



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Psicología

**INVENTARIO MULTIFASCETICO DE PERSONALIDAD
DE MINNESOTA: GUIA PARA LA ADMINISTRACION E
INTERPRETACION DEL MMPI 2.**

Dra. Isabel M. Mikulic

Prof. Titular Regular

Autoras: Lic. Gabriela Fernández

Lic. Rocío Herrero

Lic. Aracelli Marconi

T. y T. de Exploración y Diagnóstico

Módulo I, Cátedra I

FICHA DE CATEDRA: N 5

INDICE

1. INTRODUCCION
2. DEFINICION DEL CONSTRUCTO PERSONALIDAD
3. SURGIMIENTO DE LA PRUEBA
4. CONSTRUCCION DE LA PRUEBA MMPI
5. REVISION DEL MMPI. SURGIMIENTO DEL MMPI 2
6. DESCRIPCION DE LA PRUEBA
7. ADMINISTRACION DE LA PRUEBA
8. EVALUACION
9. EVALUACION DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ
10. EVALUACION DE LAS ESCALAS CLINICAS.
11. TIPOS DE CODIGOS MAS FRECUENTES
12. ¿COMO SE INTERPRETAN LAS ESCALAS CLINICAS?.
13. BIBLIOGRAFIA
14. ANEXOS
 - ANEXO A: ESCALAS ADICIONALES
 - ANEXO I: PROTOCOLO DE ADMINISTRACION.
 - ANEXO II: PROTOCOLO DE RESPUESTAS
 - ANEXO III: GRILLA PARA LA CORRECCION MANUAL
 - ANEXO IV: PERFILES

Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota: Guía para la Administración e Interpretación del MMPI – 2

Material de Cátedra

El presente escrito responde a fines puramente didácticos y está destinado al uso exclusivo de los alumnos de la Materia Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico. Mod. I. Técnicas Psicométricas. Cat. I. Prof. Titular: Dra. Isabel María Mikulic.

Está basado en la bibliografía citada al final, a partir de la cual se extrajeron todos los lineamientos para su elaboración.

Ficha Técnica de la Prueba

Nombre: Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota – 2. (MMPI – 2)

Autores: Hathaway & McKinley. Posteriormente, el comité de reestandarización estuvo formado por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer.

Año de publicación: MMPI en 1943.
MMPI – 2 en 1989.

Constructo evaluado: Personalidad.

INTRODUCCIÓN

El Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota - 2, (MMPI- 2), junto con el test proyectivo de Roscharch, son las pruebas psicológicas más utilizadas y aceptadas, dentro de las “pruebas de evaluación psicológica de la personalidad”.

La popularidad del MMPI -2 radica en ser una técnica con altos estándares de validez y confiabilidad, que le permite al psicólogo elaborar juicios válidos sobre la “personalidad”. Es por ello que es una de las técnicas más empleada dentro del área jurídica y clínica de la psicología, por permitir elaborar un “perfil” psicológico objetivo del evaluado, con un alto grado de acuerdo entre profesionales en la interpretación de los resultados.

Desde sus orígenes en la década del 40, hasta la actualidad se ha traducido a varios idiomas y adaptado en diversos países como China, Cuba, España, Israel, México y Argentina, entre otros.

En nuestro país, se ha utilizado muy poco la versión original del MMPI por presentar entre sus ítems, afirmaciones que solo eran válidas para la comunidad de Minnesota. Su adaptación y uso fue posible, recién en su segunda versión MMPI-2, gracias a que en los años ´80 sus autores Hathaway y McKinley, en pos de internacionalizar la prueba, eliminaron aquellos reactivos que se tornaban imposibles de adaptar a otros contextos.

En la Facultad de Psicología, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, a partir de los años '90 se comenzó a trabajar en la adaptación y validación de esta técnica, tanto para adultos como para adolescentes (MMPI-A).

La versión que utilizaremos en la Cátedra I de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Módulo I. Técnicas Psicométricas, Prof. Titular Dra. Isabel María Mikulic, es la versión del Profesor Daniel Gómez Dupertuis, traducida en 1993 para uso de investigación psicológica en la Universidad Nacional de La Plata.

Agradecemos, al Prof. Dupertuis, ex Docente Adjunto de la cátedra, por su invaluable aporte.

DEFINICIÓN DEL CONSTRUCTO: PERSONALIDAD

“Personalidad” proviene del griego “persona”, término que alude a la “máscara” que los actores utilizaban en el teatro. Si bien su significado original está más asociado a la apariencia, con el tiempo el constructo ha ido relacionándose con aspectos más internos y estables del sujeto.

Dentro de las múltiples teorías que intentan dar una definición acabada acerca del constructo “*personalidad*”, encontramos algunas como el psicoanálisis que se centran en explicar la conducta de los individuos a través de variables estructurales inconcientes internas, hasta otras, como el conductivismo radical por ejemplo, que explica la conducta como determinada exclusivamente por el mundo externo y niega la existencia de la personalidad o admite que de existir, no puede ser medida.

Los conceptos de “procesos primario y secundario” (1895) y la noción de “yo” (1920) propuestos por Freud, constituyen antecedentes importantes en la construcción del constructo personalidad.

Otro de los precursores fue Allport, quien ya en 1937 la define como “una organización dinámica de las fuerzas psicofísicas que determinan en el individuo un ajuste a su medio ambiente”. Otro precedente también lo encontramos en Murray (1938), quien trató de demostrar que los datos de los test psicológicos permiten describir al individuo.

Si bien no existe actualmente un acuerdo total entre los psicólogos sobre la definición de personalidad, generalmente se la entiende como un constructo que incluye una cantidad estable de características o rasgos de un individuo que influyen en su comportamiento y en la interacción con el contexto. (Ewen, 1984).

Brenlla (1999) define la personalidad como **“aquellas características duraderas de un sujeto, que son determinantes de su conducta”**.

¿Cómo pensar, entonces, el constructo personalidad cuando analizamos esta prueba?

Una característica esencial del MMPI - 2, es que no está basado en una teoría psicológica particular, sino que está orientado, desde sus comienzos, a evaluar los trastornos de personalidad desde el espectro de *rasgos* sin apelar a hipótesis causales.

En este sentido, diferenciar la noción de rasgo de la noción de estado, es fundamental. Se entiende por **rasgo** aquellas características más estables de la personalidad, en oposición al **estado**, que es de carácter transitorio y está influido por el estado de ánimo de la persona. En esta línea conocer los rasgos de personalidad de los evaluados, nos aporta valiosa información para realizar inferencias acerca de cómo es el funcionamiento de la personalidad total del evaluado. En este último sentido, “La noción de rasgo es una modalidad artificial pero útil para acceder a la complejidad del concepto de personalidad. La esencia consiste en tomar en cuenta aspectos parciales más sencillos que luego deben integrarse para comprender la totalidad que significan” (Brenlla, 1999). Es a partir del conocimiento de estos patrones duraderos como podemos hacer comparaciones entre sujetos, imposible de otros modos.

SURGIMIENTO DE LA PRUEBA

Una de las motivaciones principales para la elaboración de pruebas psicológicas, radica en dar respuesta a una necesidad práctica dentro del campo profesional (Mikulic, 2007). Así fue, entonces, como a partir de los años '30 comienza a gestarse el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI), respondiendo a la necesidad de los profesionales del área de la salud del Hospital de Minnesota, de encontrar un “*método objetivo*” de evaluación de los problemas clínicos, estimación de los tratamientos y valoración de los cambios ocurridos en función de los tratamientos implementados.

No debemos olvidar la indudable influencia del contexto histórico: Luego de la segunda Guerra Mundial, se necesitaba de pruebas que sirvieran para evaluar la conducta, diagnosticar y pronosticarla. Ya desde el decenio de 1920, durante la Primera Guerra Mundial Woodworth y Poffenberg (1920), elaboraron la “Hoja de Evaluación Personal de Woodworth”, una escala de autoevaluación personal para detectar individuos neuróticos. En 1933 Bernreuter desarrolló el “Inventario de Personalidad de Bernreuter”, el cual evaluaba neuroticismo, dominancia, introversión y autosuficiencia. Muchos de estos inventarios proliferaron en esta época, ya que los psicólogos estaban abocados a generar medidas para la evaluación de las cualidades personales. Sin embargo “La mayor parte de los primeros inventarios eran cuestionarios obtenidos de manera ilógica y recopilados a partir de constructos teóricos vagamente definidos, sin prestar mucha consideración a las cuestiones relativas a la validez y precisión de las medidas” (Butcher, 1999).

CONSTRUCCIÓN DE LA PRUEBA: MMPI

A finales del año 1930, el psicólogo Starke Hathaway y el médico, jefe de la unidad de neuropsiquiatría del hospital de la Universidad de Minnesota, J. Charnley McKinley, se unieron para elaborar una prueba psicométrica, de exploración psicológica que les permitiera ampliar los conocimientos adquiridos a través de las entrevistas diagnósticas. De este modo, consideraron fundamental, no partir exclusivamente de construcciones teóricas puras sino de un método empírico-racional.

Es por ello que siguiendo el **criterio empírico**, dieron comienzo al proceso de construcción de la prueba, recabando los problemas clínicos relatados por los pacientes en las entrevistas, analizando historias clínicas y resúmenes de casos. Utilizando el **criterio racional**, tomaron una muestra de los síntomas, creencias, actitudes y problemas presentes en la nosología de Kraepelin, los cuales formaban parte de la literatura de esa época (si observamos en el cuadro 2 los nombres de las escalas, encontraremos las categorías diagnósticas del citado autor).

En un comienzo, conformaron un banco amplio de reactivos, cerca de 1000 ítems, los cuales fueron depurados (se descartaron aquellos ítems similares entre sí, de redacción insatisfactoria y escaso valor predictivo) y reducidos a 504 ítems. Este banco de reactivos, fue publicado en 1940, bajo el nombre de “Listado de Minnesota”. Éstos fueron redactados en forma declarativa, teniendo en cuenta un nivel de lectura bajo (6° grado), y en primera persona del singular. La opción de respuesta fue dicotómica, con un formato “Verdadero”- “Falso”. Dicho formato se conserva hasta la actualidad, en la última versión de la prueba.

Para controlar la no duplicación de los ítems, sistematizaron estos 504 reactivos, en 25 categorías:

Cuadro 1. Categorías del listado de Minnesota

Categoría de contenidos	Número
-------------------------	--------

	de ítems
Actitudes sociales	72
Actitud política, ley y orden	46
Moral	33
Afecto depresivo	32
Alucinaciones, ilusiones, ideas de referencia	31
Familia y matrimoniales	29
Fobias	29
Afecto, manía	24
Hábitos	20
Actitudes religiosas	20
Neurología general	19
Actitudes sexuales	19
Ocupacional	18
Mentira	15
Obsesivo, compulsivo	15
Educacional	12
Nervios craneales	11
Gastrointestinal	11
Visomotor, lenguaje, secretorio	10
Salud general	9
Sadismo-masoquismo	7
Genitourinario	6
Motilidad y coordinación	6
Cardiorespiratorio	5
Sensibilidad	5
TOTAL	504

Para definir qué reactivos discriminaban entre las distintas características de personalidad, los autores utilizaron el método de **grupos contrastados**, teniendo en cuenta un **criterio externo**: Presencia de sintomatología psicopatológica. Para ello se reunieron varios grupos clínicos homogéneos de pacientes hipocondríacos, depresivos, histeroides, sociopáticos, paranoides, psicastenicos, esquizofrénicos e hipomaníacos.

Administraron, entonces, la lista de reactivos a pacientes clínicos (quienes presentaban los síntomas definidos) y a personas “de población general” (personal del hospital, familiares, estudiantes etc) que no presentaban sintomatología clínica. De este modo, construyeron las **escalas clínicas** de la prueba, donde cada una de estas categorías diagnósticas se conformó con los reactivos, que fueron significativos y contestados de manera diferente por cada grupo con patología psicológica (grupo criterio) al ser comparados con los pacientes sin patología (grupo control).

Mas tarde, alrededor del año 1946, se agrego a la prueba una escala más, la escala de “**Introversión Social**”, desarrollada en la Universidad de Wisconsin por Drake, esta escala junto a la escala de “**Masculinidad-Feminidad**” presentan características diferentes a las escalas clínicas unipolares restantes.

Con la inclusión de estas escalas, se conformaron 565 ítems finales. Ambas escalas son **bipolares**, ya que puntajes bajos, no significan una mayor probabilidad de no presentar determinada característica, sino que informan características que se expresan en un continuo psicológico, ó sea se interpretan tanto las puntuaciones altas como las bajas.

Los autores confiaban que los pacientes describirían en forma honesta sus problemas, pero sin embargo no pudieron dejar de considerar las distorsiones que se pueden

producir en las respuestas, a causa de las particularidades propias de cada cuadro clínico. Sin descartar, también, las intenciones manifiestas de los pacientes de no revelar todos sus síntomas, por tratar de dar una buena imagen de si mismos o por deseabilidad social. Para controlar todas estas variables, que pueden distorsionar los resultados de la prueba, es que incluyeron las **Escalas de Validez**, las cuales permiten evaluar el adecuado acercamiento del sujeto a la prueba y las inconsistencias en las respuestas.

Cuadro 2: Escalas Básicas del MMPI

ESCALAS BASICAS	
ESCALAS DE VALIDEZ	ESCALAS CLINICAS
Escala L (sinceridad)	1. (Hs) Hipocondriasis
Escala F (Validez)	2. (D) Depresión
Escala K (Corrección)	3. (Hy) Histeria
Escala ? (preguntas sin responder)	4. (Pd) Desviación Psicopática
	5 (M/F) Masculinidad/Feminidad
	6. (Pa) Paranoia
	7. (Pt) Psicastenia
	8. (Sc) Esquizofrenia
	9. (Ma) Hipomanía.
	10. (Is) Introversión Social

Hathaway y McKinley, salvaguardaron los principios de confiabilidad y validez, realizando distintos estudios para valorar las propiedades psicométricas del instrumento. Asegurándose, a la vez, la correcta redacción de los reactivos, ya que debían ser comprensibles por todos los evaluados y la prueba debía ser fácilmente administrable, aplicable al mayor número de sujetos y replicable por cualquier evaluador.

REVISIÓN DEL MMPI: SURGIMIENTO DEL MMPI-2

Durante el decenio de 1980, los editores de "University of Minnesota Press" nombraron un comité (conformado por James Butcher, W. Grant Dahlstrom, J. R. Gram. y Auke Tellegen) para la revisión y reestandarización de la prueba. Habían pasado más de cincuenta años desde su creación, motivo por el cual la prueba resultaba obsoleta. Varios problemas colaboraron a esta reestandarización, desde las fuertes críticas recibidas sobre un "sesgo" propio desde su creación, ya que los datos obtenidos partieron de una muestra pequeña de sujetos provenientes de Minnesota, hasta los indebidos usos de la misma para evaluación de potencial suicida y abusos de sustancias, a pesar que la prueba no contenía reactivos que los evaluaran. Así en 1989, se publicaron dos versiones del inventario MMPI-2 (para adultos) y el MMPI-A (para adolescentes). A éste último se sumaron la participación de Williams, Archer, Ben-Porath y Kraemmer.

Llevó un periodo de 10 años, el proceso de reestandarización, a causa de la exhaustiva revisión:

- **La muestra:** Se utilizaron más de 15 mil individuos de población "normal" y "clínica" de EE.UU., reclutados de forma aleatoria.
- **Revisión y actualización del banco de reactivos:** Modificación de expresiones idiomáticas, eliminación de reactivos irrelevantes y eliminación de la escala "fundamentalismo religioso", propia de Minnesota.

- **Inclusión de nuevos ítems** (de acuerdo a la categorías de DSM- IIR): se incluyeron afirmaciones con una gama mas amplia de síntomas, que incluyeran potencial suicida, abuso de drogas y alcohol, problemas de relación y adhesión al tratamiento.
- **Desarrollo de escalas nuevas:** Se incluyeron nuevas escalas de validez Escala de infrecuencia posterior (Fp), Escala de inconsistencia en las respuestas variables (INVAR), Inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER) y la escala de Autopresentación Superlativa (S). Las Escalas de Contenido y varias Escalas Suplementarias: Escala de predisposición a problemas con adicciones (PPA), Escala de reconocimiento de adicciones (RA) y la Escala de Desadaptación matrimonial (DM).
- **Nuevos estudios de validez:** con muestras clínicas (adictos, pacientes psiquiátricos, presos) y grupos dentro del rango “normal” (estudiantes, pilotos de avión, gerentes y personal militar).

Es importante resaltar, que “el MMPI-2 no esta diseñado para dirigirse a todas las características o conductas que podrían ser de interés para el psicólogo. Por ejemplo, la prueba no atiende a cualidades o estados como la inteligencia, la presencia de trastorno cerebral orgánico o la probabilidad de cometer un acto violento” (Butcher, 1999).

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

El Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI- 2) esta compuesto por 567 ítems, de opción dicotómica de respuesta “verdadero” o “falso”. El evaluado debe indicar una única opción de respuesta, de acuerdo al grado en que considere que cada afirmación se aplica o no a si mismo. Para indicarlo debe “rellenar el circulo” que acompaña a la opción de respuesta (ver anexo).

El inventario nos permite indagar las características básicas de la personalidad, a través de una serie de escalas, **básicas** (compuesta por las escalas de validez y clínicas) y **adicionales** (escalas de contenido, suplementaria y adicional). Los ítems que conforman las escalas básicas los encontraremos hasta el número 370, evaluando los restantes, las escalas adicionales.

Las **escalas clínicas** indagan, en el caso que existiese, la presencia de sintomatología psicopatológica, características de personalidad como introversión/extroversión y preferencias e intereses que están asociados al género del evaluado.

Las **escalas de validez** le permiten al evaluador conocer el grado de “credibilidad del protocolo” y la presencia de sesgos en las respuestas. Entendemos por “sesgo”, si el evaluado ha contestado los ítems con cierta tendencia a mostrar una buena imagen de si mismo o exagerando sus síntomas. Además nos permite ver, si el evaluado ha contestado los mismos en forma honesta, prestando atención al contenido.

Las escalas adicionales nos permiten ampliar la información obtenida por medio de las escalas básicas, permitiéndonos discriminar el contenido y carácter de los síntomas.

ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA

Materiales para la administración: Protocolo de preguntas y grilla de respuestas (Ver Anexo I y II).

Para la **Administración** de la prueba, siga las instrucciones estándar que figuran en el protocolo (ver Anexo I).

Es necesario tomar el tiempo total desde que el evaluado comienza a contestar hasta que finaliza todo el protocolo pero no es una prueba de tiempo.

Recuerde que la prueba debe ser aplicada en un sitio cómodo y libre de distracciones. Es importante que lea el material antes de utilizarlo y que el evaluado conteste el inventario completo (las 567 preguntas). **NO ENTREGUE EL PROTOCOLO PARA QUE EL EVALUADO COMPLETE EN SU CASA**, dado que tanto “evaluador” como “observador” deben estar presentes durante la administración para registrar los datos significativos de la misma como para contestar las inquietudes del evaluado.

Complete los datos sociodemográficos correspondientes al sujeto evaluado en el sitio indicado para tal fin, no olvidando determinar el nivel de escolaridad del sujeto, su grado de lectura y nivel de comprensión del texto. Conteste las dudas del evaluado, si las hubiera, sin emitir juicios de valor ni influir en las respuestas, diciendo por ejemplo: “elija la característica que sienta que se aplica con más exactitud a usted”.

Si el evaluado eligiera no responder un ítem, marque el mismo con un círculo rojo, asegurándose de este modo que el sujeto no olvidó responder algún reactivo. Al finalizar la prueba, vuelva a al/los ítem/es sin contestar e intente que el sujeto los responda. Si el sujeto expresa su imposibilidad de responder, anote los motivos y desista. Recuerde que la información obtenida a través de la prueba, presenta mayor validez si el evaluado responde a todos los ítems de la misma.

EVALUACIÓN

Materiales para la evaluación: Protocolo de preguntas, grilla de respuestas, clave de corrección o programa computarizado para la carga de los datos y perfil según género del evaluado.

Nota: Nos basaremos en el modelo de interpretación propuesto por Butcher. Para mayor información consultar Butcher, J.N. (1999), *MMPI-2 Guía para principiantes*, tr. Gloria Padilla Sierra (2001). Editorial Manual Moderno, México. Tercer reimpresión, (2003).

Calificación: cuando evaluamos un protocolo del MMPI-2, existen dos maneras de calificarlo, la forma manual y por medio de programas computarizados. A los fines de aprendizaje, en la cursada utilizaremos la forma manual con opción del procesamiento computarizado en los talleres correspondientes.

Para llevar a cabo la puntuación, debemos conocer previamente los dos tipos de puntuaciones, la **Puntuación Bruta (PB)** o puntuación directa y la **puntuación T**.

Las **PB** se obtienen sumando el número de “acuerdos” entre la respuesta del sujeto y la clave de corrección (ver Anexo para clave de corrección). La clave de corrección es elaborada por el autor, allí se encuentran indicados los ítems significativos, es decir aquellos que nos brindan información relevante a cada escala y en qué modo deben ser respondidos para ser indicativos de patología.

Ejemplo: Escala de Hipocondriasis, algunos de los ítems significativos pertenecientes a la clave de corrección:

Clave de corrección: 18V-28V-39V-53V etc.
2F-3F-8F-10F-20F-45F-47F etc.

Ejemplo de Respuestas a un Protocolo:
Hipocondriasis

VERDADERAS:

18- Sufro ataques de náuseas y vómitos. **1 pto.**

28- Varias veces a la semana tengo molestias estomacales. **1pto.**

- 39- Mi sueño es irregular e inquieto. **1pto.**
- 20- Muy rara vez sufro de estreñimiento. **0 pto.**
- 45- Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos. **0 pto.**
- Etc.

FALSAS:

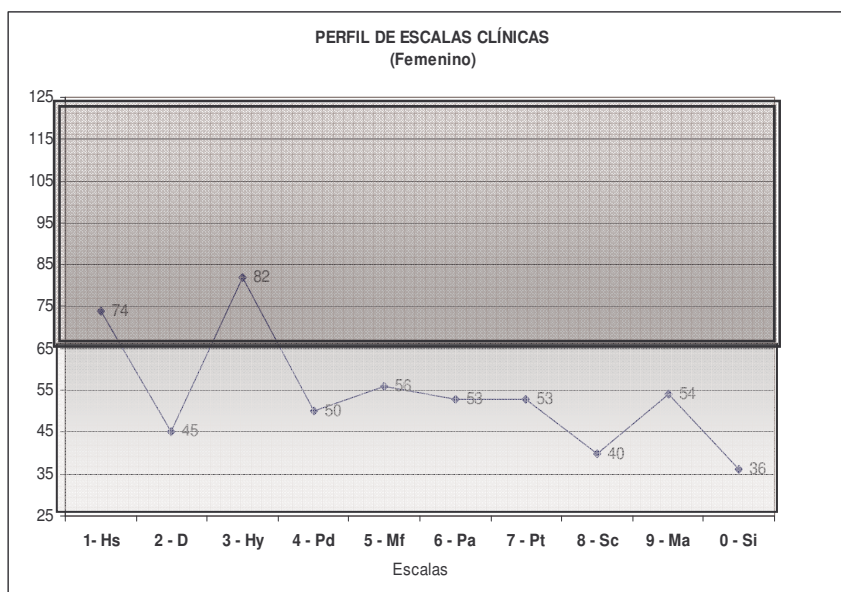
- 2- Tengo buen apetito. **1 pto.**
- 3- Casi siempre me levanto temprano por las mañanas descansado y como nuevo. **1 pto.**
- 8- Normalmente, tengo bastante calientes pies y manos. **1 pto.**
- 10- Actualmente, tengo tantas capacidades de trabajo como antes. **1 pto.**
- 47- Casi nunca he sufrido de dolores en el pecho o en el corazón. **1 pto.**
- 53-. Algunas partes de mi cuerpo suelen tener sensaciones de hormigueo, quemazón, picazón, o bien, de quedarse “dormidas”. **0 pto.**
- Etc.

Puntuaremos entonces, **1 punto por cada uno de los acuerdos entre la clave de corrección y las respuestas que nos ha dado el evaluado.** En el caso de desacuerdo no sumaremos puntaje. **La sumatoria total de “acuerdos” es el puntaje bruto total de escala.** El procedimiento es idéntico para todas las escalas, sean básicas o adicionales.

Las **Puntuaciones T**, son las puntuaciones que derivaremos de la puntuación bruta de la subescala y trazaremos en la hoja de perfil correspondiente al género. Utilizaremos, en general para todas las escalas, una puntuación T uniforme, puntuación que permite comparar las distintas escalas con una misma métrica.

Esta puntuación **T es una construcción estadística, que posee una media=50 y un desvío estándar=10.** Una elevación de escala, en unidades de puntuación T, **se interpreta por lo general cuando se eleva más allá del 1.5 DE por encima de la media,** es decir cuando la puntuación **T es igual o mayor a 65.** Sin embargo, algunas escalas, que serán indicadas más adelante, podrán interpretarse significativamente a partir de T=60.

Ejemplo:



En este caso, las escalas que son significativas y discriminan síntomas clínicos son la escala **1: Hipocondriasis (T=74)** y la escala **3: histeria (T=82).**

Trataremos en forma diferente a las **escalas bipolares (5 Mf: Masculinidad – Femenidad y 0 Si: Introversión – Extroversión)**, las cuales **no expresan patología sino características de personalidad ligadas a intereses y preferencias**.

Con las escalas unipolares tendremos en cuenta para la interpretación, que **“Una puntuación elevada en una escala particular indica la probabilidad de que el individuo posea la característica que según se sabe, esta asociada con ésta”**. (Butcher, 1999). Analizando el perfil del ejemplo, la evaluada tiene una **probabilidad significativa de presentar síntomas histéricos e hipocondríacos** (código 3-1).

¿Qué es un código de respuesta?

La manera correcta de interpretar las escalas del MMPI-2, no es analizando escala por escala, sino interpretando en base al código generado por las escalas clínicas significativas. Obtenemos el código de interpretación, ordenando de mayor a menor las puntuaciones de las escalas clínicas. Para el ejemplo analizado sería: 3-1-9-6-7-4-2 y 8 y tomaremos en cuenta para la interpretación solo aquellas escalas que discriminan síntomas clínicos, aquellas superiores a T=65; por ello el código resultante es 3-1 (Recordemos que la escala 5 y la 0 son bipolares y tienen una interpretación diferente).

¿Cómo interpretar las elevaciones de escala?

Con fines prácticos y de aprendizaje, vamos a sistematizar una manera tentativa de **interpretar las escalas clínicas básicas**, según las distintas elevaciones:

- **Puntajes T>75 Muy altos.** En algunos casos son patrones muy altos (menos del 10% de la muestra de estandarización ha respondido de esta manera), por lo que tenemos que considerar si el sujeto exagera síntomas o, en el polo opuesto, presenta un malestar muy marcado por lo que puede representar un pedido de ayuda.

- **Puntajes T=66 a 75: significativamente altos**

- **Puntajes T=56 a 65: Moderados.** Algunas escalas pueden presentar significación diagnóstica.

- **Puntajes T=41 a 55: Medios.** No poseen significación diagnóstica. Corresponden a valores esperables en la población.

- **Puntajes T=40 a 50: Bajos.** No poseen significación diagnóstica. (Observar la puntuación de la escala L, en relación a si el sujeto pretende dar una buena imagen de sí, excesivamente virtuosa).

- **Puntajes T< 40. En general no se interpretan.** Butcher (1999) menciona características de personalidad, que podemos tomar como referencia para conocer aspectos de la personalidad del evaluado. (Observar puntuación de la escala L, en relación a si el sujeto pretende dar una buena imagen de sí, excesivamente virtuosa).

EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ (ver clave de corrección en Anexo III).

Escala de preguntas sin contestar (?):

Los registros incompletos con gran número de omisiones pueden hacer que no se interprete el protocolo. **Se invalida un protocolo si tiene 30 o más reactivos sin contestar, aunque investigaciones recientes muestran que las escalas podrían verse afectadas de manera negativa con niveles menores de puntuaciones.** (Butcher, 1999). Los protocolos que dejan sin responder la mayoría de los ítems pertenecientes a una misma escala, aunque sean menores a 30, no serían válidos

para la interpretación, debido a que perdemos información valiosa referente a un área específica y los resultados pueden mostrar un sesgo por omisión.

Escala ?: Basado en Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989).

PB	Validez del Perfil	Fuente probable de elevación	Interpretaciones Posibles
Alto (30 o +)	Probablemente inválido	- Problemas de lectura y/o de comprensión severos. - Extrema dubitación. - Susplicacia. -Apatía, fatiga.	- Actitud defensiva. - Severa depresión. - Falta de colaboración -Trastorno neurológico.
Moderado (11 a 29)	Probablemente válido	- Problemas de lectura y/o de comprensión moderados. - Cautela excesiva.	- Actitud defensiva. - Reserva frente a la indagación de ciertas áreas.
Modal (2 a 10)	Válido		- Interpretación idiosincrásica (forma particular de responder)
Bajo (0 a 1)	Válido		- Interpretación idiosincrásica (forma particular de responder)

Escala F . Frecuency: Infrecuencia:

Hathaway y McKinley (1943) elaboraron la escala F para detectar las respuestas que exageran síntomas. **“La fundamentación detrás de esta escala es muy sencilla: las personas que intentan presentar una adaptación psicológica más perturbada de la que en realidad experimentan, tienden a expresar un número excesivo de síntomas” (Butcher, 1999).** En el ámbito jurídico, por ejemplo, podemos pensar en aquellos individuos que pretenden favorecerse en sus sentencias, o en aquellos que tengan interés en presentar psicopatología para obtener un beneficio. Los autores conformaron esta escala, al seleccionar aquellos ítems que en la muestra normativa, eran respondidos solo con una frecuencia del 10%. Por ello, se sabe, que **los sujetos que pretenden exagerar sus síntomas y presentar alteraciones en su salud mental, suelen obtener puntuaciones muy altas en estos reactivos (T>110, resultando un perfil invalido).** Los protocolos con **grandes elevaciones T>90 son “cuestionables”, ya que el perfil denota un malestar psicológico importante, la presencia de síntomas clínicos significativos o nos podría indicar que la persona exagera síntomas** (confirmaremos si creemos que puede tener la “necesidad de mentir” con la información clínica que obtuvimos por medio de otras pruebas). **Podría inferirse también, en algunos casos, un estado de vulnerabilidad psicológica o crisis** (confirmaremos también con la información clínica del caso)

Según Butcher (1999), las personas evaluadas que exageran su patrón de dolencias tienden a responder demasiado a estos reactivos extremos en dirección patológica.

F también es sensible a las respuestas no orientadas hacia el contenido, como cuando se responde de manera descuidada sin atender al contenido de los reactivos, por ejemplo, hacerlo de manera aleatoria. **En la escala F, la cual contiene 60 reactivos, el desempeño aleatorio produciría puntuaciones de F sumamente elevadas.**

Recordemos que aquellas puntuaciones que rondan los **valores medios (T>60)**, **nos están indicando un perfil VALIDO**, lo que nos permite inferir que la persona tuvo un acercamiento adecuado a la prueba.

Escala F: Basado en Butcher y colab. (1989)

PT	Validez del Perfil	Fuente probable de elevación	Interpretaciones Posibles
Muy Alto (91 o +)	Probablemente inválido	- Problemas de comprensión severos. - Respuesta al azar.	- Falta de colaboración - Fingimiento de malestar. - Comprensión verbal disminuida. - Resistencia a la evaluación.
Alto (71 a 90)	Validez Cuestionable	- Simulación. - Psicopatología severa. - Responder "todo Verdadero"	- Aparentar malestar psicológico. - Pedido de ayuda. - Crisis de identidad, estados confusionales.
Moderado (56 a 70)	Probablemente Válido	- Tendencia a ser/parecer poco convencional. -Compromiso político, religioso o social. - Atención lábil. - Honestidad en las respuestas. -Capacidad autocrítica.	- Probabilidad de conducta impulsiva. - Inquietud, inestabilidad y/o irritabilidad ocasionales. - Probabilidad de psicopatología moderada. - Probable agitación en situaciones de crisis. - Distractibilidad.
Modal (45 a 55)	Protocolo aceptable (válido)	- Pocas creencias inusuales, convencionalismo.	- Funcionamiento adecuado.
Bajo (44 a <)	Protocolo aceptable (válido)	- Conformismo. - Probabilidad de fingimiento de bienestar	- Convencionalismo. - Sinceridad. - Conformismo social

Escala L. Lie Mentira. Apariencia de bondad. Autopresentación exageradamente virtuosa:

Algunas personas, por ingenuidad psicológica, baja escolarización o por deseabilidad social, tienden a mostrar una "buena imagen de si mismos", ocultando información significativa u omitiendo síntomas. Estas tendencias son usuales en el ámbito laboral por ejemplo; en contexto de selección de personal es esperable que los individuos omitan cierta información no "políticamente correcta" y muestren características de idoneidad y eficiencia. Según Butcher (1999), el MMPI-2 contiene una medida L, que se diseñó para detectar este patrón de invalidación en los casos donde **los pacientes tienden a exagerar sus virtudes y afirman, de manera poco realista, que poseen normas morales más elevadas que las demás personas.**

Las grandes elevaciones en L (T> 75) reflejan las siguientes interpretaciones posibles: **distorsión consciente de los reactivos, elevada necesidad de verse a si mismo como extremadamente virtuoso, adaptación rígida de la personalidad, o una**

tendencia a utilizar la negación y represión en grado extremo. Las personas que son sumamente religiosas podrían obtener alguna elevación en esta escala porque, de hecho, poseen dichas cualidades. **“La escala L se ha investigado y explorado con amplitud en una variedad de contextos clínicos. Cuando L se eleva por encima de T65 es probable que el paciente esté presentando un patrón no creíble y sumamente virtuoso de respuestas para evitar la revelación de problemas”** (Butcher, 1999).

Recordemos que en algunos cuadros psicopatológicos, como las psicosis narcisistas o neurosis muy graves, pueden llegar a presentar un juicio alterado de la realidad (alteración del sí mismo o de los objetos, por medio de una idealización extrema). Confirmaremos dichas tendencias por medio de las escalas clínicas y el resto de la información obtenida por medio de las demás técnicas que conforman nuestra batería psicoevaluativa.

Escala L: Basado Butcher y colab. (1989)

PT	Validez del Perfil	Fuente probable de elevación	Interpretaciones Posibles
Muy Alto (80 o +)	Probablemente inválido	- Falsear fingiendo buen ajuste psicológico.	- Resistencia a la evaluación. - Ingenuidad y falta de perspicacia.
Alto (70 a 79)	Validez Cuestionable	- Respuesta al azar. - Negación de faltas	- Estados confusionales. - Estilo represivo. - Escasa capacidad introspectiva.
Moderado (60 a 69)	Probablemente Válido	- Tendencia a ser/parecer poco convencional. - Compromiso político, religioso o social. - Atención lábil. - Honestidad en las respuestas. - Capacidad autocrítica.	- Conformismo social. - Moralismo. - Rigidez para con ideas o situaciones novedosas.
Modal (50 a 59)	Válido	- Pocas creencias inusuales, convencionalismo.	- Conforme con la imagen de sí.
Bajo (49 a <)	Probablemente fingimiento de malestar	- Conformismo. - Probabilidad de fingimiento de bienestar	- Malestar Psicológico marcado. - Seguridad e independencia. - Sarcasmo, ironía.

Escala de Corrección (K)

Se comprobó que no siempre los sujetos respondían el material en forma honesta. Como vimos con anterioridad, hay ciertos sujetos que tienen intenciones manifiestas de falsear sus respuestas. Otros individuos sin embargo, por cuestiones “defensivas” niegan sus problemas y tienden a presentarse de manera positiva. Sin embargo, este estilo de brindar una buena imagen de sí mismo, es más moderada que la forma manifiesta de la escala L, donde encontramos aseveraciones del tipo “Siempre digo la verdad” o “nunca siento deseos de maldecir”.

La escala K del MMPI original se creó con dos propósitos: “evaluar la defensividad ante la prueba y utilizar esta información para corregirla, al sumar puntos a ciertas escalas, a fin de hacer que estos reactivos fueran más sensibles en la detección de problemas” (Butcher, 1999).

Los autores, entonces, por un lado desarrollaron esta escala con el propósito de evaluar aquellas alteraciones que se producían en las respuestas por **motivos de “defensividad” (defensas psíquicas que implementa el yo ante un peligro externo o interno)**. En este sentido analizamos la información que nos brinda K para conocer cómo fue el modo de acercamiento a la prueba, si se han negado áreas con problemas o el evaluado ha tenido un buen acercamiento a la prueba demostrando ajuste psicológico.

Por otro lado, el objetivo fue comprobar el funcionamiento de algunas escalas que por el contenido de sus reactivos (claramente patológico), eran pasibles de manipulación. Luego de varios estudios, los autores hallaron que las escalas que eran más propensas a ser respondidas en forma no honesta eran las escalas de **Hipocondriasis, Desviación psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía**. Entonces, para obtener puntuaciones más realistas, los autores propusieron **adicionar cierta fracción del valor de K (valor bruto obtenido en esta escala) a dichas escalas**. Dicho factor tiende a elevar las puntuaciones de escala, que se han visto disminuidas por omitir información que refiere a sintomatología significativa.

Fracción de K a adicionar:

Esc. 1: Hipocondriasis = **0.5 K**

Esc. 4: Desviación psicopática = **0.4K**

Esc. 7: Psicastenia = **1K**

Esc. 8: Esquizofrenia = **1K**

Esc. 9: Manía = **0.2K**

Ejemplo. Una mujer evaluada obtuvo una **puntuación PB=23 (T= 50)** en la escala de **Desviación Psicopática (Esc. 4)**, supongamos que el valor bruto obtenido en la escala **K es de 11 puntos**. Para adicionar la fracción de K a la escala 4, debemos realizar la siguiente operación:

$$0.4 K = 0.4 \times \text{“PB K”} = 0.4 \times 11 = 4,4 \text{ (redondeamos a 4)}$$

Entonces al PB de la esc 4= **PB: 23 le sumamos 4= 27**

PB esc 4 = 27 que **equivale a T= 60**. Valor que no nos brinda información diagnóstica.

En este caso, encontramos que adicionar K, no altera significativamente el resultado, pero no debemos olvidar que esto no siempre es así, en algunos casos la adicción de K nos podría estar “mostrando” cierta tendencia a ocultar los problemas, ya que los resultados se tornan significativos. Sin embargo, Butcher (1999) afirma que “en la práctica, K realmente no mejora en mucho la discriminación empírica. Aunque K no tiene el desempeño que pretendían los autores originales como un factor de corrección para mejorar la discriminación, en el MMPI-2 se continua la práctica de utilizar la corrección K debido a que gran parte de la investigación empírica que sustenta la interpretación de las escalas clínicas implica puntuaciones con corrección K”.

Escala K: Basado en Butcher y colab. (1989)

PT	Fuente probable de elevación	Interpretaciones Posibles
Alto	- Defensividad prominente.	- Timidez, inhibición, falta de

(71 o >)	- Distorsión por fingimiento de enfermedad. - En contextos laborales, cautela y precaución.	compromiso emocional. - Falta de Insight - Negación.
Moderado (56 a 70)	- Defensividad moderada. - Sin reconocimiento de malestar actual	-Adaptación y Ajuste psicológico - Confianza en si mismo. - Sin necesidad de ayuda.
Modal (41 a 55)	- Equilibrio entre autoprotección y autorevelación. - Equilibrio entre autoconcepto positivo y capacidad autocrítica.	- Suficientes recursos de afrontamiento y de intervención.
Bajo (40 o <)	- Distorsión por fingimiento de malestar. - Solicitud de ayuda. - Defensas inadecuadas.	- Escepticismo, cinismo. - Estado de pánico. - Pobre autoconcepto. - Crítico de si y de los demás.

Otras consideraciones a tener en cuenta cuando evaluamos la validez del protocolo:

A. Patrones inusuales de respuesta

Algunas personas evaluadas que no tienen la suficiente motivación como para someterse a una evaluación pueden simplemente **responder a los reactivos sin atender al contenido**, marcando las respuestas en un patrón particular. (Todas falsas o todas verdadero, contestar verdadero y falso por columnas, etc.).

B. Defensividad ante la prueba o negación de problemas

El individuo evaluado no exagera sus virtudes sino que sólo **niega sus problemas**.

C. Imagen clínica improbable

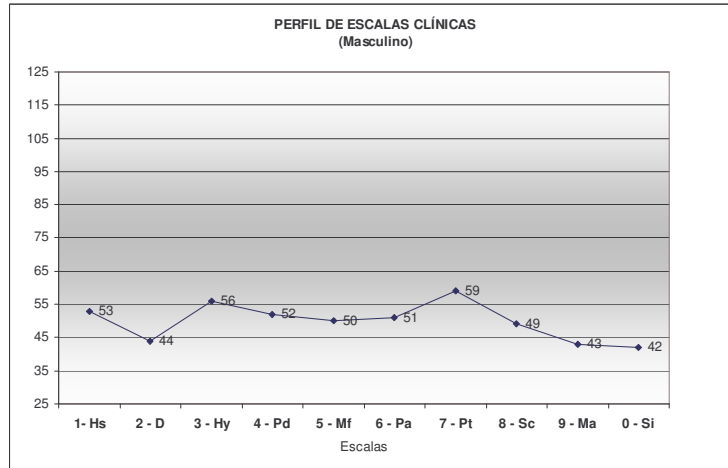
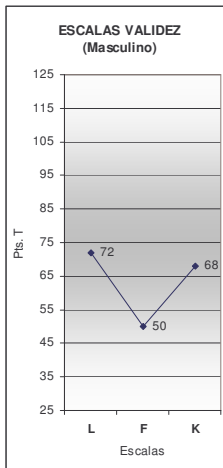
El psicólogo tiene un rango bien explorado de respuestas “típicas” según distintos cuadros psicopatológicos. Por ejemplo, se sabe que los sujetos con estado de ánimo deprimido, tienden a ver la vida de manera más pesimista y no se espera de ellos que se involucren en actividades que insuman mucha energía. Es común esperar entonces en determinadas patologías un patrón de comportamiento común. Butcher nos propone prestar atención a “que si una persona examinada que pertenece a una población conocida y bien establecida presenta **un desempeño que es extremadamente diferente al esperado, entonces es necesaria una mayor valoración de este protocolo**”. (Butcher, 1999).

¿Cómo se analizan las escalas de validez del MMPI-2?

A modo de ejemplo, realizaremos algunos análisis de distintos protocolos.

Ejemplo A: En un contexto de selección de personal para ocupar un puesto de “vendedor junior” de artículos de calzado, se evaluó a Juan, de 22 años de edad, con experiencia previa en el rubro de 1 año y estudios secundarios completos.

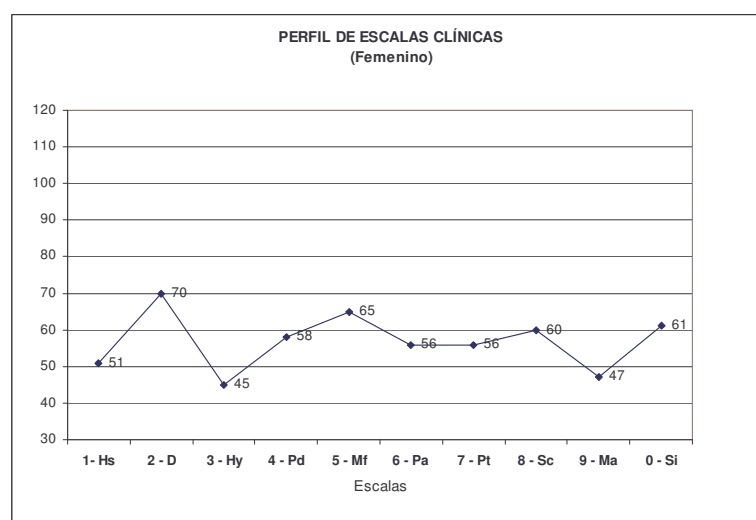
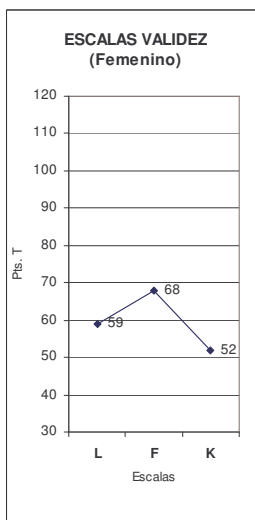
Perfil:



Inferencias a partir de los datos:

Las escalas de validez denotan un perfil que ha sido distorsionado de manera conciente, debido a la necesidad de mostrar una buena imagen de si mismo, ya que el sujeto ha “presentando un patrón no creíble y sumamente virtuoso de respuestas” (L, PT 72). Debido a que se ha dado en contexto laboral, tenemos que considerar la necesidad de “agradar” que presenta el evaluado, como así también el interés en ocultar sus áreas problema. De todos modos, podemos considerar el protocolo como “aceptable”, ya que se trataría de un individuo que presenta un funcionamiento psicológico adecuado y con confianza en si mismo (F, PT 50; K, PT 68)

Ejemplo B: Una paciente concurre a un centro clínico derivada por su médico de cabecera, para comenzar un tratamiento psicológico. En la entrevista de admisión relata que es la tercera vez que intenta realizar una terapia, que se siente sin ganas de hacer nada y que siente un vacío interior muy grande.



Inferencias a partir de los datos:

El perfil es válido, muestra un sujeto que presenta una serie de síntomas importantes, podría encontrarse en crisis psicológica y presentar psicopatología moderada (F PT 68). Rastreado la historia de la paciente y relacionando con las Escalas Clínicas, encontramos sintomatología que denota un malestar psicológico marcado, con presencia de síntomas depresivos. Podría presentar

A continuación se describirán los correlatos por escala, pero antes hablaremos de la “definición del perfil”. Siempre siguiendo la propuesta de Butcher, se entiende por **definición del perfil**, “**el grado en que una puntuación alta se eleva por encima de la siguiente escala en el perfil**”. Para entender esta afirmación, debemos remitirnos a la noción de código descripta con anterioridad. Recordemos que obtenemos el código de interpretación, ordenando de mayor a menor las puntuaciones de las escalas clínicas. En base a dicho código, debemos considerar el grado de elevación de las escalas clínicas, de acuerdo al siguiente criterio:

Definición de Perfil “**Bien definido o Muy elevado**”: Si las dos escalas clínicas más altas del código, se encuentran a 10 o + puntos “T” por encima de la clasificada en tercer lugar.

Definición de Perfil “**Elevado**”: Si la clave de perfil se encuentra de 5 a 9 puntos “T” más alta que la siguiente escala más elevada.

Definición de Perfil “**Bajo**”: Si se hallan separados en una puntuación $< 0 = a 4$.

Hallar la definición del perfil, nos permite conocer el grado de “estabilidad” del perfil y la confianza en las interpretaciones que podemos realizar. **Los perfiles más estables, son los “Muy elevados” y “elevados”**, ya que investigaciones realizadas mostraron que se obtenían idénticas puntuaciones al realizar un “re test”.

Definición de las Escalas Clínicas Básicas (ver clave de corrección en Anexo III)

ESCALA 1. HIPOCONDRIASIS. (HS)

La escala Hs se desarrolló para evaluar la tendencia de muchos pacientes en ambientes de salud mental a presentar problemas somáticos sin base orgánica. Estos pacientes tienden a desplegar una serie de sintomatología física con base psicológica; comúnmente estas afecciones se conocen como “hipocondríacas”.

Los individuos con **altas puntuaciones en Hs tienden a indicar que presentan preocupaciones corporales excesivas, con síntomas somáticos vagos e indefinidos**; por ejemplo, enfermedades gástricas, fatiga, dolor crónico y debilidad muscular. Según Butcher (1999) **estos pacientes expresan no solo dolencias físicas, sino que también presentan poca ansiedad manifiesta en comparación con otros pacientes en psicoterapia**. También se informa, como características de personalidad que **son egoístas, centrados en sí mismos y narcisistas**. Suelen ser **pesimistas, derrotistas, insatisfechos con los demás y presentan infelicidad en general**. Son personas con una perspectiva sarcástica acerca de la vida. Al nivel interpersonal, los individuos con Hs elevada tienden a ser difíciles de tratar y hacen sentir infelices a los demás con sus problemas físicos. **Tienden a lamentarse y quejarse en gran medida y se los considera como demandantes y críticos** de los demás. **Expresan su hostilidad de modo indirecto**. En pocas ocasiones presentan *acting out* y las demás personas los consideran aburridos, poco entusiastas y sin ambiciones. Los individuos con esta puntuación alta tienden a funcionar en un nivel reducido de eficiencia sin presentar algún tipo de incapacidad mayor.

Escala 1: Hs Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	- Delirios bizarros somáticos o concernientes al cuerpo - Múltiples síntomas y quejas.
Alto (66-75)	- Reacción exagerada a cualquier problema real. - Egoísmo, extremo centramiento en si. - Actitudes derrotistas y pesimistas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Amargura y perspectiva cínica. - Demanda constante de atención. - Exageración de los problemas físicos. - Quejas intensas y temperamento mudable.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de un trastorno de salud específico. - Probabilidad de inmadurez, irritabilidad, tendencia a la queja y al lamento. - Preocupación por la salud corporal propia (peso, funcionamiento físico, etc.)

ESCALA 2. DEPRESION (D)

La mayoría de los pacientes incluidos en el grupo criterio para esta escala fueron diagnosticados con “trastorno depresivo o de trastorno maníaco-depresivo” según el DSM III R. Tal como afirma Butcher (1999), **los individuos con puntuaciones elevadas en esta escala presentan sentimientos de depresión o infelicidad, disforia y sentimientos de pesimismo acerca del futuro.** Suelen autocensurarse y se sienten culpables, a menudo sin tener razones. Sienten que su salud se deteriora, se sienten débiles y cansados.

Los evaluados informaron sentimientos de inutilidad e incapacidad para funcionar y en general manifiestan sentirse como un fracaso en sus actividades (escolares o laborales). Son poco agresivos y tímidos, carecen de confianza en si mismos y son propensos a preocuparse por cosas sin importancia. **Son retraídos, introvertidos, reservados y conservan distancia psicológica con respecto a los demás, evitando generalmente el comprometerse de manera personal.**

Escala 2: D Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Introversión - Desesperanza, sentimientos de desesperanza. - Auto percepción de inadecuación. - Preocupación acerca de la muerte, probabilidad de ideación suicida. - Apatía, abatimiento, enlentecimiento psicomotor.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia al aislamiento, timidez, vergüenza. - Energía disminuida, dificultades de concentración. - Quejas somáticas, trastornos de sueño. - Baja autoestima, sentimientos de inadecuación. - Presencia de aflicción, disforia y pesimismo.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Probabilidad de inhibición, irritabilidad, timidez. - Sentimientos relativamente crónicos de tristeza, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás. - Preocupación, algo de pesimismo. - Actitud responsable. - Modestia.

ESCALA 3. HISTERIA CONVERSIVA. (HS)

Los evaluados con **altas puntuaciones** en esta escala suelen presentar **síntomas físicos vagos, como cefaleas, dolores en el pecho, debilidad muscular, palpitaciones irregulares u otros estados físicos indefinidos.** Según Butcher (1999) estas manifestaciones pueden entenderse como características de la personalidad que reflejan una incapacidad para manejar en forma efectiva los factores

estresantes de la vida. Por lo que es usual que “nieguen los problemas” y eviten el conflicto.

No suelen presentar delirios, alucinaciones y en general experimentan poca ansiedad, tensión o depresión. **Son psicológicamente inmaduros e infantiles** y suelen centrarse en si mismos, ser narcisistas y egocéntricos. **Demandan atención y afecto de los demás. Tienden a no expresar de manera abierta su enojo o resentimiento**, son un tanto indirectos a nivel interpersonal. Lo que es más, se los considera manipuladores para obtener la atención y muestran interés en los demás por razones egoístas. En términos sociales son participativos, pero de manera superficial, y pueden ser amistosos, habladores y entusiastas en situaciones sociales. Como indicadores a tener en cuenta al iniciar tratamiento, podrían presentar *acting out* inapropiado y mostrar poco *insight* aparente. Se caracterizan también por una tendencia a verse a si mismos bajo una luz demasiado positiva.

Escala 3: Hy Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Alta sugestionabilidad. - Episodios súbitos de ansiedad y/o pánico. - Desinhibición, conducta arrebatada e infantil. - Aparición de síntomas físicos como reacción a situaciones o actitudes vergonzantes.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio defensivo de negación y disociación. - Quejas y síntomas somáticos específicos. - Ingenuidad, escasa capacidad de insight. - Actitud exigente, demandante e histriónica.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud centrada en si mismo, superficialidad - En ocasiones inmadurez y actitud manipuladora. - Conformismo, moralismo. - Necesidad de agradar, inseguridad. - Actitud demostrativa y extrovertida.

ESCALA 4. DESVIACIÓN PSICOPATICA. (PD)

Los individuos con **puntuaciones altas en esta escala**, expresan características de **conducta antisocial, oposición a figuras de autoridad, y conducta de acting out**, sin considerar las consecuencias de sus actos. También se ha observado la presencia de **relaciones familiares conflictivas**. Siguiendo la interpretación que propone Butcher (1999) los individuos con puntuaciones altas **tienden a culpar a los demás de sus problemas**, lo cual puede reflejarse en un historial de bajos logros en la escuela, antecedentes laborales deficientes o problemas matrimoniales o en otro tipo de relaciones. Son comunes los **problemas con la ley**.

Suelen ser **impulsivos** en sus actos y tendrían una **baja tolerancia a la frustración**, buscando la gratificación inmediata de sus impulsos. No planifican de manera adecuada y muestran poca capacidad de juicio y asumen riesgos que otras personas no tomarían. **No parecen beneficiarse de la experiencia y tienden a repetir la conducta negativa**, aunque hayan sido censurados o castigados por ello. Otras personas los consideran inmaduros, infantiles, narcisistas, centrados en si mismos y egoístas. **Son hedonistas, ostentosos, exhibicionistas e insensibles a las necesidades de los demás**. También se los considera **manipuladores y tienden a desarrollar relaciones interpersonales que pueden utilizar para beneficio propio**. Aunque a menudo son agradables y pueden dar una buena impresión inicial, sus relaciones tienden a ser frívolas y superficiales. Parecen incapaces de formar vínculos afectuosos profundos.

Seguendo a Butcher (1999) tenemos que considerar las características de **extroversión y confianza en si mismos**; sin embargo, alerta que por lo común **carecen de metas definidas**. Sus relaciones se caracterizan por ser hostiles, agresivas, sarcásticas, cínicas, resentidas y rebeldes. Pueden actuar en arranques agresivos y realizar conductas de agresión física. Tienden a mostrar poca culpa acerca de su conducta negativa. Por lo común, la persona con puntuaciones altas en Pd está libre de los efectos incapacitantes de la ansiedad, depresión y síntomas psicóticos. Es más probable que a los individuos con puntuación elevada se les diagnostique un trastorno de la personalidad, como personalidad antisocial o pasivo-agresiva.

Tienen un pronóstico pobre en el tratamiento debido a que muestran poco *insight* acerca de su conducta y son poco receptivos al cambio en terapia. Tienden a culpar a los demás de sus problemas y a intelectualizar, en vez de enfrentar su responsabilidad.

Escala 4: Pd Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza en la adecuación del juicio. - Inestabilidad, irresponsabilidad. - Actitud centrada en si mismo, inmadurez. - Actitudes y comportamientos antisociales. - Agresividad, provocación.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> - Baja tolerancia al aburrimiento, al tedio y a la frustración. - Problemas con la autoridad. - Problemas laborales o maritales recurrentes. - Actitud rebelde y hostil. - Reacciones emocionales superficiales y de corta duración. - Probabilidad de abuso de sustancias. - Antecedentes laborales y/o escolares de logro reducido. - Relaciones superficiales.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Conducta intrépida y aventurera. - Actitud hedonista. - Resentimiento, inestabilidad, impaciencia. - Sociabilidad. - Seguridad y asertividad. - Probablemente creatividad e imaginación.

ESCALA 5. MASCULINIDAD-FEMINEIDAD. (MF)

La escala bipolar 5 no es, en realidad, una medida de psicopatología, sino que evalúa la **asunción de los roles masculino y femenino tradicionales**. Según Butcher (1999) esta escala sirve para la evaluación de pacientes en la planificación de tratamiento, debido a que esta refiere a las actitudes de un individuo hacia las relaciones interpersonales.

Escala 5: Mf Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles	
	Hombres	Mujeres
Muy alto (H:76 o >) (M: 70 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón tradicional de intereses femeninos. - Conflictos acerca de la identidad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón tradicional de intereses masculinos. - Poco amigable. - Actitud dominante.

	- Pasividad, escasa asertividad.	- Agresividad.
Alto (H:66-75) (M: 60-69)	- Curiosidad y creatividad. - Actitud de tolerancia. - Individualismo. - Intereses intelectuales. - Empatía.	- Confianza en sí. - Estilo lógico, poco emocional. - Competitividad. - Vigor.
Moderado (H:56-65) (M:51-59)	- Control de sí. - Expresividad demostrativa. - Sentido común. - Intereses estéticos. - Tacto y sensibilidad social.	- Actividad. - Actitud aventurera. - Espontaneidad. - Asertividad.
Modal (H:41-55) (M:41-50)	- Sentido práctico. - Actitud realista. - Convencionalismo. - Iniciativa	- Empatía. - Conducta competente. - Iniciativa. - Actitud de consideración. - Idealismo.
Bajo (H:40 o <) (M: 40 o <)	- Patrón tradicional de intereses masculinos. - Actitud tosca y agresiva. - Apego al estereotipo machista. - Conductas temerarias, descuidadas. - Pocos intereses. - Orientado a la acción. - Confianza en si mismo.	Con bajo nivel de educación - Patrón tradicional de intereses femeninos. - Inseguridad, baja autoestima. - Pasividad y sumisión. - Constricción y dependencia. Con alto nivel de educación - Capacidad intelectual e introspectiva. - Iniciativa, energía. - Actitud considerada.

ESCALA 6. PARANOIA. (PA)

Esta escala se desarrolló para evaluar los síntomas y características de personalidad de los individuos que experimentan trastornos paranoides. A la vez que evalúa desconfianza, junto con hipersensibilidad interpersonal.

De acuerdo con la interpretación de Butcher los pacientes con **elevaciones extremadamente altas (T > 80) muestran conducta psicótica de manera común**, trastornos del pensamiento, delirios de persecución o grandeza (o ambos) y creencias delirantes como ideas de referencia. Por lo general se les considera **enojados y resentidos**.

Los pacientes por lo común utilizan **la proyección como mecanismo de defensa**, mecanismo por el cual atribuyen a los otros intenciones claras de hacerles daño, estar en su contra y abusar de ellos. Tienden a tener un **pronóstico pobre en terapia** debido a que presentan alteraciones graves de la realidad y su juicio. Se torna difícil analizar sus problemas y fallas de manera abierta. También parecen tener dificultad para establecer una relación terapéutica con sus terapeutas.

Escala 6: Pa Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	- Probabilidad de desorden de pensamiento - Creencias erróneas. - Ideas de referencia. - Disposición vengativa, amargura. - Cavilación excesiva.

	- Probabilidad de actuación en función del delirio.
Alto (66-75)	- Ira, resentimiento. - Desplazamiento de la culpa, actitud crítica. - Hostilidad, suspicacia. - Rigidez, obstinación. - Tendencia a malinterpretar situaciones sociales.
Moderado (56-65)	- Sensibilidad al rechazo y/o desaires. - Cautela y defensa en el inicio de los contactos sociales. - Moralismo.

ESCALA 7.PSICASTENIA.(PS)

La escala 7 del MMPI-2 es una **medida de la ansiedad y de la desadaptación general**. Según Butcher (1999) **los pacientes con puntuaciones altas** en esta medida informan **ansiedad, tensión e incomodidad**. Tienden a preocuparse en gran medida y a ser aprensivos con respecto a situaciones menores. A menudo expresan sentimientos de agitación e intranquilidad y tienen dificultad para concentrarse. Otras personas tienden a considerarlos como individuos nerviosos que son introspectivos, ensimismados, obsesivos y compulsivos en ocasiones.

Son muy autocríticos, no interactúan bien en sociedad, se sienten muy inseguros e inferiores, **carecen de confianza en si mismos y son muy cohibidos**. Suelen presentar una gran cantidad de culpas y ser moralistas al extremo. Las personas tienden a considerarlos perfeccionistas y escrupulosos. Dan la impresión de ser organizados y meticulosos al grado de ser rígidos. A menudo tienen dificultad para tomar decisiones porque “ven demasiadas posibilidades” en la situación que enfrentan. Estos pacientes tienden a ensimismarse en exceso, pero en general muestran cierto *insight* acerca de sus problemas.

Consideraciones importantes para el tratamiento: Butcher (1999) informa que pueden ocurrir periodos en los que los síntomas se intensifiquen como resultado de la tendencia de estos pacientes a considerar todo como una catástrofe. Por lo general, distorsionan la importancia de los problemas y reaccionan de manera extrema ante situaciones menores como si fueran desastres de gran envergadura.

Escala 7: Pt Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	- Cavilación, rumiación. - Agitación psicomotora. - Probabilidad de conductas rituales. - Supersticiones, fobias, temores. - Sentimientos de culpa. - Expresiones de depresión y ansiedad.
Alto (66-75)	- Inseguridad. - Ansiedad, tensión. - Preocupación, actitud aprensiva. - Temor a cometer equivocaciones o errores. - Minuciosidad, indecisión. - Moralismo.
Moderado (56-65)	- Conciencia y responsabilidad acerca del propio accionar. - Tendencia a intelectualizar. - Contracción al trabajo. - Organización, orden, tendencia al perfeccionismo. - Actitud autocrítica. - Capacidad introspectiva.

ESCALA 8. ESQUIZOFRENIA. (ES)

Butcher (1999) alerta que **no todas las personas que obtienen alguna elevación en esta escala son esquizofrénicas**; puede ocurrir cierta elevación en personas antisociales o que tienen un estilo de vida de rechazo a las normas culturales. Los niveles de elevación tienden a asociarse con trastornos psicológicos más graves; sin embargo, **pueden presentarse rangos de elevación moderada entre algunos individuos que no experimentan un trastorno de pensamiento, pero cuyo enfoque hacia la vida es abstraído y desorganizado**. Suelen presentar una conducta poco convencional y poco común lo que suele traer aparejado su desadaptación social con fuertes sentimientos de inferioridad. También insatisfacción con la vida, confusión del rol sexual y preocupaciones sexuales. Son **excéntricos, obstinados, temperamentales, inmaduros e impulsivos**.

Tienen un pronóstico pobre en terapia orientada al *insight*, en parte debido a su dificultad para relacionarse con un terapeuta. La terapia a corto plazo tiende a ser ineficaz debido al grado de sus problemas. La terapia a largo plazo puede ser efectiva si el terapeuta proporciona un contexto de aceptación en el que estos pacientes puedan llegar a darle su confianza.

Escala 8: Sc Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none">- Disturbios de pensamiento.- Comportamientos excéntricos.- Probabilidad de delirios y alucinaciones.- Retraimiento social, aislamiento.- Contacto con la realidad deficitario.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none">- Creencias inusuales.- Actos bizarros.- Ensimismamiento, alienación.- Poco convencionalismo.- Problemas de identificación y autoconfianza.- Dificultades de concentración y razonamiento.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none">- Escaso interés en las personas.- Poca habilidad práctica.- Creatividad e imaginación.- Preocupaciones religiosas y/o espirituales.

ESCALA 9. HIPOMANIA. (MA)

Esta escala se desarrolló para evaluar el estado de ánimo elevado en forma patológica. Según Butcher (1999) la escala Ma evalúa los **niveles “mas bajos” de conducta maniaca** (a menudo, los trastornos maniacos puros y extremos son imposibles de evaluar a través de una prueba). En términos de características de personalidad, los pacientes con **puntuaciones altas** en la escala 9 tienden a ser **extrovertidos, sociables y gregarios**; les agrada estar con otras personas. Muestran confianza en sí mismos, en general son muy cálidos y amistosos hacia los demás y tienden a crear una buena impresión inicial en las personas. También **pueden ser engañosos y poco confiables y tienden a distorsionar considerablemente la verdad cuando hablan**. Muchos de estos individuos tienen episodios periódicos de depresión.

Por lo común se emplean fármacos para el trastorno de estado de ánimo. El tratamiento psicológico, se dirige al manejo de los estresores que ocurren en su vida cotidiana. Son resistentes a las interpretaciones terapéuticas cuando asisten a las sesiones.

Escala 9: Sc Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Expansividad, grandiosidad. - Irritabilidad. - Pobre control de los impulsos. - Hiperactividad, distractibilidad. - Toma de decisión impulsiva. - Confusión.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> - Euforia. - Actividad excesiva. - Locuacidad. - Inquietud, impaciencia, labilidad. - Relaciones superficiales.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Gregario. - Poca tolerancia al tedio. - Amplia gama de intereses. - Contracción al trabajo, efectividad. - Orientación al logro. - Actitud emprendedora.

ESCALA 0 . INTROVERSIÓN SOCIAL. (IS)

Según Butcher (1999) la escala Si se desarrolló para evaluar las características de personalidad de introversión-extraversión. Esta es una medida bipolar de la personalidad y puede interpretarse a lo largo de todo el rango de puntuaciones. Es decir **la introversión se infiere del rango más elevado y la extraversión del más bajo.**

Los individuos con **puntuaciones altas en esta escala (T > 65) presentan timidez extrema e introversión social.** Por lo común se sienten incómodos con personas del sexo opuesto y son difíciles de conocer. Son extremadamente sensibles a lo que los demás piensan de ellos. Los individuos con puntuaciones altas en Si **tienen un control excesivo y son inhibidos y tienden a ser sumisos y dóciles en sus relaciones.** Así como a ser muy serios, convencionales y a aceptar en extremo la autoridad.

Las puntuaciones bajas en la escala Si, T <45, también son interpretables. **Las personas con puntuaciones bajas en Si tienden a ser muy sociables y extrovertidas.** Parecen tener una fuerte necesidad de estar con otras personas en situaciones grupales. Son espontáneas y expresivas y parecen buscar las situaciones competitivas. Algunos individuos con puntuaciones muy bajas en Si tienden a ser inmaduros, impulsivos e inmoderados.

Escala 0: Sc Basado en Butcher y colab. (1989)

Puntaje T	Interpretaciones Posibles
Muy alto (76 o >)	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud distante, centrado en si mismo. - Inseguridad, indecisión. - Austeridad, recato. - Rumiación.
Alto (66-75)	<ul style="list-style-type: none"> - Introversión. - Vergüenza, timidez. - Falta de autoconfianza. - Actitud taciturna, irritabilidad. - Rigidez, sumisión.
Moderado (56-65)	<ul style="list-style-type: none"> - Reserva, seriedad, cautela. - Sobrecontrol de los impulsos. - Apocada habilidad social.

Modal (41-55)	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad, energía. - Actitud amistosa. - Locuacidad.
Bajo (40 o <)	<ul style="list-style-type: none"> - Calidez. - Sociabilidad, actitud gregaria. - Autoconfianza y asertividad. - Exhibicionismo.

Tipos de códigos más frecuentes

Recordemos que “la manera correcta de interpretar las escalas del MMPI-2, no es analizando escala por escala, sino interpretando en base al código generado por las escalas clínicas significativas. Obtenemos el código de interpretación, ordenando de mayor a menor las puntuaciones de las escalas clínicas”. (Fernández, Herrero, Marconi, 2009)

Códigos:¹

1-2/2-1

Los pacientes con este tipo de código informan **problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales**. Informan debilidad, fatiga, mareos y problemas digestivos; prefieren las explicaciones médicas a sus síntomas y se resisten a las interpretaciones psicológicas. Se muestran **ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables**, con características de ensimismamiento e infelicidad. Generalmente muestran una pérdida de iniciativa. Pueden presentar un estado de ánimo deprimido.

Son **cohibidos, introvertidos y tímidos** en situaciones sociales; retraídos y solitarios. Experimentan dudas sobre su capacidad y muestran duda e indecisión incluso sobre cuestiones menores. Tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes. También pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan.

Guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo. Carecen de *insight* acerca de sí mismos y se resisten a aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

1-3/3-1

Puntuaciones altas describen por lo general a pacientes con un diagnóstico de trastorno neurótico (histérico, hipocondríaco). Puede estar presente el Síndrome Conversivo clásico; presencia de sintomatología limitante sin base orgánica. Pero prefieren la explicación médica de sus problemas. En general, están ausentes la ansiedad y depresión graves.

Este tipo de personas funciona con un **nivel reducido de eficiencia y desarrollan síntomas físicos bajo estrés**, debido a la incapacidad de manejar los estresores. Estos síntomas pueden desaparecer en el momento en que disminuye el estrés.

Por otro lado, los pacientes con este patrón de perfil **tienden a ser demasiado optimistas y superficiales en situaciones sociales; inmaduros, egocéntricos y egoístas**; se sienten inseguros y tienen fuerte necesidad de atención y afecto. Con frecuencia **buscan la compasión de otras personas, son dependientes y reclaman afecto**.

¹ Los códigos descriptos están basados en Butcher, J.N. (1999), MMPI 2: Guía para principiantes, Tr. Gloria Padilla Sierra. El Manual Moderno, México, tercera reimpresión, (2003).

En general, los pacientes son socialmente extrovertidos, pero sus relaciones interpersonales se caracterizan por no ser profundas y de poco compromiso afectivo. Son agradables en apariencia pero carecen de habilidades para tratar con el sexo opuesto. Según Butcher (1999) muchos pacientes con este tipo de código parecen tener un impulso sexual bajo, pero tienden a la “coquetería”.

Tienen a “controlar” y son pasivo—agresivos, exhibiendo arranques de enojo ocasionales. Son bastante convencionales así como conformistas en sus actitudes y creencias.

Estos pacientes no tienen motivación para la psicoterapia, esperan respuestas y soluciones definidas para sus problemas. Pueden concluir con la terapia de manera anticipada. Se resisten las interpretaciones psicológicas y sus síntomas, de ser genuinos, son extremadamente discapacitantes.

1-4/4-1

En ese caso, se observan **síntomas hipocondríacos graves**, en especial cefaleas y molestias estomacales. Según Butcher (1999) estos pacientes son **indecisos y ansiosos**, son socialmente extrovertidos, careciendo de habilidades para relacionarse con el sexo opuesto. Sienten rebeldía hacia su núcleo familiar pero no expresan estos sentimientos. Es probable que utilicen el alcohol en exceso. Carecen de “empuje” y tienen metas pobremente definidas. A menudo están insatisfechos, son pesimistas, demandantes, irascibles, agresivos y resistentes a la psicoterapia tradicional.

1-8/8-1

Siguiendo los lineamientos de Butcher (1999), estos pacientes experimentan sentimientos de hostilidad y agresión, pero no saben expresarlos adecuadamente. Se caracterizan por ser inhibidos y reprimidos, o bien, demasiado combativos y puntillosos, además de sentirse socialmente inadecuados y no confiar en los demás. Tienden a aislarse del entorno y se sienten infelices y deprimidos. Con frecuencia muestran aplanamiento afectivo y pueden además encontrarse confundidos y distraídos. En general, a estos pacientes se les diagnostica esquizofrenia.

1 -9/9-1

En este código encontramos pacientes **ansiosos, tensos e inquietos**. Propensos a **alteraciones somáticas** y renuentes a aceptar las explicaciones psicológicas para sus molestias. Son **agresivos y beligerantes**, pero en realidad **son pasivos—dependientes**, e intentan negarlo. Tienden a ser **ambiciosos**, con un alto nivel de empuje, pero carecen de metas bien definidas. A menudo se frustran y presentan angustia extrema. Como expresa Butcher (1999) en ocasiones este perfil se encuentra en personas con daño cerebral que experimentan dificultades para enfrentar dichas deficiencias.

2-3/3-2

Los pacientes con este tipo de código, se sienten **nerviosos, tensos, preocupados, tristes, deprimidos, fatigados, exhaustos y débiles** aunque no lleguen a presentar una ansiedad incapacitante. Siguiendo a Butcher (1999) **carecen de interés, iniciativa y participación en las situaciones de la vida**. Tienen un nivel disminuido de actividad física y suelen presentar trastornos gastrointestinales. Son **pasivos, dóciles y dependientes**. Se sienten insuficientes, inseguros y desamparados provocando en los demás el deseo de cuidarlos. Muestran empuje, y buscan responsabilidades pero temen colocarse en situaciones competitivas o de mayor presión. Sienten que no obtienen un reconocimiento adecuado por sus logros y los lastima cualquier tipo de crítica. Son controladores y reprimen sus sentimientos no pudiendo expresarlos adecuadamente. **Evitan la participación social**; se sienten incómodos con personas del sexo opuesto. La inadaptación sexual es común, incluyendo frigidez e impotencia.

Estos pacientes tienden a funcionar a un **nivel reducido de eficiencia** durante largos periodos y parecen tolerar gran cantidad de infelicidad. En general se les diagnostica neurosis depresiva y no responden muy bien a la psicoterapia. **Carecen de insight** y se resisten a las reformulaciones psicológicas de sus problemas.

2-4/4-2

Este tipo de código es común en aquellos pacientes que tienen antecedentes penales. Suelen tener problema con la ley, **son impulsivos y necesitan la satisfacción inmediata** de los sus impulsos. Tienen **poco respeto por normas y valores sociales**, a menudo presentan *acting out* y carecen de culpa y remordimiento por los actos cometidos. Según Butcher (1999) es probable que beban en exceso. Parecen **frustrados por su falta de logros y se muestran resentidos** ante las demandas que otras personas les hacen. Es posible que exista ideación e intentos de suicidio, en particular si ambas escalas están excesivamente elevadas.

Tienen una marcada **inclinación a manipular a los demás**. Tienden a parecer sociables y extrovertidos, dando una impresión inicial favorable. Son **cohibidos, insatisfechos consigo mismos así como pasivo—dependientes**. El pronóstico en psicoterapia es pobre aunque expresen su necesidad de ayuda y un deseo de cambio. Es probable que terminen rápidamente con la terapia si desaparece el estrés o disminuyen sus dificultades legales.

2-7/7-2

Las características de este tipo de perfil se asocian con **alteraciones en el estado de ánimo, como depresión, ansiedad y tensión**. Los pacientes expresan sentirse **nerviosos** gran parte del tiempo y **preocuparse en exceso**. Como expresa Butcher (1999) tienden a ser **vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias** y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran. Reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de “fatalidad catastrófica”. Presentan variedad de **síntomas físicos, fatiga y agotamiento**. Se sienten **infelices y tristes**. Son lentos en sus acciones, en su discurso y pueden presentar también lentitud en los procesos de pensamiento. En las conversaciones por lo general se muestran muy **pesimistas** en cuanto a la superación de sus problemas. Otros los consideran meditativos, malhumorados y ensimismados.

Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser religiosos y moralistas. Pueden tener expectativas altas y poco realistas acerca de si mismos. Presentan indecisión y sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son **meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos**.

Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales pero muestran una **elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás**. En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales. En general tienen una elevada motivación para la psicoterapia y están propensos a permanecer en ella por largo tiempo. Los individuos con este patrón tienden a mostrar una mejoría considerable en terapia. Se les diagnostica como depresivos, obsesivo—compulsivos o con trastorno de ansiedad.

2-8/8-2

Estos pacientes se caracterizan por ser **ansiosos, agitados, tensos e intranquilos**. Según Butcher (1999) tienen **trastornos de sueño y baja concentración**. Además, son **olvidadizos y tienen pensamiento confuso**. Ineficaces para cumplir con sus responsabilidades, se muestran poco originales y estereotipados en pensamiento y solución de problemas. Presentan síntomas somáticos y una estimación poco realista acerca de si mismos. Sus rasgos de personalidad incluyen **dependencia, falta de asertividad, irritabilidad y resentimiento**. Se caracterizan también por experimentar

pérdida del control y no expresar sus emociones. Niegan sus impulsos pudiendo presentar periodos disociativos de *acting out*. Son sensibles a las reacciones de los demás y piensan mal acerca de las motivaciones de otras personas. Evitan las relaciones interpersonales cercanas por miedo a ser lastimados. En general manifiestan **sentimientos de desesperación y falta de valía**.

Los diagnósticos habituales que se les asignan a estos pacientes incluyen psicosis maniaco—depresiva y esquizofrenia, tipo esquizoafectivo. Con frecuencia tienen una **sintomatología crónica, incapacitante, se muestran llenos de culpa y con depresión clínica**. Tienen un **discurso débil y reducido**, además de lentitud en el flujo de pensamiento. Frecuentemente están llorosos y se muestran apáticos e indiferentes. A menudo tienen preocupación y pensamientos suicidas, pueden llegar a tener planes específicos para matarse.

2-9/9-2

Este perfil se caracteriza por el **egoísmo y narcisismo** de los pacientes. Según Butcher (1999) los sujetos con este código generan situaciones de fracaso que opacan las altas expectativas de logro que poseen. En personas jóvenes, esto puede sugerir una crisis de identidad.

Suelen ser **ansiosos y tensos**, sus **quejas somáticas** tienen que ver con el área gastrointestinal. Pueden tener antecedentes de depresión grave, pero no es un estado de ánimo frecuente. Suelen consumir alcohol como un escape a las tensiones y el estrés. Con frecuencia **niegan sus sentimientos de incapacidad** y falta estima con periodos alternados de aumento de actividad y fatiga. El diagnóstico más común es el de trastorno maniaco—depresivo.

También este perfil se encuentra en pacientes con daño cerebral que han perdido el control y que intentan enfrentar sus deficiencias a través de actividad excesiva.

3-4/4-3

Personas con este tipo de código, se caracterizan por mantener **impulsos hostiles y agresivos pero sin expresarlos de manera apropiada**. Se caracterizan por el **extremo control con periodos de acting out violento** y agresivo sin considerar que su comportamiento sea problemático.

Muestran **sentimientos de hostilidad hacia la familia**, son sensibles al rechazo y demandan atención y aprobación de los otros. Son **rebeldes** aunque externamente parezcan conformistas.

Tal como expresa Butcher (1999), son comunes la inadaptación sexual y la promiscuidad. Los pensamientos e intentos de suicidio pueden seguir a los episodios de acting out. Se los suele diagnosticar como personalidad pasivo – agresiva y emocionalmente inestables.

3-6/6-3

En este caso, Butcher (1999) menciona que los sujetos se caracterizan por la **tensión, ansiedad y trastornos físicos moderados** sin llegar a ser incapacitantes. Experimentan sentimientos de **hostilidad hacia la familia** sin expresar de manera directa sus emociones negativas ni reconocer habitualmente la presencia de las mismas.

Suelen ser **insolentes, poco cooperativos y difíciles de tratar**. Niegan tener problemas psicológicos graves y refieren tener desconfianza y resentimiento.

3-8/8-3

Según Butcher (1999) estos pacientes muestran **agitación psicológica intensa**. Pueden presentar trastornos de pensamiento y tienen **problemas de concentración, fallas de memoria, ideas inusuales y poco convencionales**. Suelen perder la **asociación de ideas llegando a experimentar pensamientos obsesivos, delirios y alucinaciones**. El diagnóstico más común en este perfil es el de esquizofrenia.

Son generalmente **ansiosos, tensos, nerviosos, temerosos y preocupados**. Tienen fobias, depresión y sentimientos de desesperanza. Les resulta difícil tomar hasta las decisiones más pequeñas. Con frecuencia manifiestan una amplia variedad de afecciones físicas. Hablan acerca de sus trastornos y dificultades en forma vaga y evasiva.

Es probable que sean **inmaduros, dependientes y que tengan una fuerte necesidad de atención y afecto**. Suelen ser **apáticos y pesimistas**; no participan de manera activa en situaciones de la vida diaria. La terapia orientada al *insight* no es eficaz con estos pacientes, se suele utilizar psicoterapia de apoyo.

4-5/5-4

Este código en general está presente **sólo en varones y estos son inmaduros, narcisistas y pasivos emocionalmente**. Tal como los describe Butcher (1999), tienen **fuertes necesidades de dependencia** (aunque no lo reconozcan) y una **dificultad para incorporar los valores sociales**. Su manera de hablar, comportamientos y forma de vestir refleja su **poco conformismo y falta de convencionalidad**. Generalmente tienen un control adecuado, pero pueden ocurrir periodos breves de *acting out* agresivo mostrando culpa y remordimiento temporales. En general el diagnóstico es el de personalidad pasivo-agresiva.

Experimentan **gran dificultad con su identidad sexual** y es posible la homosexualidad abierta, en particular si ambas escalas están extremadamente elevadas. Con frecuencia temen que las mujeres los dominen.

4-6/6-4

Estos pacientes se caracterizan por ser **inmaduros, narcisistas, indulgentes consigo mismos y pasivo-dependientes**. Butcher (1999) expresa que hacen demandas excesivas hacia otras personas en **búsqueda de atención, simpatía y compasión**. **Las mujeres con este perfil se identifican en extremo con el rol femenino tradicional y dependen en gran medida de los varones**. Estos pacientes no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto.

Son **desconfiados** con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, **poseen hostilidad y enojo reprimidos**. Con frecuencia son **irritables, discutidores, malhumorados, y resentidos** con la autoridad.

Probablemente **nieguen tener problemas psicológicos graves**, en vez de ello **racionalizan y proyectan la culpa** hacia los otros sin aceptar su propia responsabilidad en conducta. También son poco realistas y grandiosos en sus autoestimaciones.

Suelen ser poco receptivos a la psicoterapia y en general se les diagnostica personalidad pasivo-agresiva o esquizofrenia de tipo paranoide.

4-7/7-4

Las características de los pacientes que poseen este perfil se alternan entre **periodos de gran insensibilidad acerca de las consecuencias de sus actos y la preocupación excesiva** por los efectos de su conducta. Según Butcher (1999) con frecuencia tienen episodios de *acting out*, seguidos de culpa y autocensura temporales.

Las características más frecuentes incluyen **quejas somáticas vagas, tensión, fatiga, agotamiento, dependencia e inseguridad**. Requieren que constantemente se reafirme su propia valía. En terapia responden de manera sintomática al apoyo y la reafirmación.

4-8/8-4

Siguiendo los lineamientos de Butcher (1999) estos pacientes **no se adaptan a su ambiente, parecen extraños y peculiares, son poco conformistas, resentidos con la autoridad y experimentan problemas en su autocontrol.**

Pueden adherirse a puntos de vista radicales en religión o política. Son erráticos y difíciles de predecir. **Muestran enojo, irritación, resentimiento y presentan *acting out* de manera indiferente a los demás,** como delincuencia o actos criminales.. A menudo beben de manera excesiva, usan drogas (en particular alucinógenos) y pueden presentar desviación sexual.

Muestran **pocos logros, falta de responsabilidad y adaptación marginal.** Poseen **profundos sentimientos de inseguridad, demandando exagerada atención y afecto.** Tienen un pobre autoconcepto y sus acciones se predestinan al rechazo y al fracaso.

Suelen atravesar **periodos de obsesiones suicidas,** se refugian en la fantasía y son **desconfiados, evitando las relaciones profundas.** Tienen **deficiencias en empatía y falta de habilidades sociales básicas.**

Son retraídos, aislados y propensos a considerar al mundo como amenazante y que los rechaza. Culpan a los demás de sus dificultades.

Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, **obsesionándose con pensamientos de naturaleza sexual.** Temen ser incapaces en su desempeño sexual y pueden participar en actos sexuales antisociales en un intento por demostrar que son adecuados. El diagnóstico más común para este tipo de perfil es el de esquizofrenia (tipo paranoide, personalidad egocéntrica, personalidad esquizoide y personalidad paranoide).

4-9/9-4

Según Butcher (1999) los individuos con este tipo de perfil pueden mostrar una notable **desconsideración hacia las normas y valores sociales.** Son **antisociales, irresponsables, con valores éticos inestables.** Suelen presentar **dificultades legales o problemas laborales.** Tienen un amplio conjunto de **conductas problema** como alcoholismo, peleas y *acting out* sexual sin considerar las consecuencias. **Buscan estimulación emocional y excitación.** Son **desinhibidos y extrovertidos.**

Se caracterizan por el **narcisismo, egoísmo, la indulgencia consigo mismo y la impulsividad.** En este sentido, tienen **necesidad de satisfacción inmediata de sus impulsos y baja tolerancia a la frustración.**

Los sujetos con este patrón **no desean aprender de las experiencias de castigo.** Cuando tienen problemas, **racionalizan sus defectos y fallas y/o culpan a los demás de sus dificultades,** mintiendo para evitar la responsabilidad.

Son **irritables y de actitud sarcástica.** Frecuentemente, **muestran enojo y hostilidad;** pueden, además tener **arranques emocionales ocasionales.** También son **enérgicos, intranquilos e hiperactivos.** A menudo dan una buena impresión inicial porque son expresivos y espontáneos, no obstante, **sus relaciones son generalmente superficiales** y mantienen a los demás a una **distancia emocional.** En general parecen confiados en si mismos y seguros, pero son bastante **inmaduros.** El diagnóstico común para este tipo de perfil es el de personalidad antisocial.

6-8/8-6

Las características de este tipo de perfil coinciden con un diagnóstico de trastorno mental grave y esquizofrenia de tipo paranoide. Según Butcher (1999) los pacientes con este perfil manifiestan **conducta psicótica evidente, su pensamiento es autista, fragmentado, delirante y circunstancial, con contenido bizarro.** Tienen dificultad en concentrarse, atender y memorizar. Poseen una capacidad de juicio deficiente, delirios de persecución o grandeza y sentimientos irreales. Por lo común, muestran una **preocupación por pensamientos abstractos inusuales y embotamiento afectivo.**

Estos individuos pueden tener un discurso rápido e incoherente. Tienden a carecer de mecanismos de defensa eficaces y en ocasiones muestran una **ansiedad extrema**. Es probable que reaccionen ante el estrés y la presión retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación, con dificultades para diferenciar claramente entre la fantasía y la realidad. Presentan **sentimientos de inferioridad, inseguridad, falta de confianza y pobre autoestima**.

Con frecuencia las personas con este patrón se sienten culpables por sus fallas. En general, **no se relacionan con otras personas y son desconfiados**, por lo que evitan los vínculos emocionales profundos.

Resienten las demandas interpersonales que se les hacen y se muestran **malhumorados, irritables, así como poco amistosos y negativos**. Tienden a presentar un patrón a largo plazo de inadaptación y en general tienen un estilo de vida esquizoide.

6-9/9-6

Estos pacientes, de acuerdo a las inferencias propuestas por Butcher (1999), son demasiado **sensibles y desconfiados**. Muestran una **fuerte necesidad de afecto, se sienten vulnerables y manifiestan ansiedad gran parte del tiempo**. Lloran fácilmente, **reaccionan de manera extrema ante el menor estrés y se retraen hacia la fantasía**, sin poder expresar emociones de modo adaptativo y modulado.

Probablemente muestren signos de trastornos de pensamiento y expresen **dificultades en relación con el pensamiento y la concentración**; son ensimismados o sobreideacionales y obsesivos. Pueden tener **delirios y alucinaciones** con un **discurso impertinente e incoherente**. A menudo parecen desorientados y confundidos, además de tener una **capacidad de juicio deficiente**. Es posible que reciban un diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide o de un trastorno del estado de ánimo.

7-8/8-7

Según Butcher (1999) los pacientes con este perfil por lo general experimentan **agitación y confusión** y no dudan en admitir que tienen problemas psicológicos. Carecen de defensas para sentirse cómodos por lo cual se sienten **deprimidos, preocupados, tensos y nerviosos**. Pueden estar confundidos y presentar estados de pánico. Tienen capacidad de juicio deficiente y no suelen beneficiarse con la experiencia. **Son introspectivos, ensimismados y sobreideacionales**. Es probable que presenten sentimientos crónicos de **inseguridad, incapacidad, inferioridad e indecisión**.

Carecen de experiencias de socialización, son retraídos y no tienen confianza a nivel social. Por lo general **son pasivo—dependientes** y tienen dificultades con las relaciones heterosexuales maduras. A menudo se sienten inadecuados en un rol sexual tradicional y por lo que su desempeño sexual es deficiente.

Los pacientes con este perfil pueden recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Sin embargo a medida que la escala 8 es mayor que la 7 aumenta la probabilidad de de psicosis.

8-9/9-8

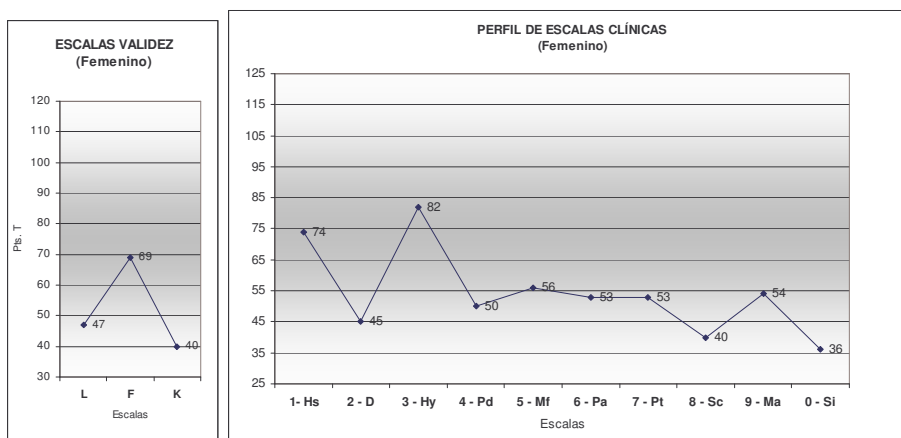
Butcher (1999) indica que a los individuos con este perfil se les considera **egocéntricos e infantiles** en sus expectativas acerca de los demás, **demandan gran cantidad de atención, volviéndose resentidos y hostiles cuando no se los satisface**.

Sin embargo, **temen a los compromisos emocionales y evitan las relaciones muy cercanas**, de allí que sean retraídos y aislados a nivel social y que se sientan muy incómodos en las relaciones heterosexuales. También muestran tendencia a una adaptación sexual deficiente.

Son **hiperactivos y emocionalmente débiles**, asimismo parecen **agitados e inquietos**. Demuestran un **discurso fuerte y excesivo**, además de una estimación poco realista acerca de sí mismos. Sus pensamientos son **ostentosos y arrogantes**. A menudo evitan hablar de sus dificultades y es posible que no expresen una necesidad de ayuda profesional. Tienen **grandes necesidades de logro** y es posible que se sientan presionados a ello, no obstante, su desempeño tiende a ser mediocre. Generalmente se sienten **inferiores e insuficientes** y tienen **baja autoestima**. El diagnóstico más común que se les asigna es el de esquizofrenia (catatónica, esquizoafectiva o paranoide). También puede estar presente un grave trastorno de pensamiento, lo cual resulta en que los pacientes se sientan **confundidos, perplejos y desorientados**. Les resulta muy difícil enfocarse y **experimentan pensamiento extravagante, poco frecuente, autista y circunstancial**. Este perfil se encuentra en ocasiones en adolescentes con problemas de adicciones.

¿Cómo se interpretan las escalas clínicas?

Veamos el siguiente **Ejemplo C**: Corresponde a una mujer, de 30 años, empleada administrativa. Casada, sin hijos que solicita tratamiento psicológico por indicación de su médico clínico y que está interesada en trabajar en la terapia las dificultades que tiene actualmente con su pareja.



Las escalas de validez nos alertan de un **perfil válido**, que denota un **malestar psicológico (L 47)** con probabilidad de presentar **psicopatología moderada (F 69)**. También da cuenta de un sujeto que tiene un pobre autonecepto y que es crítico de sí mismo y de los demás, junto con cierta probabilidad de conducta impulsiva (**K 40**). Teniendo en cuenta que el perfil es válido, observamos que la información que nos proveen las escalas clínicas corresponde a un **código 3-1 correspondiente al tipo histérico-hiponcodriaco (Hy 82 – Hs 74)**. Según Butcher (1999), este código nos indica que el sujeto tiene ciertas tendencias ligadas a **rasgos de personalidad infantiles**, mostrando una fuerte **necesidad de atención y afecto**. Pueden estar presentes los **síntomas de conversión clásicos**. Este tipo de personas funciona con un nivel reducido de eficiencia y desarrollan **síntomas físicos bajo estrés**, los cuales pueden desaparecer en el momento en que disminuye éste.

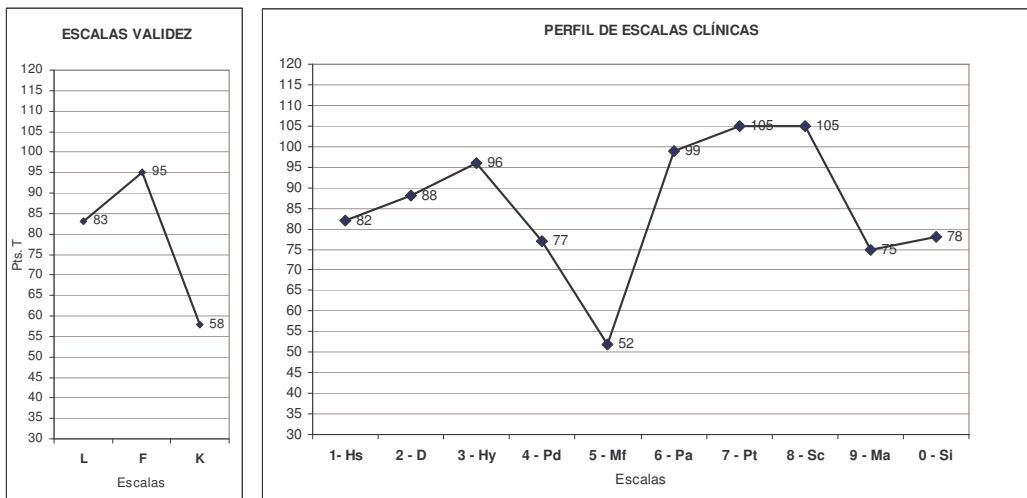
En términos de sus características físicas de personalidad, los pacientes con este patrón de perfil tienden a ser **demasiado optimistas y superficiales en situaciones sociales**. Tienen un **control extremo y son pasivo—agresivos, presentando arranques de enojo ocasionales**.

Pacientes con este tipo de perfil, no tienen motivación para la psicoterapia pero cuando si la tienen, esperan respuestas y soluciones definidas para sus problemas. Pueden concluir con la terapia de manera prematura si su terapeuta no responde a sus demandas. **Prefieren las explicaciones médicas de sus síntomas.**

Es importante, al analizar el MMPI-2, no solo hallar las características básicas de la personalidad, sino que también ubicar las tendencias hacia la aceptación y predisposición hacia el tratamiento. Esta valiosa información es fundamental para recomendar algún tratamiento específico y elaborar un pronóstico presuntivo.

Al mismo tiempo, analizar las características de personalidad que nos brindan las escalas bipolares, es fundamental para tener una noción mas acabada sobre el tipo de personalidad del evaluado. En este caso, la **escala bipolar número 10** nos indica características de personalidad ligadas al polo introversión/extroversión. Hallamos entonces, con un **puntaje T=36**, características relacionadas con la Extroversión. Según Butcher (1989) son personas que sienten **agrado y comodidad en participar en situaciones sociales**. Estos pacientes, pueden llegar a ubicarse en el “centro de atención” de todas las miradas. A la vez que la **escala 5 (T:56)**, nos indica características ligadas a una **persona activa, asertiva y espontánea** (siendo en este caso un perfil femenino).

Veamos ahora el **Ejemplo D**: El sujeto evaluado es un hombre, de 43 años, detenido en unidad penitenciaria, por robo calificado y homicidio.



Tras el análisis de las escalas de validez se puede observar que el evaluado **intenta falsear el protocolo, resistiéndose a la evaluación (L 83)** debido a que posee **intenciones manifiestas de fingimiento de malestar o psicopatología (F 95)** por lo que **el perfil se torna inválido**. Por tal motivo sería erróneo obtener información de las escalas clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Brenlla, M.E., Maristany, M.P., y Diuk, L.W. (1992). *Evaluación de la personalidad. Aportes del MMPI-2*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., (1999). *MMPI 2: guía para principiantes*. Tr. Padilla Sierra, G. Mexico. Ed. El Manual Moderno. Tercera reimpresión. 2003
- Casullo, M.M. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires. Paidós.
- Gómez Dupertuis, D. (1998). *La evaluación de la personalidad: El MMPI – II. (Hathaway, S.; McKinley, J. MMPI-2 Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota; Traducción Gómez Dupertuis, D.) Ficha Nº 17*. Buenos Aires. Departamento de Publicaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1999). *Guía para principiantes*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Laplanche J. Pontalis, J-B. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Colombia. Editorial Quinto Centenario.
- Mikulic, I. M. (2007). *Construcción y Adaptación de Pruebas de Evaluación Psicológica*. Ficha de cátedra. Buenos Aires. Departamento de Publicaciones. Fac. de Psicología. UBA.
- Sánchez López, M.P. Casullo, MM. (2000). *Estilos de Personalidad. Una Perspectiva Iberoamericana*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.