

MIMPI-A-RF™

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
para Adolescentes - Reestructurado™



R. P. Archer
R. W. Handel
Y. S. Ben-Porath
A. Tellegen

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



MMPI-A-RFTM

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
para Adolescentes - ReestructuradoTM

Robert P. Archer
Richard W. Handel
Yossef S. Ben-Porath
Auke Tellegen

Adaptación a lengua española:
Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones)

MANUAL



Madrid, 2021

Título original: *MMPI-A-RF TM. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent – Restructured Form™*. University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, EE.UU.

Adaptación a lengua española: Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

Cómo citar esta obra

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

Archer, R. P., Handel, R. W., Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2021). *MMPI-A-RF™. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes - Reestructurado™* (P. Santamaría, adaptador). TEA Ediciones.

Nota. En la redacción de este manual se ha utilizado un lenguaje inclusivo para evitar la discriminación por razón de sexo. En este contexto, los sustantivos variables o los comunes acordados deben interpretarse en un sentido inclusivo de mujeres y varones, cuando se trate de términos de género gramatical masculino referidos a personas o grupos de personas no identificadas específicamente.

Translated and adapted by Permission. Copyright © 2016 by The Regents of the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved. Copyright © 2021 of the Spanish edition by TEA Ediciones, Madrid. España.

Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2016 by The Regents of the University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, EE.UU. Todos los derechos reservados. Copyright © 2021 de la edición española by TEA Ediciones.

ISBN: 978-84-18745-03-4

Depósito legal: M-XXXX-2021

Diseño y maquetación: Cristina Morillo

Printed in Spain. Impreso en España.

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

Índice

Prólogo original	7
Agradecimientos originales	9
Prólogo y agradecimientos de la adaptación a la lengua española	11
Ficha técnica	13
1. Introducción y descripción general	15
1.1. Finalidad	18
1.2. Rango de edad de aplicación	18
1.3. Requisitos profesionales	19
1.4. Protección de los materiales de la prueba	19
1.5. Materiales	20
2. Proceso de construcción del MMPI-A-RF	21
2.1. Uso del MMPI original con adolescentes	22
2.2. Construcción del MMPI-A, la versión específica del MMPI para adolescentes	23
2.3. Razones para el desarrollo del MMPI-A-RF	24
2.4. Proceso de desarrollo del MMPI-A-RF	25
2.4.1. Desarrollo de una escala de desmoralización y de las escalas clínicas reestructuradas ..	25
2.4.2. Desarrollo de las escalas de problemas específicos	25
2.4.3. Desarrollo de las escalas de validez	26
2.4.4. Desarrollo de las escalas de segundo orden	29
2.4.5. Desarrollo de las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)	31
3. Normas de aplicación y corrección	33
3.1. Normas de aplicación	33
3.1.1. Valoración de la capacidad de la persona evaluada para responder significativamente a los ítems	33
3.1.2. Condiciones adecuadas para la aplicación	35
3.1.3. Supervisión de la aplicación de la prueba	36
3.2. Normas de corrección	37

MMPI-A-RF™

4. Normas de interpretación	43
4.1. Estructura y guía para la interpretación del MMPI-A-RF	43
4.2. Validez del protocolo	45
4.2.1. Ausencia de respuesta al contenido	46
> Omisiones (?)	46
> Inconsistencia por respuestas variables (VRIN-r)	48
> Inconsistencia por respuestas fijas (TRIN-r)	49
> Inconsistencia global (CRIN)	51
4.2.2. Exageración de síntomas	51
> Infrecuencia (F-r)	52
4.2.3. Minimización de síntomas	54
> Virtudes inusuales (L-r)	54
> Validez del ajuste (K-r)	56
4.3. Interpretación de las escalas sustantivas	58
4.3.1. Escalas de segundo orden o dimensiones globales	59
> Alteraciones emocionales o interiorizadas (EID)	59
> Alteraciones del pensamiento (THD)	60
> Alteraciones comportamentales o exteriorizadas (BXD)	61
4.3.2. Escalas clínicas reestructuradas (RC)	62
> Desmoralización (RCd)	63
> Quejas somáticas (RC1)	65
> Escasez de emociones positivas (RC2)	66
> Desconfianza (RC3)	68
> Conducta antisocial (RC4)	69
> Ideas persecutorias (RC6)	71
> Emociones negativas disfuncionales (RC7)	73
> Experiencias anormales (RC8)	74
> Activación hipomaniaca (RC9)	75
4.3.3. Escalas de problemas específicos	76
Escalas de problemas somáticos/cognitivos	76
> Malestar general (MLS)	76
> Quejas gastrointestinales (GIC)	77
> Quejas de dolor de cabeza (HPC)	78
> Quejas neurológicas (NUC)	79
> Quejas cognitivas (COG)	80
Escalas de problemas interiorizados	81
> Indefensión/desesperanza (HLP)	82
> Inseguridad (SFD)	83
> Ineficacia (NFC)	83
> Obsesiones/compulsiones (OCS)	84

> Estrés/preocupaciones (STW)	85
> Ansiedad (AXY)	86
> Propensión a la ira (ANP)	87
> Miedos incapacitantes (BRF)	88
> Miedos específicos (SPF)	89
Escalas de problemas exteriorizados	90
> Actitudes negativas hacia la escuela (NSA)	91
> Actitudes antisociales (ASA)	92
> Problemas de conducta (CNP)	92
> Abuso de sustancias (SUB)	94
> Influencia negativa de amigos (NPI)	95
> Agresión (AGG)	95
Escalas de problemas interpersonales	97
> Problemas familiares (FML)	97
> Pasividad interpersonal (IPP)	98
> Evitación social (SAV)	99
> Timidez (SHY)	100
> Misantropía (DSF)	101
4.3.4. Escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5)	102
> Agresividad-revisada (AGGR-r)	103
> Psicoticismo-revisada (PSYC-r)	104
> Falta de control-revisada (DISC-r)	104
> Emocionalidad negativa/neuroticismo-revisada (NEGE-r)	106
> Introversión/escasa emocionalidad positiva-revisada (INTR-r)	106
4.4. Escalas e ítems críticos	108
4.4.1. Escalas con contenido crítico	108
4.4.2. Ítems críticos	108
4.5. Casos ilustrativos	111
4.5.1. Caso 1: Andrea	111
4.5.2. Caso 2: Julio	123
4.5.3. Caso 3: Miguel	130
4.5.4. Caso 4: Virginia	136
5. Fundamentación psicométrica	143
5.1. Muestra de tipificación	143
5.1.1. Proceso de construcción de los baremos	144
5.2. Fiabilidad	146
5.3. Validez	151
5.3.1. Escalas de control o validez	151
5.3.2. Escalas sustantivas	157

MMPI-A-RF™

5.3.3. Correlaciones con las escalas sustantivas del MMPI-A	159
5.3.4. Intercorrelaciones de las escalas del MMPI-A-RF	162
5.4. Resumen	162
Referencias bibliográficas	163
Apéndice A.	
Apéndice B.	
Apéndice C.	
Apéndice D.	
Apéndice E	

Prólogo original

La *University of Minnesota Press* se complace en presentar el MMPI-A-RF, una versión reestructurada del MMPI-A. La publicación de este test es resultado del programa de investigación y desarrollo de la *University of Minnesota Press* con relación a los instrumentos MMPI, una vez que retomó su publicación en 1982 y que mostró su compromiso con su desarrollo.

Siguiendo los pasos y el enfoque adoptado para el desarrollo del MMPI-2-RF, el MMPI-A-RF ha sido diseñado con el objetivo de abordar el problema existente en las escalas clínicas originales del MMPI-A con relación a su heterogeneidad interna y a su solape. Para ello, los principales pasos seguidos han sido la identificación de una escala de desmoralización (como componente que subyacía a todas las escalas clínicas y aumentaba su solape), la caracterización y definición de los componentes más distintivos de cada una de las escalas clínicas (una vez excluida la desmoralización) mediante análisis factoriales exploratorios y, finalmente, el desarrollo de escalas sustantivas adicionales que cubrieran otras áreas evaluables a partir del conjunto de ítems del MMPI-A.

Los 241 ítems que componen el MMPI-A-RF, que proporcionan resultados en 48 escalas de nueva creación, tienen también la ventaja de permitir que la aplicación de la prueba sea sustancialmente más breve, algo relevante en las edades a las que va destinada. Con la publicación del MMPI-A-RF, la *University of Minnesota Press* sigue mostrando su decidido y absoluto compromiso con el desarrollo del MMPI.

La *University of Minnesota Press* quiere expresar su agradecimiento tanto a los autores Archer, Handel, Ben-Porath y Tellegen como a los distintos revisores que han participado en el proceso del desarrollo del MMPI-A-RF.

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

Prólogo y agradecimientos de la adaptación a la lengua española

Es motivo de celebración la publicación de esta adaptación a la lengua española del MMPI-A-RF que pone a disposición de los profesionales la versión más reciente y actualizada del MMPI para adolescentes. Entre las muchas virtudes que podrán descubrir los profesionales, podría destacarse su mayor brevedad de aplicación (prácticamente la mitad que el actual MMPI-A) y su nuevo conjunto de escalas que permiten una evaluación más eficiente, centrada en el contenido y coherente en su estructura. El profesional también encontrará un perfil más claro, organizado y fácil de interpretar, así como la posibilidad de realizar aplicaciones *online* de la prueba. Todos estos aspectos que esperamos faciliten su labor.

Su publicación es fruto del trabajo de un amplio conjunto de profesionales, a los que debemos el más sincero reconocimiento y agradecimiento. En primer lugar, es heredera directa de la labor realizada con la adaptación española del MMPI-A por parte de los profesores Fernando Jiménez Gómez y Alejandro Ávila-Espada de la Universidad de Salamanca, junto con un equipo de dicha universidad (Guadalupe Sánchez Crespo, Vicente Merino Barragán y Raquel Arroyo Sánchez). A todos ellos se debe gran parte de lo que aquí se presenta, que ha sido construido sobre los cimientos y la estructura que ellos establecieron en esa adaptación. Su trabajo, que comenzó en un verano de 1990 en un seminario internacional sobre el MMPI, se prolongó durante décadas llevando a cabo una cuidadosa adaptación tanto del MMPI-2 como del MMPI-A, que siguen siendo esenciales para miles de profesionales.

Es heredera también del trabajo de adaptación al español del MMPI-2-RF. El lector que conozca dicha obra podrá observar que se han mantenido y respetado muchas de las decisiones tomadas en su momento en la versión en español sobre la nomenclatura de las escalas o la organización de la información. Como descubrirá durante la lectura de este manual, ambas comparten una base común sustancial a muy distintos niveles.

Ha de destacarse también la contribución de Miriam Abellán Gómez quien, durante sus prácticas del máster de Metodología de las ciencias del comportamiento en TEA Ediciones, llevó a cabo diversos análisis preliminares sobre la prueba, así como las primeras traducciones de diferentes capítulos y apéndices, partiendo tanto de la obra original como de las adaptaciones al español disponibles del MMPI-A y del MMPI-2-RF. Su tesón y su profesionalidad fueron esenciales en esos primeros momentos de empuje para esta adaptación.

Finalmente, esta obra tampoco hubiera sido posible sin la inestimable participación de todo el equipo humano de TEA Ediciones, incluyendo su implementación informática por parte de Miguel Estebanz, los diseños de perfiles de Rebeca Sánchez, los desvelos de Enrique Buitrón y Xavier Minguijón para su correcta integración en las distintas plataformas y su aplicación *online*, las elegantes maquetaciones de Cristina Morillo y Miguel Ángel Laviña, las revisiones de María Solar y Belén Ruiz, el sabio manejo de los plazos de producción e impresión de Carlos Segura... Todos y cada uno de los integrantes de TEA están siempre detrás de cualquier publicación con el fin de convertir la obra en una herramienta útil para los profesionales.

MMPI-A-RF™

Este trabajo conjunto y continuado en el tiempo es el que nos permite poner esta adaptación del MMPI-A-RF a la lengua española a disposición de los profesionales. Esta publicación se suma al rico acervo de pruebas del MMPI en español y esperamos que contribuya a la siempre ardua labor de evaluación en estos rangos de edad.

Pablo Santamaría

Ficha técnica

Nombre:	MMPI-A-RF. <i>Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes - Reestructurado.</i>
Nombre original:	MMPI-A-RF. <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent-Restructured Form.</i>
Autores:	Robert P. Archer, Richard W. Handel, Yossef S. Ben-Porath y Auke Tellegen.
Procedencia:	<i>University of Minnesota Press, 2016.</i>
Adaptación a lengua española:	Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2021.
Aplicación:	individual y colectiva.
Ámbito de aplicación:	adolescentes de 14 a 18 años.
Duración:	variable, entre 30 y 45 minutos (consta de 241 ítems de verdadero/falso).
Finalidad:	evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad mediante 6 escalas de validez, 3 escalas de dimensiones globales, 9 escalas clínicas reestructuradas, 25 escalas de problemas específicos (5 escalas de problemas somáticos/cognitivos, 9 escalas de problemas interiorizados, 6 escalas de problemas exteriorizados, 5 escalas de problemas interpersonales) y 5 escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5).
Baremación:	baremos en puntuaciones T a partir de una muestra de adolescentes de población general.
Material:	manual, cuadernillo, hoja de respuestas y clave de acceso (PIN) para la aplicación o corrección por Internet.
Formato de aplicación:	papel u <i>online</i> .
Modo de corrección:	<i>online</i> .
Lenguas disponibles para la evaluación:	español.

1. Introducción y descripción general

El MMPI-A-RF, *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes - Reestructurado*, es una nueva versión del MMPI-A, destinado a la evaluación de adolescentes entre 14 y 18 años. Está compuesto por 241 ítems (seleccionados de entre los 478 que componían el MMPI-A) y ha sido diseñado para evaluar de forma exhaustiva y eficiente las variables clínicamente relevantes que subyacían al conjunto de ítems del MMPI-A. Estos 241 ítems permiten obtener puntuaciones en 48 escalas: 6 escalas de validez y 42 escalas sustantivas. Complementariamente, también existen 14 conjuntos de ítems críticos, entre los que se incluyen siete ítems de depresión/ideación suicida. Si bien los ítems del MMPI-A-RF provienen del MMPI-A, su estructura y sus escalas siguen el modelo establecido por el MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009). En la tabla 1.1 se puede consultar un listado de todas las escalas que componen el MMPI-A-RF junto con una breve descripción de cada una de ellas.

Las **escalas de validez** están destinadas a evaluar las diferentes tendencias de respuestas que pueden afectar de forma negativa a las puntuaciones de la prueba, como las omisiones, las respuestas variables o aleatorias, los patrones de respuesta fija o la tendencia a presentarse a sí misma de forma particularmente positiva o negativa. Las seis escalas de validez que se incluyen en el MMPI-A-RF son, en su mayoría, versiones revisadas de indicadores de validez que ya se incluían en el MMPI-A.

Las 42 **escalas sustantivas** permiten analizar en qué medida están presentes alteraciones somáticas, emocionales, cognitivas, comportamentales o interpersonales. Para ello, estas escalas se agrupan en una estructura jerárquica de tres niveles: en la cúspide, están las tres escalas de segundo orden o dimensiones globales, que son medidas generales de alteración psicológica (alteraciones emocionales, alteraciones del pensamiento y alteraciones del comportamiento); en medio, están las nueve escalas clínicas reestructuradas (RC); y, en el nivel más bajo, las 25 escalas de problemas específicos, que son medidas específicas de aspectos asociados o complementarios a las escalas clínicas reestructuradas. Estas puntuaciones se completan con las cinco escalas de personalidad psicopatológica (PSY-5), que representan un modelo ampliamente investigado de patología de la personalidad.

En este **manual** el profesional podrá encontrar aquella información que necesita conocer para extraer la máxima utilidad práctica a los resultados que se obtienen en la prueba, incluyendo capítulos detallados de aplicación, corrección e interpretación de cada una de las escalas que componen la prueba: **capítulo 3 de normas de aplicación y corrección** y **capítulo 4 de normas de interpretación**. También incluye información sobre sus características técnicas más relevantes en el **capítulo 5 de fundamentación psicométrica**, entre ellas las evidencias de fiabilidad disponibles, así como información amplia sobre los correlatos externos encontrados de cada una de las escalas, que respaldan las recomendaciones interpretativas que se describen en este manual. También se incluye en el **capítulo 2** relativo al **proceso de construcción del MMPI-A-RF** una exposición de los motivos que llevaron a su elaboración junto con los procedimientos que se siguieron en este desarrollo.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



4.5. Casos ilustrativos

En este apartado se incluyen cuatro casos con el fin de ilustrar la interpretación del MMPI-A-RF. En todos los casos se proporciona una breve descripción de los antecedentes del caso, el perfil de puntuaciones en el MMPI-A-RF y una interpretación del mismo, así como un resumen final del caso y sus resultados. Estos estudios de caso se centran en la interpretación del MMPI-A-RF y no en proporcionar una conceptualización completa del caso, que requeriría incorporar los resultados de las entrevistas, de otras pruebas aplicadas y de toda la información externa disponible.

En el primer caso, “Andrea”, se incluye adicionalmente un apartado intermedio entre los antecedentes y la interpretación del MMPI-A-RF. Este apartado se denomina “Secuencia de interpretación de los resultados obtenidos en el MMPI-A-RF” y su objetivo es mostrar de una manera explícita y detallada la estructura y la guía para la interpretación del MMPI-A-RF descrita en el apartado 4.1 de este manual. Esta estructura y secuencia de análisis de las puntuaciones subyace a la interpretación narrativa de los resultados que aparecen en el apartado posterior, “Interpretación del MMPI-A-RF”, en cada uno de los casos.

Como ha podido observarse en los apartados previos de este manual, en las pautas interpretativas de cada escala del MMPI-A-RF se diferencian dos tipos de afirmaciones: las respuestas a la prueba (que son las afirmaciones que se derivan directamente del contenido propio de los ítems de la escala) y los correlatos empíricos (que son los aspectos que estadísticamente suelen ir asociados a las puntuaciones elevadas en la escala). El lenguaje utilizado en los casos ilustrativos pretende diferenciar entre ambos tipos de afirmaciones. En el caso de las afirmaciones basadas en las respuestas a la prueba se suelen utilizar verbos como “manifiesta”, “refiere”, “expresa”, “indica”, “informa”...; en el caso de los correlatos empíricos, dada su naturaleza probabilística, se suele incluir “es probable”, “posiblemente”, “probablemente”... dado que son hipótesis interpretativas e inferencias que se extraen de los patrones habituales de correlación, pero que requieren la valoración del profesional para ver si están presentes o no en el caso concreto bajo evaluación.

4.5.1. Caso 1: Andrea

Andrea es una adolescente de 16 años que ha sido remitida para evaluación psicológica debido a la presencia de problemas emocionales y comportamentales significativos, incluyendo notables conflictos familiares y varios intentos de suicidio en su historial, así como una marcada sintomatología depresiva. Los graves conflictos familiares y sus problemas de conducta motivaron que los servicios sociales y el departamento de protección de menores asumieran su custodia, habiendo estado alojada en distintos lugares fuera del hogar familiar durante los últimos cinco meses.

> Antecedentes

La madre y el padre de Andrea se casaron con 18 años y estuvieron casados algunos años. Se divorciaron cuando Andrea tenía 1 año. Posteriormente, vivieron separados durante 1 año y luego el padre regresó a la casa durante 9 años antes de separarse de nuevo. Se volvieron a casar poco antes del momento de esta evaluación.

La madre de Andrea fue adoptada cuando tenía 11 meses por una pareja que tenía graves problemas de abuso de alcohol. Andrea describe a su madre como "estricta y controladora" y afirma "odiarla". En el momento de la evaluación, se informó que la madre seguía siendo la principal responsable de la toma de decisiones en la familia.

MMPI-A-RF™

Con relación a su padre, Andrea lo describe como una persona de trato fácil. Él es el más joven de cuatro hermanos y su familia fue descrita como cálida y afectuosa. Sin embargo, su madre murió de una grave enfermedad cuando él tenía 9 años y fue criado por sus dos hermanas. Su padre murió un año antes de la presente evaluación y este hecho sigue teniendo un profundo efecto en él. Durante toda la vida de Andrea su padre se ha mostrado implicado con ella, pero siempre ha jugado un papel generalmente pasivo y secundario en la familia. Andrea tiene una hermana 2 años mayor que ella y a la que Andrea describe como “perfecta... totalmente distinta a mí”. En el momento de la evaluación, la hermana estaba asistiendo a la universidad y se consideraba que era la favorita de su madre.

El embarazo y el parto de Andrea sucedieron sin complicaciones y presentó un desarrollo normal, alcanzado los hitos evolutivos a las edades apropiadas. Fue descrita como una niña feliz, si bien siempre estaba poniendo a prueba los límites. Los primeros informes de comportamiento problemático de Andrea se recogen en la escuela de educación infantil o preescolar, donde fue considerada como una niña que solía llevar la contraria, oponiéndose a lo que se le pedía. A pesar de que Andrea iba pasando de curso en curso con notas de aprobado, su madre solicitó que repitiera 4.º de Primaria por los problemas escolares que iba arrastrando y para que cambiara su grupo de compañeros y compañeras, dado que la madre de Andrea no aprobaba los amigos que había hecho en su clase. En los años siguientes, con el comienzo de la pubertad, se observaron problemas notables de conducta. Según se informa, Andrea comenzó a tener ideación suicida a los 11 años, en 5.º de Primaria, y en 6.º de Primaria ingirió una sobredosis de paracetamol y trató de cortarse las venas de las muñecas. Andrea explicó que quería suicidarse debido a la conducta controladora de su madre. Este primer intento de suicidio fue hecho junto con un amigo que también estaba experimentando un conflicto familiar.

Un año más tarde, tuvo otro intento de suicidio por sobredosis de medicamentos en la escuela. Fue hospitalizada durante 3 semanas y luego regresó a casa. Poco después, volvió a sentirse deprimida y a mostrar graves problemas de conducta (incluyendo robos, mentiras y conductas vengativas) y fue readmitida en el hospital. En el expediente se indica que tres de sus amigos también habían tenido sobredosis por medicamentos en las 3 semanas anteriores. Después de esta última hospitalización, Andrea se fue a vivir con su padre, si bien, en la práctica, hacía lo que quería sin ningún adulto que supervisara su conducta. A continuación, comenzó a salir con un chico de 23 años y empezó a ser sexualmente activa y a consumir marihuana, parte de la cual obtenía de su padre. Su nivel de descontrol aumentó hasta tal punto que en tres ocasiones tuvo que ser internada en centros de acogida de emergencia temporales. En el momento de la evaluación, Andrea vivía con una persona amiga suya y había abandonado los estudios. Acudía ocasionalmente a sesiones de apoyo y orientación a nivel individual, familiar y de grupo en servicios sociales y de salud mental. Presentaba un ligero sobrepeso. Se le había prescrito medicación antidepresiva que rechazaba tomar. No había antecedentes de abuso físico o sexual.

En la entrevista clínica, Andrea se presentó vestida de manera informal pero arreglada. No se observaron indicios de problemas de motricidad fina ni gruesa, ni alteraciones en su forma de caminar ni en su postura. Presentaba una adecuada orientación temporal, espacial y personal. Su habla era normal en tono, ritmo y volumen. No se apreciaron signos de pensamiento inconexo ni tangencial, ni fuga de ideas. No se observaron tampoco indicios de alucinaciones, delirios o ideación paranoide, y Andrea negó tener cualquiera de estos síntomas. Su percepción y juicio se evaluaron como normales. Mantuvo un contacto visual apropiado. Fue bastante cooperadora durante la evaluación y la relación fue fluida. Mostró un estado de ánimo deprimido y las emociones que manifestó fueron acordes con este estado. Reconoció sentirse triste y con un estado de ánimo bajo, fatiga, motivación baja, hipersomnia y retraimiento social. También manifestó sentirse "vacía, irritable y sin interés en hacer nada", con sentimientos de desesperanza y de inutilidad. Además, refirió que su peso la podía hacer sentir bastante mal, haciéndola “dejar de comer durante al menos una semana y

estar todos los días pensando en lo que peso”. La madre de Andrea presentaba un notable sobrepeso y solía ser bastante crítica con el peso de Andrea. Andrea afirmó que experimentaba cambios de humor frecuentes y que se sentía "de muy mal humor en general". Se describía a sí misma como con una actitud negativa, afirmando que “no me importa nada y no tengo ni idea de por qué me siento así” y manifestando que solía sentirse así varias veces al día. Cuando experimentaba estos estados emocionales, que podían durar una cantidad de tiempo indeterminada, sentía deseos de agredir a otros verbalmente y de destruir cosas.

Dentro del proceso de evaluación se le aplicaron a Andrea diversas pruebas cognitivas, de personalidad y de psicopatología, entre ellas, el MMPI-A-RF, cuyos resultados aparecen en la figura 4.1⁴ y se comentan a continuación.

⁴ En los perfiles de los casos ilustrativos NO se incluyen las puntuaciones directas (las casillas de la columna PD aparecen en blanco); solo se incluyen las puntuaciones T para centrar la atención en la interpretación de estas. En los perfiles reales que obtenga el profesional utilizando la plataforma de corrección SÍ dispondrá tanto de las puntuaciones directas como de las puntuaciones T en cada escala.

MMPI-A-RF™

PERFIL



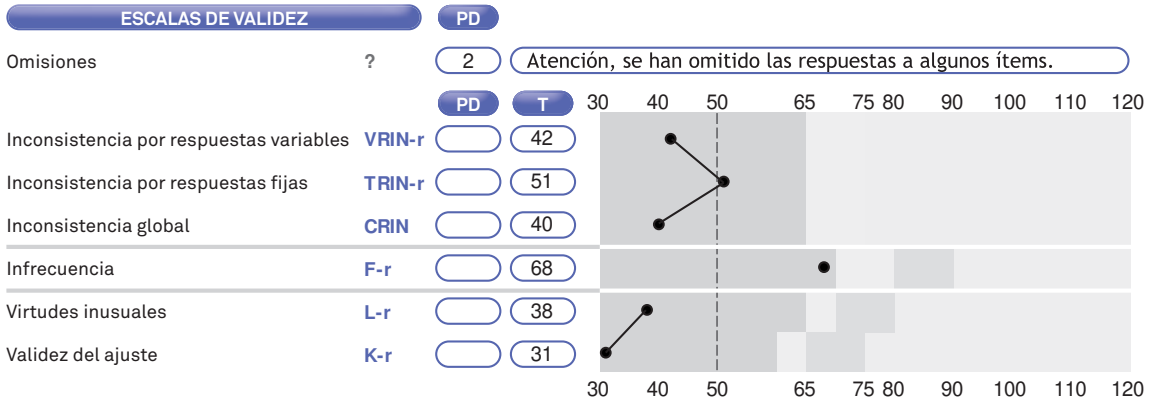
Id:

Edad: Sexo: Fecha de aplicación:

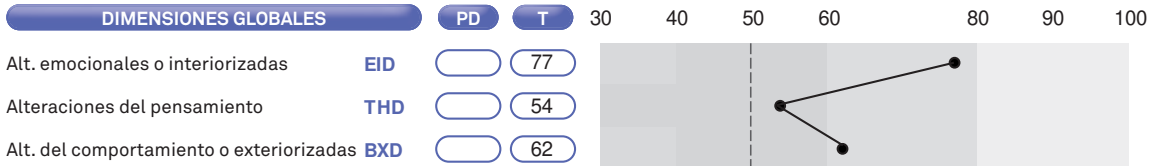
Baremo:

Responsable de la aplicación:

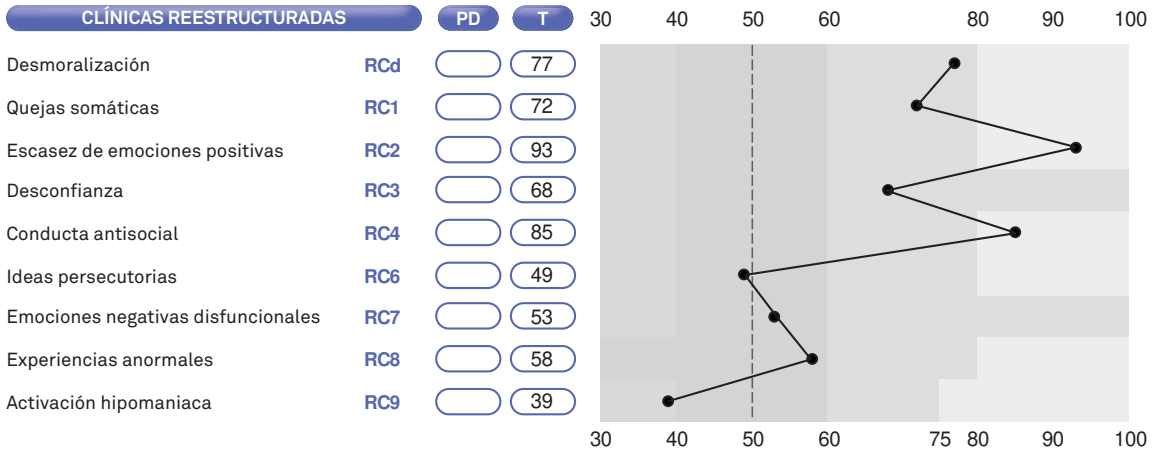
ESCALAS DE VALIDEZ



DIMENSIONES GLOBALES



CLÍNICAS REESTRUCTURADAS



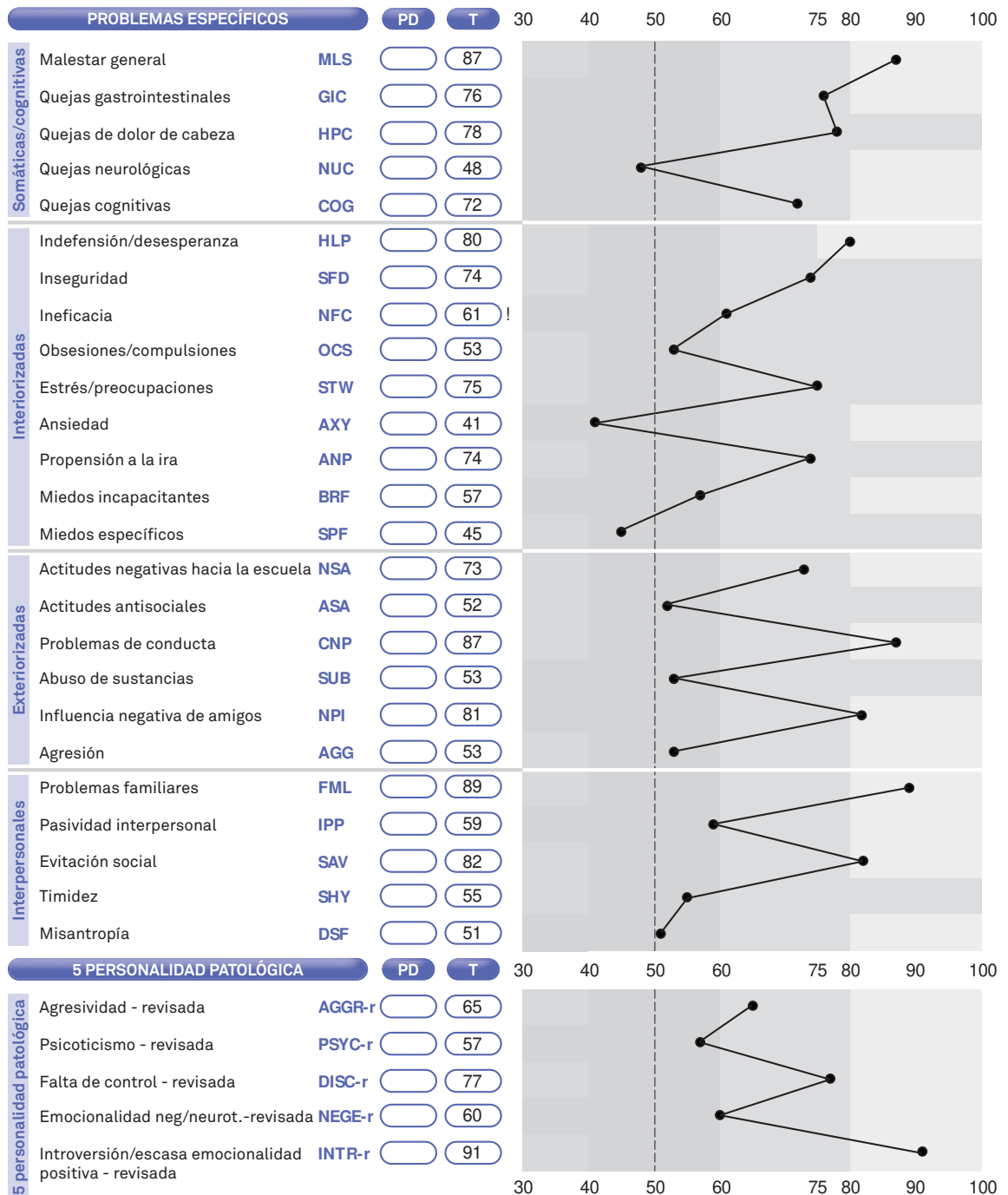
PD = Puntuación directa; T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)

A la vanguardia de la evaluación psicológica
www.teaediciones.com



Figura 4.1. Perfil de Andrea en el MMPI-A-RF

Id: Andrea



Nota. El signo ! indica que en esa escala el porcentaje de respuestas omitidas es superior al 10%, lo que puede afectar a su interpretación.

Figura 4.1. Perfil de Andrea en el MMPI-A-RF (continuación)

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



> Interpretación del MMPI-A-RF

Andrea respondió a la mayoría de las preguntas del MMPI-A-RF, omitiendo su respuesta a dos ítems. Este nivel de omisiones solo afecta a la escala Ineficacia (NFC), en la que el número de ítems contestados fue menor del 90 %, por lo que se ha tener precaución en la interpretación de sus resultados. Sus puntuaciones en las escalas de validez restantes no plantean problemas relacionados con la inconsistencia, la exageración de síntomas o la minimización de síntomas, por lo que se puede continuar con la interpretación de las escalas sustantivas del MMPI-A-RF.

Las respuestas de Andrea indican un nivel significativo de malestar emocional. Informa experimentar una falta de emociones positivas significativa y sentirse socialmente desconectada. Es muy probable que experimente anhedonia, retardo psicomotor y autoestima baja. También es muy probable que experimente estados de ánimo depresivos, baja energía, cansancio y fatiga. Además, puede ser descrita como socialmente retraída, introvertida, autocrítica, autocastigadora y difícil de motivar. Afirma sentirse triste y descontenta con sus circunstancias actuales. Además, manifiesta que piensa en la muerte y que no le importa mucho lo que le suceda. También piensa que parece que tampoco a nadie le importa mucho si le pasa algo. Declara que a veces piensa en suicidarse y que la mayor parte del tiempo desea estar muerta. Probablemente siente que su vida es una fuente de tensión y estrés y se encuentre ansiosa. También es probable que se sienta ineficaz al enfrentarse a sus problemas. Andrea presenta sentimientos de desesperanza e indefensión y muy probablemente se sienta fracasada, se rinda fácilmente, considere que la vida la trata duramente y que nadie puede ayudarla. Puede tener conductas autolesivas. Andrea también informa un nivel por encima de la media de estrés y preocupación y un nivel alto de problemas de ira. Es probable que sea fácilmente irritable y que esté enojada o enfadada y se involucre en comportamientos relacionados con la agresión. Además, probablemente tiene un historial de amenazas verbales y de problemas de conducta.

Las respuestas de Andrea también indican alteraciones comportamentales significativas. Tiene una amplia gama de alteraciones en su conducta, tales como problemas de conducta en los centros educativos y conflictos familiares. Es probable que lleve a cabo conductas en contra de las normas y reglas establecidas. También puede tener un historial de detención en centros de menores, cargos delictivos, fugas o huidas de casa y expulsiones escolares. Más específicamente, Andrea tiene una destacada actitud negativa hacia la escuela y, probablemente, experimenta problemas académicos y ansiedad ante los exámenes, tiene malos hábitos de estudio y problemas con las figuras de autoridad, así como dificultades para encontrar motivación. Andrea también reconoce una amplia gama de problemas de conducta, como escaparse de casa, ser expulsada de la escuela y haber robado. Es muy probable que tenga un historial de absentismo escolar. Además, admite tener problemas significativos derivados de la relación con un grupo de amigos y amigas que la influyen negativamente. También informa ser agresiva y asertiva en sus relaciones interpersonales y, probablemente, recurra a las amenazas verbales y a las “rabieta” o ataques de mal humor. También presenta otras conductas descontroladas y poco reguladas, con falta de control de los impulsos.

Andrea refiere múltiples quejas somáticas que pueden incluir dolor de cabeza y síntomas gastrointestinales. Es probable que presente problemas de atención y concentración. Informa de una sensación general de malestar, una salud física precaria, debilidad y fatiga y es probable que pueda presentar problemas de insomnio. También se observa un patrón difuso de dificultades cognitivas.

En sus relaciones interpersonales, Andrea afirma tener relaciones familiares conflictivas, que probablemente incluyen peleas frecuentes y conflictos con los miembros de su familia, lo que hace que se sienta despreciada y que considere que su familia no la apoya. Su familia probablemente se caracterice por los problemas y la discordancia. Andrea se siente resentida con su familia y les culpa por sus problemas.

MMPI-A-RF™

Es probable que utilice la mentira en sus relaciones. Admite sentir desconfianza y cinismo, creyendo, por ejemplo, que a las personas en general solo les importan sus propios intereses. También informa de evitación social y retraimiento. Es probable que tenga pocas o ninguna amistad y que esté socialmente aislada y sea introvertida.

Los resultados de Andrea indican una serie de posibles diagnósticos a explorar. Se recomienda que se valore la posible presencia de trastornos de problemas interiorizados, particularmente los trastornos relacionados con la depresión y otras condiciones caracterizadas por la anhedonia, así como los trastornos relacionados con el estrés. Igualmente, es conveniente valorar posibles trastornos de problemas exteriorizados como los trastornos destructivos del control de los impulsos o de la conducta. Finalmente, también puede ser conveniente valorar la posible presencia de sintomatología somática y trastornos relacionados con la evitación social.

El riesgo de autolesiones debe ser evaluado inmediatamente, así como la necesidad de medicación anti-depresiva. El origen de sus quejas cognitivas debe ser explorado más en detalle, lo que puede requerir una evaluación neuropsicológica. También deben evaluarse sus problemas de conducta en la escuela y sus posibles problemas académicos. Es conveniente que se explore un posible historial de abuso o negligencia.

Los objetivos potenciales para el tratamiento incluyen el malestar emocional, la depresión, los sentimientos de desesperanza e indefensión, la baja autoestima, la falta de confianza, la pasividad, la indecisión, el manejo del estrés, el control de la ira, el comportamiento impulsivo e inadecuadamente controlado, las influencias negativas del grupo de amigos, los problemas familiares y la evitación social. El tratamiento también debe centrarse en la reducción del estrés, que probablemente alivie sus problemas gastrointestinales (si es que están vinculados a problemas emocionales), y en el manejo del dolor para sus quejas de dolor de cabeza, si no se identifican orígenes físicos para ellos. El malestar emocional de Andrea pueden motivarla para el tratamiento. Sin embargo, sus problemas de control de los impulsos aumentan el riesgo de incumplimiento del tratamiento, así como su estado de malestar generalizado a nivel físico puede afectar a su voluntad de implicarse en el tratamiento. Su desconfianza también puede interferir con el desarrollo de una relación terapéutica.

> Resumen y conclusiones

Los resultados en el MMPI-A-RF de Andrea son, en gran medida, consistentes con la información disponible previamente y con los hallazgos de la entrevista clínica. Las escalas del área de alteraciones emocionales indican que está experimentando un malestar emocional significativo y una marcada falta de emociones positivas, ambas características de los adolescentes con un trastorno de depresión mayor. La ideación suicida, la obsesión con la muerte y la desesperación ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una evaluación del riesgo de suicidio y de supervisar continuamente si está habiendo conductas autolesivas. Los resultados también indican que Andrea experimenta problemas significativos con el control de la ira y de conductas descontroladas. Los hallazgos del MMPI-A-RF confirman algunas de las preocupaciones de los padres de Andrea acerca de su relación con un grupo de amigos que la influyen negativamente en ella y, por otro lado, ponen de manifiesto un nivel significativo de conflicto familiar. A nivel diagnóstico ha de valorarse la posible presencia tanto de problemas interiorizados como exteriorizados, así como la posibilidad de psicopatología somática, sin que esta última cuestión hubiera sido identificada previamente en el historial o en la entrevista clínica. Además, se identificaron un número relativamente amplio de posibles objetivos del tratamiento, al igual que algunas áreas que requieren seguimiento. Se señalan también algunos posibles factores facilitadores y dificultadores de la intervención.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



Nueva versión del MMPI™ para adolescentes cuyas principales **innovaciones** son:

- Reducción sustancial del número de ítems y del tiempo de aplicación.
- Nuevo conjunto de escalas que permiten una evaluación más eficiente, centrada en el contenido y coherente en su estructura y organización.

Consta de **241 ítems** que requieren un tiempo de aplicación de entre 30 y 45 minutos, sustancialmente menor que el MMPI-A™, y ha sido fruto de un laborioso y complejo proceso de desarrollo y validación.

Contiene **6 escalas de validez** que permiten detectar eficazmente las principales amenazas a la interpretación de un protocolo: **ausencia de respuesta al contenido y exageración o minimización de síntomas**. Sus **42 escalas sustantivas** permiten una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes en distintas áreas de la personalidad y la psicopatología.

Para cada escala se incluyen hipótesis interpretativas de síntomas clínicos, tendencias comportamentales y características de la personalidad asociadas, así como consideraciones de tipo diagnóstico y de intervención a tener en cuenta.

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

Grupo Editorial Hogrefe

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

