueba no solo se encuadraran en el contenido, estructura y validez de criterio de las escalas RC sino en el marco más amplio de los constructos evaluados y los modelos existentes. Los resultados de Sellbom y Ben-Porath (2005), Sellbom, Ben-Porath y Bagby (2008b) parecen indicar la consecución de este objetivo.

Las escalas RC, aunque muy valiosas como medidas de los principales componentes distintivos de las escalas clínicas, nunca fueron consideradas como suficientes para proporcionar una evaluación exhaustiva de los atributos de relevancia clínica que subyacían a los ítems del MMPI-2. Faltaban escalas que midieran facetas específicas de las escalas clínicas originales que necesitaban ser consideradas independientemente (tales como la timidez, la ansiedad, la agresión o el abuso de sustancias) y otros atributos significativos no evaluados, o no directamente evaluados, por las escalas RC (tales como los intereses, la ideación suicida o los miedos). Además, como se mencionó anteriormente, el conjunto definitivo de escalas RC no incluía medidas de los componentes distintivos de las escalas clínicas 5 y 0, que, aunque no eran medidas psicopatológicas, sí apuntaban atributos relevantes para una evaluación psicológica global, lo que justificaba su inclusión en el MMPI-2-RF. Por último, faltaba por identificar un conjunto de dimensiones de segundo orden.

El MMPI-2-RF

El MMPI-2-RF fue diseñado con el objetivo de proporcionar un conjunto comprensivo de escalas que permitiera obtener una evaluación exhaustiva y eficaz de las principales variables de relevancia clínica mensurables con el banco de ítems del MMPI-2. Para ello se contó con las escalas RC y se sometió a examen a todo el conjunto de ítems del MMPI-2 buscando identificar aquellas escalas sustantivas potenciales, adicionales a las escalas RC, que cumplieran este objetivo. Se seguía de este modo el impulso inicial de Tellegen *et al.* (2003) que afirmaba:

“La introducción de las escalas RC puede estimular el desarrollo adicional de nuevas escalas. Puede probar que resulta útil buscar y medir las características principales distintivas de otras escalas relevantes del MMPI-2, aparte de las escalas clínicas, algunas de las cuales también pueden estar marcadas por un fuerte componente de desmoralización. La investigación que se presenta en estas líneas puede

llevar al desarrollo de escalas adicionales que aporten información complementaria a las escalas RC. Estos esfuerzos pueden permitir finalmente captar toda la gama de atributos esenciales subyacentes al MMPI-2 en un nuevo conjunto de escalas más transparente y eficaz que el actualmente disponible” (págs. 85-86).

Los métodos que se utilizaron para elaborar muchas de estas escalas adicionales fueron muy parecidos a los que se emplearon en el diseño de las escalas RC: análisis factorial de conjuntos de ítems sustantivos relevantes; formación de escalas preliminares y germinales; reclutamiento y captación de ítems procedentes de todo el banco del MMPI-2; optimización de la fiabilidad, la distintividad y el significado de las escalas; y consideración de correlatos externos para la configuración de las escalas definitivas. Sin embargo, el proyecto de creación de las escalas RC resultó relativamente circunscrito en comparación con la serie de análisis de amplio espectro que se realizaron para la elaboración de este conjunto comprensivo de escalas sustantivas adicionales. También se desarrolló un conjunto de escalas de validez.

En el capítulo 2 se describe con más detalle el proceso seguido en las principales fases de reestructuración que llevaron a la definición de las 9 escalas de validez y las 28 escalas sustantivas adicionales (3 escalas de segundo orden, 23 escalas de problemas específicos y 2 escalas de intereses). Las propiedades psicométricas y los correlatos empíricos de las escalas MMPI-2-RF, pueden consultarse en el capítulo 4 de este manual y en la publicación de Tellegen y Ben-Porath (2008). En el capítulo 5 se incluyen recomendaciones para la interpretación de cada una de las escalas del MMPI-2-RF basadas en los datos empíricos disponibles.

Harkness y McNulty (2007) trabajaron independientemente en un conjunto revisado de las escalas PSY-5. El modelo PSY-5 fue desarrollado originalmente por Harkness y McNulty (1994) con el objetivo de representar dimensiones importantes de la patología de la personalidad. La relevancia de las escalas PSY-5 ha sido corroborada por un amplio número de estudios empíricos.

La tabla 1.1 recoge una breve descripción de las 51 escalas del MMPI-2-RF.

Tabla 1.1.

Las escalas del MMPI-2-RF

Abrev.	Nombre	Descripción
Escalas de validez		
?	Interrogante	Número de ítems omitidos o con doble respuesta
VRIN-r	Inconsistencia de las respuestas variables	Patrón de respuesta aleatorio
TRIN-r	Inconsistencia de las respuestas verdadero	Patrón de respuesta fijo
F-r	Infrecuencia	Respuestas infrecuentes en la población general
Fp-r	Psicopatología infrecuente	Respuestas infrecuentes en la población psiquiátrica
Fs	Quejas somáticas infrecuentes	Quejas somáticas infrecuentes en la población de pacientes en tratamiento médico
FBS-r	Validez de los síntomas	Quejas somáticas y cognitivas asociadas a exageración de síntomas
RBS	Sesgo de respuesta	Quejas exageradas de problemas de memoria
L-r	Virtudes inusuales	Atributos o acciones morales poco habituales
K-r	Validez del ajuste	Afirmaciones de buen ajuste psicológico asociadas a disimulación o minimización de síntomas
Escalas de segundo orden		
EID	Alteraciones emocionales o internalizadas	Problemas relacionados con el estado anímico y afectivo
THD	Alteraciones del pensamiento	Problemas relacionados con el pensamiento desorganizado
BXD	Alteraciones del comportamiento o externalizadas	Problemas relacionados con conductas escasamente reguladas
Escalas clínicas reestructuradas (RC)		
RCd	Desmoralización	Insatisfacción e infelicidad generalizada
RC1	Quejas somáticas	Quejas difusas sobre la salud física
RC2	Escasez de emociones positivas	Ausencia de respuesta emocional positiva
RC3	Desconfianza	Creencias que expresan desconfianza y una mala opinión generalizada de los otros
RC4	Conducta antisocial	Ruptura de reglas y comportamiento irresponsable
RC6	Ideas persecutorias	Creencias autorreferenciales que consideran a los otros como una amenaza
RC7	Emociones negativas disfuncionales	Ansiedad, ira o irritabilidad desadaptativas
RC8	Experiencias anormales	Pensamientos o percepciones poco corrientes
RC9	Activación hipomaniaca	Sobreactivación, agresión, impulsividad y grandiosidad
Escalas de problemas específicos		
Escalas somáticas / cognitivas		
MLS	Malestar general	Sensación general de debilitamiento físico, estado de salud delicado
GIC	Quejas gastrointestinales	Nauseas, molestias estomacales recurrentes y falta de apetito
HPC	Quejas de dolor de cabeza	Dolor de cabeza y cuello
NUC	Quejas neurológicas	Mareos, debilidad, parálisis, falta de equilibrio, etc.
COG	Quejas cognitivas	Problemas de memoria, dificultades para concentrarse, etc.
Escalas de internalización		
SUI	Ideación suicida	Informa abiertamente de ideación suicida e intentos recientes de suicidio
HLP	Indefensión / Desesperanza	Creencia de que ni las metas pueden alcanzarse ni los problemas resolverse
SFD	Inseguridad	Falta de confianza en sí mismo, sentimientos de inutilidad
NFC	Ineficacia	Creencia de que uno es irresoluto e ineficaz
STW	Estrés / Preocupaciones	Preocupación por los fracasos o decepciones, dificultades para manejar las presiones de tiempo
AXY	Ansiedad	Ansiedad generalizada, temores, pesadillas frecuentes
ANP	Propensión a la ira	Fácilmente irritable, impaciente con los demás
BRF	Miedos incapacitantes	Miedos que impiden significativamente el desarrollo de las actividades cotidianas
MSF	Miedos específicos	Múltiples miedos específicos: miedo a la sangre, al fuego, a los truenos, etc.

Tabla 1.1. (continuación)

Las escalas del MMPI-2-RF

Abrev.	Nombre	Descripción
Escalas de externalización		
JCP	Problemas de conducta juveniles	Problemas en el centro educativo y en casa, robos...
SUB	Abuso de sustancias	Abuso de alcohol y drogas en la actualidad y en el pasado
AGG	Agresión	Comportamiento violento, agresividad física
ACT	Activación	Nivel destacado de energía y activación
Escalas interpersonales		
FML	Problemas familiares	Relaciones familiares conflictivas
IPP	Pasividad interpersonal	Conducta sumisa y no asertiva
SAV	Evitación social	Evitación o falta de disfrute de los acontecimientos sociales
SHY	Timidez	Vergüenza, tendencia a sentirse inhibido y ansioso cerca de los demás
DSF	Misantropía	Aversión a la gente y a estar cerca de ella
Escalas de intereses		
AES	Intereses estético-literarios	Interés por la literatura, la música, el teatro, etc.
MEC	Intereses mecánico-físicos	Interés por arreglar y construir cosas, las actividades al aire libre, la práctica de deportes, etc.
Cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)		
AGGR-r	Agresividad - revisada	Agresividad instrumental, dirigida a un objetivo
PSYC-r	Psicoticismo - revisada	Desconexión de la realidad
DISC-r	Falta de control - revisada	Comportamiento escasamente regulado
NEGE-r	Emocionalidad negativa / Neuroticismo - revisada	Ansiedad, inseguridad, preocupaciones y miedos
INTR-r	Introversión / Escasa emocionalidad positiva - revisada	Desinterés social y anhedonia

1.2. Ámbitos de aplicación

El MMPI-2-RF es un instrumento de amplio espectro pensado para ser utilizado en la misma variedad de contextos de evaluación psicológica que el MMPI-2. El MMPI-2-RF evalúa las mismas áreas de funcionamiento psicológico. Sus escalas empíricamente validadas proporcionan información sobre los síntomas clínicos de los sujetos 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 la medida 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 transplantes de órganos y a cirugía bariátrica) y en la planificación de tratamientos de muchas intervenciones conductuales.

1.3. Requisitos profesionales

El correcto uso del MMPI-2-RF requiere contar con titulación universitaria en Psicología o Psiquiatría, incluyendo específicamente formación en evaluación psicológica. Esta formación deberá incluir una adecuada comprensión de los procedimientos generales de aplicación, corrección e interpretación de pruebas clínicas, de sus fundamentos psicométricos⁽²⁾ y, específicamente, de la evaluación de la personalidad y de la psicopatología en adultos. Siempre es aconsejable, además, que se hayan realizado prácticas supervisadas en la aplicación, corrección e interpretación de esta prueba

y que se esté familiarizado con las investigaciones y publicaciones más reciente sobre la misma en revistas especializadas.

Además, se espera de los profesionales que conozcan las *Directrices internacionales para el uso de tests* (Colegio Oficial de Psicólogos y Comisión Internacional de Tests, ITC, 2000) y que en su práctica profesional se ajusten a estas siempre que sea posible. La utilidad y validez del MMPI-2-RF dependen en buena medida de la cualificación y de las competencias de los profesionales que utilicen este instrumento.

1.4. Protección de los materiales de la prueba

Las personas que utilicen el MMPI-2-RF son responsables de mantener la seguridad y confidencialidad del instrumento, tal y como se establecen en las *Directrices internacionales para el uso de tests* (Colegio Oficial de Psicólogos y Comisión Internacional de Tests, 2000) y en los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014).

Los *Standards for Educational and Psychological Testing* disponen que los profesionales que usan los tests “son las personas responsables de proteger la seguridad de las pruebas en la medida en que los diseñadores de los mismos así lo exijan... En caso de litigio, la inspección de los instrumentos quedará restringida –en la medida y alcance que reglamentariamente corresponda– a aquellas personas que por mandato legal o moral tengan la obligación de proteger la seguridad de las pruebas” (AERA *et al.*, pág. 148).

Los usuarios del MMPI-2-RF están obligados a proteger la seguridad de los materiales de la prueba (cuadernillos, manuales, perfiles...) y a no revelar su contenido a nadie que no esté bajo su supervisión directa (y sujeto, por tanto, al mismo imperativo legal) o a nadie que no sea un profesional homólogo que esté sometido a la misma obligación de proteger los materiales de las pruebas. El único supuesto regulado como excepción a este requisito es el que se refiere a la obligación de revelar por orden judicial el material contenido en una prueba.

La revelación de información contenida en pruebas psicológicas y de diagnóstico por requerimiento judicial es un tema delicado debido a los problemas que conlleva la necesidad de preservar la integridad de la información y de evitar que se use de forma inadecuada. Existe la posibilidad de que se planteen situaciones de peso que requieran la revelación de materiales de pruebas de psicología clínica. Cuando el juez considere tal revelación

(2) Fiabilidad, error de medida, validez, puntuaciones típicas, baremos... Una buena referencia en este campo para el profesional interesado en repasar los fundamentos psicométricos de los tests es el libro de Susana Urbina, *Claves para la evaluación con tests psicológicos* (Urbina, 2007).

absolutamente necesaria se aboga por la aplicación de acuerdos y órdenes de protección adecuados que satisfagan las necesidades y preocupaciones de todos los implicados. Se recomienda que tales acuerdos y órdenes de protección incluyan: a) el acceso restringido a los materiales y testimonios relacionados con los materiales a la audiencia más reducida posible, preferiblemente uno o dos individuos que cumplan los requisitos profesionales indicados previamente; b) restricción del número de copias de los materiales de las pruebas; c) inclusión obligatoria de una nota restrictiva adecuada en los materiales que indique que están sujetos a los términos especificados y que pueden usarse sólo y exclusivamente para fines limitados del caso concreto; d) devolución o destrucción obligatoria

de los materiales al término del procedimiento legal.

Es posible que la demanda exija entregar los materiales a un abogado. En tal caso, y con el debido respeto, podrá exponerse que no es habitual que los abogados posean la titulación profesional necesaria para obtener, aplicar o interpretar pruebas restringidas como el MMPI-2-RF. De ahí que en caso de ser necesaria la revelación de la información de las pruebas, ésta se entregue a un especialista que ostente la titulación adecuada. Éstas y otras cuestiones relacionadas con la protección de los materiales podrán ser además consultadas con las asociaciones y colegios profesionales de psicólogos para obtener información complementaria.

1.5. Materiales

En el capítulo 3 se incluyen instrucciones específicas para proceder a la aplicación y corrección del MMPI-2-RF. 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-RF. Además, se incluye la fundamentación teórica y psicométrica de la prueba.
- **Cuadernillo.** Contiene las instrucciones de aplicación para la persona evaluada y los 338 ítems de la prueba. 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 tanto las contestaciones como los datos identificativos requeridos. Una vez finalizada la evaluación, el evaluador deberá revisar que se hayan rellenado correctamente todos los campos identificativos, que se hayan anotado adecuadamente las contestaciones a los ítems y que el número de elementos omitidos sea el menor posible, dado su efecto en la corrección e interpretación de la prueba. En aquellos casos 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 por Internet.** Esta hoja contiene el código de acceso necesario para realizar la corrección del MMPI-2-RF en la plataforma TEACorrige (www.teacorrige.com). Contiene también unas breves instrucciones sobre el uso de este sistema de corrección.

2. Proceso de desarrollo del MMPI-2-RF

En este capítulo se describe el proceso de desarrollo seguido para la creación del MMPI-2-RF, desde la selección de ítems y escalas hasta el procedimiento de construcción de los baremos, pasando por la descripción de la muestra de tipificación utilizada.

En primer lugar, se describirán los métodos empleados para desarrollar las escalas que, junto con las escalas RC (descritas en el capítulo 1), constituyen el MMPI-2-RF. Se proporcionará una descripción general de los procedimientos y pasos seguidos para la construcción de cada uno de los

grupos de escalas: escalas de validez, escalas de segundo orden, escalas de problemas específicos e intereses y las cinco escalas de personalidad psicopatológica.

A continuación, se describirán las características de la muestra de tipificación considerada, que es la misma que se empleó en el MMPI-2, y se justifica la creación de baremos comunes para ambos sexos. Finalmente se expondrá el procedimiento seguido para la creación de los baremos y la utilización de puntuaciones T uniformes.

2.1. Desarrollo de las escalas

Desarrollo de las escalas de validez

Las escalas de validez del MMPI-2-RF fueron diseñadas con el objetivo de proporcionar una evaluación comprehensiva y eficiente de las amenazas a la validez de la interpretación de un protocolo. La comprehensividad se logró asegurándose de que las escalas de validez del MMPI-2-RF evaluaran adecuadamente las amenazas a la validez recogidas en las escalas de validez del MMPI-2. La eficiencia se logró desarrollando escalas que, en su mayoría, fueran más breves que sus homólogas del MMPI-2 a la par que midieran adecuadamente los problemas de validez que pretendían evaluar.

Indicadores de inconsistencia de respuesta

Las escalas de inconsistencia de respuesta del MMPI-2, VRIN y TRIN, fueron introducidas en la primera edición del MMPI-2 y estuvieron inspiradas en trabajos previos de Tellegen (1978, 1982). Su objetivo era detectar patrones de respuestas insensibles al contenido del ítem, ya fueran patrones de respuesta variables o casi aleatorios (VRIN) o patrones de respuesta fijos de respuestas verdadero o de respuestas falso (TRIN). En todo caso patrones que reflejaban que el sujeto había respondido sin prestar atención al contenido de los ítems.

Para su construcción se examinó la matriz completa de intercorrelaciones entre los 567 ítems del MMPI-2 y se seleccionaron aquellos pares de

ítems que obtenían altas correlaciones entre sí (tanto positivas como negativas para el índice VRIN y sólo negativas en el caso de TRIN) y cuyo contenido era coherente. Una respuesta se consideraba inconsistente (incoherente) si dos ítems que estuvieran positivamente correlacionados eran respondidos de forma opuesta (en uno verdadero y en el otro falso) o si dos ítems que estuvieran negativamente correlacionados eran respondidos de la misma forma (a ambos verdadero o a ambos falso). En cada par de ítems, se seleccionaban los pares de respuestas que puntuaban en inconsistencia.

Estas escalas tienen un sistema de puntuación diferente al resto de las escalas ya que no se puntúan las respuestas a cada ítem aisladamente sino la presencia de determinadas combinaciones de respuestas a pares de ítems que son indicativas de respuestas incoherentes o contradictorias. En cada par de ítems que pertenece a estas escalas se puntúa si se dan determinadas combinaciones de respuestas previamente establecidas. Por ejemplo, se obtiene un punto en la escala VRIN si un sujeto responde verdadero al ítem 175 (“Nunca soy tan feliz como cuando estoy solo”) y falso al ítem 291 (“Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo”) o justo a la inversa (falso al ítem 175 y verdadero al ítem 291). En este caso se puntúan las combinaciones de respuestas Verdadero-Falso y Falso-Verdadero. No se puntúa ninguna otra combinación de respuestas. Otro ejemplo, se obtiene un punto en la escala TRIN si un sujeto responde verdadero tanto al ítem 269 (“Cuando

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

5. Normas de interpretación

En este capítulo se describen e ilustran los procedimientos de interpretación de las puntuaciones del MMPI-2-RF. En primer lugar se muestra la secuencia recomendada a seguir para interpretar los resultados obtenidos. A continuación, se proporcionan directrices interpretativas específicas para cada una de las 51 escalas del instrumento. Finalmente, se incluyen tres casos de ejemplo con el objetivo de ilustrar la interpretación del MMPI-2-RF.

En la descripción del contenido de los ítems que componen cada escala se ha tenido en cuenta no sólo su contenido si no qué respuestas (verdadero o falso) puntuaban en dicha escala. Por ejemplo, una de las escalas clínicas reestructuradas, Quejas somáticas (RC1), contiene, por un lado, 11 ítems enunciados en el mismo sentido de la escala que ponen de relieve la existencia de una variedad de problemas somáticos, y por otro, 16 ítems enunciados en el sentido opuesto a la escala que indican sensación de bienestar o ausencia de dificultades físicas. Sin embargo, al describir dicha escala en este capítulo se afirma que “la escala Quejas somáticas consta de 27 ítems que

describen un conjunto de quejas somáticas”. Esta descripción es una caracterización general de las respuestas al grupo de 27 ítems, ya que la respuesta que otorga puntuación en la escala es la que indica la presencia de estas quejas somáticas (ya sea por afirmar su presencia o por negar su ausencia). La referencia a la propia escala Quejas somáticas como instrumento de medición de “problemas somatomorfos” resume el conjunto completo de todas las respuestas.

A lo largo de este capítulo se han intercalado tablas con interpretaciones recomendadas para cada uno de los niveles de puntuación de las escalas del MMPI-2-RF. Más que criterios delimitadores rígidos, los límites que recogen estas tablas son directrices heurísticas diseñadas para aplicarse de forma general a los resultados de la prueba en contextos de salud mental. Diferentes poblaciones, identificadas por sus disimilitudes en las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones del MMPI-2-RF, pueden apuntar a la necesidad de modificar estos rangos interpretativos.

5.1. Estructura y guía para la interpretación del MMPI-2-RF

Las 42 escalas sustantivas del MMPI-2-RF presentan una estructura jerárquica de tres niveles: en la cúspide están las tres escalas de segundo orden, que son medidas generales de alteración psicológica; en medio están las nueve escalas clínicas reestructuradas (RC), y en la base las 23 escalas de problemas específicos y las dos escalas de intereses, que son medidas específicas de aspectos asociados, o complementarios, a las escalas clínicas reestructuradas. Estas medidas se complementan con las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5) que representan un modelo ampliamente investigado de patología de la personalidad.

La tabla 5.1 resume la estructura interpretativa del MMPI-2-RF e identifica las fuentes de información a considerar en cada paso de la interpretación. Debido a las limitaciones propias de una evaluación basada en autoinformes, la primera fase del proceso de interpretación del MMPI-2-RF consiste en evaluar la validez del protocolo de la prueba. Si los análisis de las puntuaciones en las escalas de validez avalan la

interpretación de las puntuaciones de las escalas sustantivas, el apartado interpretativo atiende a seis áreas: alteraciones somáticas / cognitivas, alteraciones emocionales, alteraciones del pensamiento, alteraciones comportamentales, relaciones interpersonales e intereses. A la hora de redactar el informe sobre las seis áreas, las primeras cuatro se ordenan en función de su preponderancia relativa en el sujeto. Por ejemplo, si los resultados señalan la posible preponderancia de síntomas relacionados con alteraciones del pensamiento, son éstos los que se reflejan y comentan en primer lugar.

Las secciones g y h de la interpretación de las escalas sustantivas proporcionan información de diagnóstico y tratamiento que es relevante cuando se aplica el MMPI-2-RF en contextos clínicos. Estas secciones se pueden sustituir o complementar con otros temas destacados en contextos que no sean clínicos. Por ejemplo, en el contexto de selección de personal puede incluirse la identificación de factores de riesgo potenciales en la contratación de un

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

Análisis detallado de los resultados del MMPI-2-RF del Sr. B

En la figura 5.1 se incluye el perfil del Sr. B en el MMPI-2-RF. De acuerdo a la secuencia interpretativa descrita al principio de este capítulo, el análisis de los datos empieza considerando la validez del protocolo para después, en caso de que los resultados sean interpretables, proceder a interpretar los hallazgos en las escalas sustantivas.

Validez del protocolo. En la figura 5.1 aparecen las puntuaciones de las escalas de validez del MMPI-2-RF del Sr. B. Para determinar la validez del protocolo, la primera puntuación a tener en cuenta es la de la escala interrogante (?), que en este caso es igual a 1. Si se tienen en cuenta las hipótesis interpretativas recomendadas para la puntuación interrogante (tabla 5.2), la presencia de un solo ítem omitido puede anular la puntuación de algunas de las escalas más cortas del MMPI-2-RF. No obstante, dado que en ninguna de las escalas del perfil aparece la señal de asterisco que nos alertaría de que el porcentaje de respuestas omitidas en dicha escala es superior al 10%, la presencia de un ítem omitido no pone en peligro la validez del protocolo.

El análisis de los resultados de las restantes escalas de validez indica que todas las puntuaciones del Sr. B se sitúan por debajo de los límites recomendados a partir de los cuales cabe poner en duda la validez del protocolo (tal y como se indica en las tablas 5.3 a 5.11). Por lo tanto, en este caso, las puntuaciones de las escalas de validez no plantean ningún problema relacionado con cuestiones de inconsistencia de las respuestas, exageración o minimización de los síntomas.

Interpretación de las escalas sustantivas. La interpretación de las escalas sustantivas se inicia con el análisis de las escalas de segundo orden (figura 5.1), que en este caso revela una puntuación considerablemente elevada en la escala Alteraciones emocionales o internalizadas (EID), probablemente las dificultades más sobresalientes a las que se enfrenta el Sr. B.

Las manifestaciones específicas de la alteración emocional del Sr. B vienen indicadas por la presencia de puntuaciones altas en las escalas clínicas reestructuradas, en las escalas de problemas específicos y en las cinco escalas de personalidad psicopatológica asociadas a este ámbito de alteraciones (véase la tabla 5.1 sección b, pág. 66). Entre ellas, la escala Escasez de emociones positivas (RC2) presenta la puntuación más alta, por lo que será la siguiente escala que se interprete. A continuación se

valorará la siguiente puntuación alta, Desmoralización (RCd), junto con los resultados de sus escalas de problemas específicos asociadas, a saber Ideación suicida (SUI), Indefensión / Desesperanza (HLP), Inseguridad (SFD) e Ineficacia (NFC). En este caso, aparecen puntuaciones altas en las cuatro escalas de problemas específicos, por lo que se añaden a la interpretación los enunciados recomendados en todas ellas. Completará esta parte del informe la inclusión de aquellas afirmaciones interpretativas adicionales (no redundantes) basadas en las puntuaciones altas que obtiene el Sr. B en las escalas Estrés / Preocupaciones (STW), Introversión / Escasa emocionalidad positiva-revisada (INTR-r) y Emocionalidad negativa / Neuroticismo-revisada (NEGE-r).

Las escalas somáticas son el siguiente punto en el orden de análisis, mostrando puntuaciones altas en las escalas Quejas gastrointestinales (GIC) y Quejas cognitivas (COG). En la siguiente área a considerar, alteraciones del pensamiento, el Sr. B no obtuvo puntuaciones altas en ninguna de las medidas asociadas. Tampoco en el área de alteraciones comportamentales, donde obtuvo puntuaciones bajas interpretables en dos de las escalas asociadas, Activación hipomaniaca (RC9) y Agresión (AGG).

En el apartado de relaciones interpersonales se observa que aparecen puntuaciones altas en tres de las escalas asociadas a esta área: Pasividad interpersonal (IPP), Evitación social (SAV) y Misantropía (DSF). Estos resultados serán integrados en la interpretación de los resultados. En relación con los intereses, el Sr. B obtuvo una puntuación baja en la escala Intereses mecánico-físicos (MEC), aspecto que se valorará también en la interpretación de los resultados.

En el apartado de consideraciones diagnósticas se recogen las recomendaciones dirigidas a la realización de posteriores evaluaciones diagnósticas sugeridas a partir de los resultados de la prueba. Todas las hipótesis interpretativas sobre las que se indican “Consideraciones diagnósticas” se recogen y desarrollan en esta parte del informe.

En el último apartado se incluyen, en su caso, las consideraciones terapéuticas derivadas de las hipótesis interpretativas y de las consideraciones diagnósticas. Esta parte sobre tratamiento se puede dividir en aspectos a evaluar más detenidamente, cuestiones sobre el tratamiento y objetivos terapéuticos.

De acuerdo a la estructura y la secuencia que acabamos de definir, los resultados del MMPI-2-RF del Sr. B podrían interpretarse tal y como se describe a continuación.

Interpretación de los resultados obtenidos por el Sr. B en el MMPI-2-RF

El protocolo del Sr. B es válido e interpretable y sus puntuaciones en las escalas sustantivas probablemente proporcionarán un retrato preciso de su funcionamiento psicológico.

Las respuestas del Sr. B indican un nivel considerable de estrés emocional susceptible de ser percibido como una crisis. Informa de ideas suicidas y se preocupa por cuestiones relacionadas con el suicidio y la muerte, por lo que existe un riesgo verdaderamente alto de que intente suicidarse. Indica también una marcada falta de experiencias emocionales positivas, un significativo nivel de anhedonia y falta de intereses. Es muy propenso al pesimismo, se siente falto de energía y presenta síntomas vegetativos de depresión.

El Sr. B informa sentirse triste, infeliz, desesperanzado e insatisfecho con las circunstancias actuales de su vida. Tiende a sentir que la vida es una carga, a creer que no hay esperanza y a sentirse desbordado. Cree que la vida es injusta con él y no encuentra nada que le motive a cambiar. Dice albergar dudas sobre sí mismo y declara sentirse inseguro con mucha frecuencia. Tiende a menospreciarse, a culpabilizarse de las cosas y a pensar de forma obsesiva y repetitiva sobre todo lo que le sucede. Se siente inútil y adolece de falta de confianza. Se describe a sí mismo como una persona pasiva, indecisa e ineficaz, que raras veces confía en sí misma.

El Sr. B informa de diversas quejas gastrointestinales. Presenta un historial de problemas gastrointestinales y está preocupado por los problemas de salud. Muestra un patrón difuso de dificultades cognitivas y suele quejarse de problemas de memoria, de no poder concentrarse y de tener poca tolerancia a la frustración.

El Sr. B declara tener un nivel de activación y agresividad inferior a la media, así como escasa energía. También afirma sentirse apartado y desvinculado de todo lo que le rodea.

En sus relaciones interpersonales, el Sr. B se describe a sí mismo como una persona sumisa y poco asertiva, siempre dispuesta a ceder ante los demás, incapaz de hacerse valer y poco preparada para asumir el mando. Tiende a mostrarse pasivo, sumiso y excesivamente controlado. Dice que le desagradan las situaciones y los acontecimientos sociales, que no le gusta la gente ni estar rodeado de ella y que prefiere estar solo. Tiene una personalidad

introversa, asocial y emocionalmente reservada. Su introversión no está asociada a ansiedad social.

El Sr. B no alega ningún interés por actividades u ocupaciones de naturaleza mecánica o física (como arreglar o construir cosas, hacer cosas al aire libre o practicar deporte) y no suele buscar aventuras o emociones.

Los resultados en la prueba del Sr. B indican un número de diagnósticos posibles para su posterior consideración. Se recomienda se valore la posible presencia de trastornos relacionados con la depresión, particularmente la depresión mayor. También debe valorarse la posible presencia de trastornos que impliquen exceso de estrés y preocupaciones, como el trastorno obsesivo-compulsivo. Si se descarta el origen físico de las quejas gastrointestinales, se debe valorar la posible presencia de un trastorno somatomorfo y también la de un trastorno del eje II, grupo C, en particular un trastorno de la personalidad por dependencia.

Debe evaluarse inmediatamente el riesgo de autolesión. La gravedad del estado depresivo del Sr. B puede requerir tratamiento hospitalario y quizá también medicación antidepressiva. Se debe analizar el origen de sus quejas gastrointestinales y determinar en qué medida están relacionadas con su nivel de estrés. Por tanto se debe evaluar la necesidad de aplicar tratamientos reductores del estrés si se demuestra que efectivamente el estrés desempeña un papel predominante en sus problemas. Se debe estudiar también el origen de sus quejas cognitivas, lo cual puede requerir llevar a cabo una evaluación neuropsicológica.

Los resultados en la prueba del Sr. B señalan, además, la posibilidad de que surjan problemas en el proceso de tratamiento, aspecto que deberá ser considerado en su planificación. Por un lado, las dificultades emocionales que padece el sujeto pueden motivarle a participar. Y por otro, la escasez de emociones positivas puede afectar al grado de compromiso con su tratamiento. Además, su indecisión puede interferir a la hora de fijar los objetivos del tratamiento y también en la consecución de los mismos, y su negativa a estrechar relaciones con los demás puede dificultar el establecimiento de una relación terapéutica con el profesional.

Entre los objetivos terapéuticos potenciales se incluyen los síntomas depresivos del Sr. B, su falta de esperanza, su desesperación, su baja autoestima, su exceso de preocupación y de pensamientos repetitivos y circulares, y su pasividad y tendencia a la evitación social.

Figura 5.1.

Perfil en el MMPI-2-RF del Sr. B

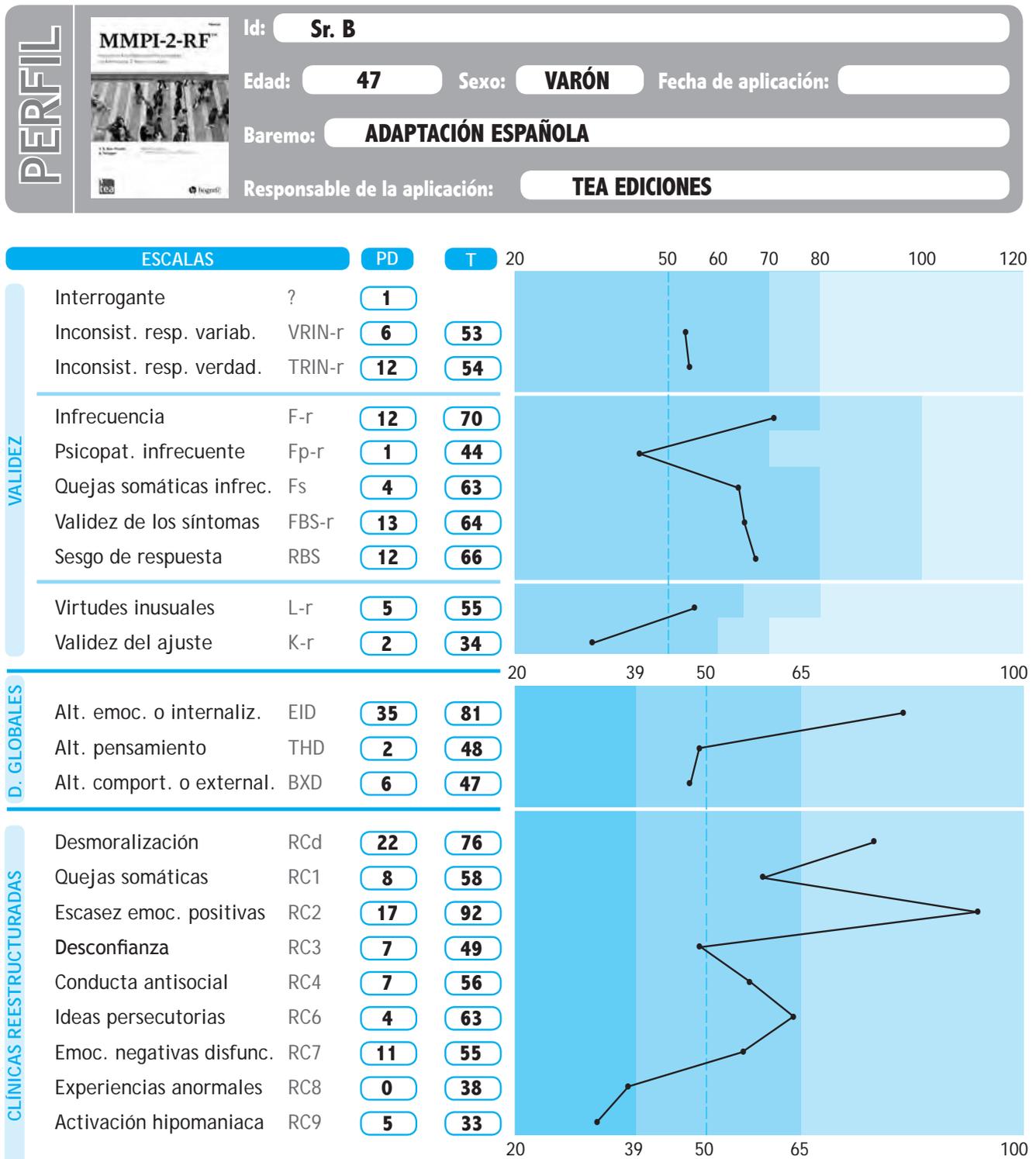
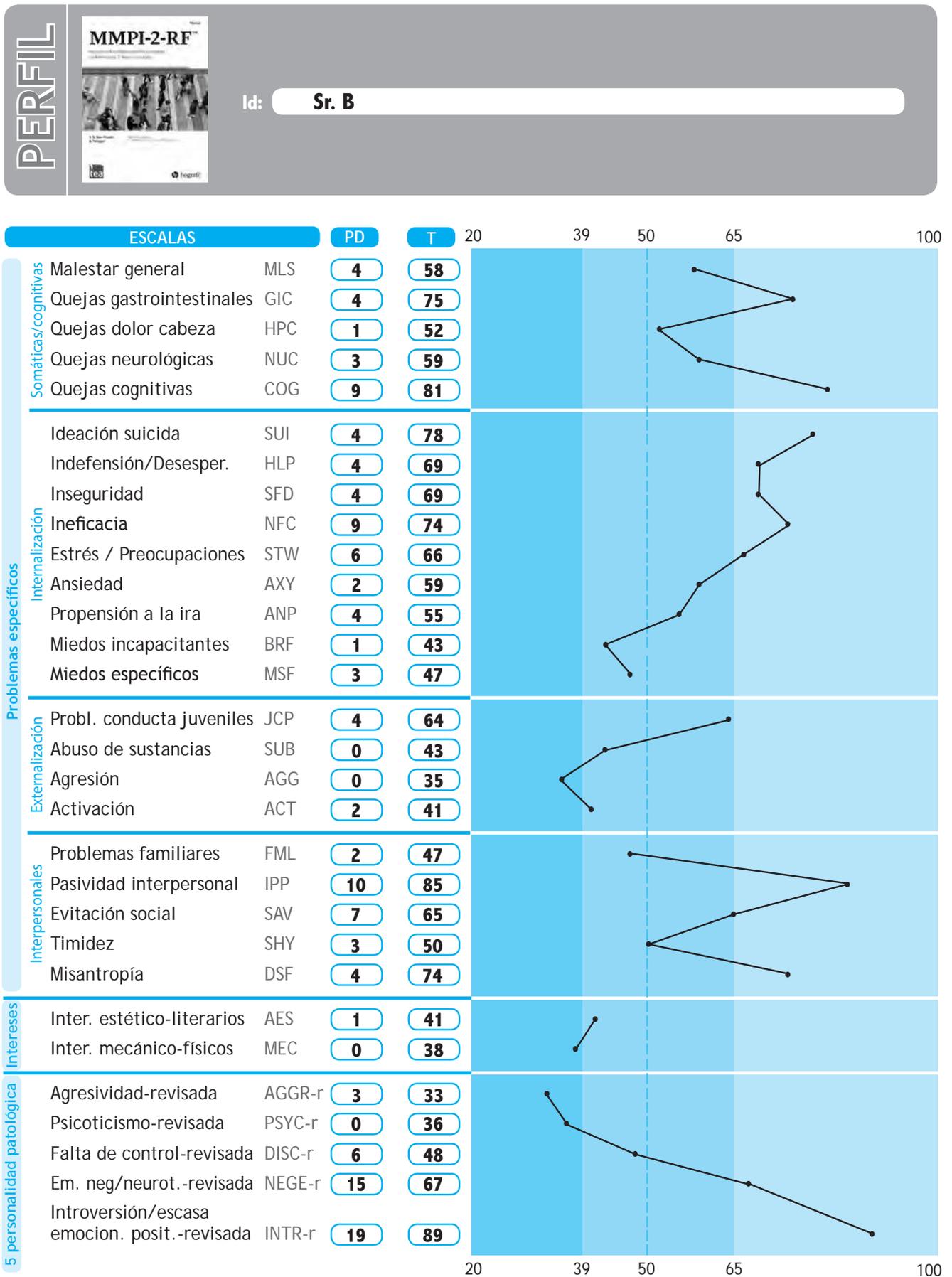


Figura 5.1. (continuación)

Perfil en el MMPI-2-RF del Sr. B



La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

El objetivo perseguido en la reestructuración del MMPI-2 ha sido obtener un conjunto más reducido de escalas independientes entre sí, no redundantes, que evaluaran los constructos subyacentes al MMPI-2 de una manera más eficiente, centrada en el contenido y más coherente en su estructura y organización.

(Tellegen y Ben-Porath, 2009)

El MMPI-2-RF proporciona una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto de ítems del MMPI. Consta de 338 ítems que requieren un tiempo de aplicación de entre 35 y 50 minutos, sustancialmente menor que el del MMPI-2, y ha sido fruto de un laborioso y complejo proceso de desarrollo y validación.

Contiene nueve escalas de validez que permiten detectar eficazmente las principales amenazas a la interpretación de un protocolo: ausencia de respuesta al contenido y exageración o minimización de síntomas.

Las escalas sustantivas se estructuran en tres niveles que van desde una visión más global a una más específica. En el primer nivel se encuentran las tres escalas de segundo orden que permiten delimitar las áreas problemáticas y cumplen una función integradora de la información; en un segundo nivel se encuentran las escalas clínicas reestructuradas que constituyen el núcleo de la medida; el último nivel lo integran las escalas de problemas específicos que proporcionan una evaluación más detallada y fina. También se ofrecen las puntuaciones correspondientes a dos escalas de intereses y las cinco de personalidad psicopatológica (PSY-5), que representan un modelo ampliamente investigado de patología de la personalidad.

En este manual se incluye toda la información que el profesional necesita conocer para extraer la máxima utilidad de los resultados del MMPI-2-RF. De cada escala se incluyen hipótesis interpretativas de síntomas clínicos, tendencias comportamentales y características de la personalidad asociadas, así como consideraciones de tipo diagnóstico y terapéutico a tener en cuenta.

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

