

MMPI 2 RF

La llarga història del test MMPI comença als anys 30 i 40, amb els treballs de **S. R. Hathaway**, psicòleg, i de **J. C. Mc Kinley**, neuròleg. Buscaven dissenyar un instrument que els ajudara en el diagnòstic psicopatològic dels seus pacients. El resultat fou la prova publicada per la Universitat de Minnesota en **1942**.

Setanta-cinc anys de recerca i de dades empíriques acumulades en nombroses poblacions i en entorns molt diferents recolzen el reconeixement d'aquest instrument al llarg de la seua existència.

Es diu que és el test més emprat en l'avaluació de la personalitat, sobretot en l'àmbit **clínic** amb subjectes amb **psicopatologia**. També ha sigut rellevant l'ús d'aquest test en **selecció** de personal, especialment en tasques que impliquen seguretat pública i compliment de la llei (treballadors de centrals nuclears, forces de seguretat, cossos armats...).

L'última versió la tenim en el test MMPI-2 RF.

Per a elaborar l'MMPI original, Hathaway i Mc Kinley redactaren, seguint un mètode **racional**, un gran nombre d'ítems que identificaven les diverses patologies. Després, posaren a prova aquests ítems en poblacions amb patologia diagnosticada i en població sense patologia diagnosticada o suposada normal. Amb l'ús de la psicometria buscaren els ítems que **empíricament** havien sigut més útils per a discriminar una població de l'altra. Els ítems vàlids per a discriminar entre persones afectades i no afectades de patologia passaven a formar part del seu instrument.

Les categories diagnòstiques sobre les quals treballaren eren les pròpies de les classificacions psicopatològiques de l'època: hipocondria, depressió, histèria, desviació psicopàtica, paranoia, psicastènia, esquizofrènia i hipomania. Aquestes eren les vuit escales clíniques bàsiques de l'MMPI original i que no es revisaren de forma substancial fins a l'elaboració de l'MMPI 2-RF.

L'objectiu diagnòstic inicial no resultà ser el més buscat en l'ús habitual de l'instrument. Ja als anys seixanta veiem que s'aplica amb un interès més ampli, el d'avaluar característiques normals i anormals de la personalitat, símptomes psicopatològics i tendències de comportament.

Durant més de 40 anys l'MMPI s'usà tal com va ser dissenyat en la primera versió i amb els barems referencials originals.

Als anys vuitanta s'emprengué una primera revisió important d'aquesta prova. Els barems s'actualitzen, els ítems es depuren i s'actualitzen, s'elaboren noves escales de validesa... I dona com a resultat la publicació de l'**MMPI 2** en **1989**. Malgrat les importants millores, el que representa la font central d'informació de l'MMPI, les **escales clíniques**, no reben cap modificació en aquesta revisió.

És vint anys més tard quan es posa en marxa un important pla de millores que actua fonamentalment sobre aquestes escales i que dona pas a les escales **RC** o escales **clíniques reestructurades** de l'**MMPI 2-RF** publicat el **2008**. Un aspecte clau per a assolir aquesta reestructuració va ser poder aïllar una nova escala, la de **desmoralització** (RC-d).

Indiquem alguns dels beneficis de l'MMPI 2-RF respecte de la versió anterior:

- Menys temps d'aplicació per la reducció del nombre d'ítems.
- Avaluació més eficient de les variables clíniques subjacents als ítems.
- Escales més consistents, independents i discriminants.
- Mostres actualitzades i referides a diversos contextos: clínics, mèdics, forenses, normals, selecció de personal.

FITXA DE L'MMPI2-RF

- NOM: inventari multifàsic de personalitat de Minnesota-2 reestructurat.
- NOM ORIGINAL: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Reestructured.
- AUTORS: Yossef S. Ben-Porsth i Auke Tellegen.
- ANY D'EDICIÓ: 2008, 2011.
- EDICIÓ ESPANYOLA: 2009, 2015.
- APLICACIÓ: adults. Individual i col·lectiva.
- DURACIÓ: de 35 a 50 minuts.
- ÍTEMS: 338, resposta: V/F.
- FINALITAT: avaluació d'aspectes de la personalitat. Conté 9 escales de validesa, 3 escales de segon ordre, 9 escales clíniques reestructurades, 23 escales de problemes específics, 2 escales d'interessos i 5 escales de personalitat psicopatològica.

51 escales de l'MMPI 2RF

Nou escales de validesa (que valoren inconsistència en la resposta, minimització i exageració de símptomes).

42 escales substantives:

- 3 escales globals (alteracions emocionals, de pensament i de comportament).
- 9 escales reestructurades (RC).
- 23 escales de problemes específics (distribuïdes en escales de queixes somàtiques, d'internalització, interpersonals i d'externalització).
- 2 escales d'interessos.
- 5 escales de personalitat psicopatològica (PSY-5).

Nou escales de validesa

Inconsistència
en la resposta



Patrons de resposta aleatòria:

VRIN-r

Patrons fixos de resposta:

TRIN-r

Exageració
de símptomes



Infreqüència **F-r**,

Infr. psicopatologia **Fp-r**,

Queixes somàtiques infr. **Fs**

Validesa dels símptomes **FBS-r**

Biaix de resposta **RBS**

Minimització
de símptomes



Virtuts inusuals

L-r

Validesa de l'ajust

K-r

TRES ESCALES GLOBALES

Alteracions emocionals
o internalitzades
EID

Alteracions
del pensament
THD

Alteracions conductuals
o externalitzades
BXD

9 ESCALES REESTRUCTURADES

Desmoralització (RC-d)
Queixes somàtiques (RC1)
Pobresa d'emocions positives
(RC2)
Emocions negatives
disfuncionals (RC7)

Desconfiança (RC3)
Idees de persecució (RC6)
Experiències anormals (RC8)

Conducta antisocial (RC4)
Activació hipomaniàca (RC9)

23 ESCALES DE PROBLEMES ESPECÍFICS

5 escales de queixes somàtiques
9 escales d'internalització

5 escales interpersonals

4 escales d'externalització

DUES ESCALES D'INTERESSOS

Interessos esteticoliteraris

Interessos mecanicofísics

5 ESCALES DE PERSONALITAT PSICOPATOLÒGICA PSY-5

Agressivitat
revisada

Psicoticisme
revisada

Manca de
control revisada

Emocions neg./
neuroticisme
rev.

Introv./Pobresa
d'emocions
positives
revisada

INTERPRETACIÓ DE LES ESCALES DE VALIDESA

- Considerem primer el **nombre d'interrogants**. Una no-resposta no és neutra, sinó que **redueix** artificialment les **puntuacions** de les escales perquè en el recompte puntuarà com si s'haguera respost en el sentit contrari a l'escala.

A mesura que el nombre d'ítems omesos augmenta per damunt del **10%** en alguna escala, aquesta esdevé menys interpretable. La correcció informatitzada ens indica en un peu de pàgina si hi ha aquesta circumstància i ens diu en quina de les escales. **15 o més** respostes omeses ens fa desconfiar de la validesa global de la prova.

- Indicators d'**inconsistència en la resposta**: detecta patrons de resposta que reflecteixen que el subjecte ha respost sense parar atenció al contingut dels ítems, bé per aleatorietat, **VRIN**, bé per una tendència marcada de resposta, **TRIN**.

T > 70 indicis d'inconsistència. Precaució en la interpretació. **T > 80 protocol invàlid**

- Indicators d'**exageració de símptomes**: queixes somàtiques poc habituals, símptomes incoherents o símptomes poc creïbles. No implica necessàriament intencionalitat en l'exageració. Només es pot considerar una vegada descartada una inconsistència en la resposta (VRIN o TRIN altes). També convé corroborar si hi ha un historial previ que justifique la intensitat dels símptomes. Si no és així, interpretarem que hi ha exageració si:

T > 79 en F-r **T > 70 Fp-r** **T > 80 Fs** **T > 80 en FBS-r** **T > 80 en RBS**

- Indicators de **minimització de símptomes**: el subjecte s'atribueix un funcionament millor del real. Pot respondre a no ser conscient dels seus problemes. Convé tenir dades externes que puguin ajudar-nos a valorar fins a quin punt ocorre. També cal descartar un efecte d'inconsistència de resposta (VRIN o TRIN). Nivells que cal assenyalar:

L-r T 65-79 possible minimització **T > 80** alta probabilitat. **K-r T 60-69** possible min. **T = 78** màxim possible

INTERPRETACIÓ D'ESCALES SUBSTANTIVES

Trobem al manual les directrius interpretatives de cadascuna de les escales substantives. Aquestes directrius es distribueixen en tres seccions:

1. Síntomes, tendències comportamentals i característiques de personalitat (basades en correlacions empíriques amb altres proves o en deduccions racionals).
2. Consideracions diagnòstiques.
3. Consideracions terapèutiques.

Les hipòtesis interpretatives de puntuacions **baixes** significatives fan referència a una puntuació **T < 39**, que correspon a un 10% aproximadament.

Les hipòtesis interpretatives de puntuacions significativament **altes** van referides a una puntuació **T > 65**, que correspon a un 92% aproximadament.

En general, com més puntuació en una escala, més probabilitat que les interpretacions siguin aplicables i més gravetat de l'alteració que descriuen.

INTERPRETACIÓ DE LES ESCALES GLOBALS

L'absència de puntuació alta en una escala de segon ordre no descarta l'existència d'alteracions en totes les àrees d'aquesta escala. La visió global no substitueix en cap cas l'anàlisi específica de les escales clíniques.

1. **EID. Alteracions emocionals o internalitzades:** 41 ítems dissenyats per a avaluar problemes emocionals. Proporciona una mesura general del funcionament emocional. Si puntua alt, el subjecte descriu un alt nivell de símptomes i dificultats relacionats amb la desmoralització, la falta d'emocions positives i la presència d'emocions negatives com ara depressió, ansietat, pessimisme...

Consideració terapèutica: el seu malestar pot motivar-lo a començar algun tractament.

2. **THD. Alteracions de pensament:** 26 ítems dissenyats per a avaluar dificultats associades a alteracions del pensament. Si la puntuació és alta, el subjecte té dificultats associades a un pensament trastornat, com per exemple deliris, al·lucinacions i pensament irreal.

Consideració terapèutica: pot requerir internament i hospitalització. Cal avaluar la necessitat de medicació antipsicòtica.

3. **BXD. Alteracions de comportament:** 23 ítems dissenyats per a avaluar problemes de comportament. Proporciona una estimació general de la tendència del subjecte a actuar de forma impulsiva, descontrolada i disruptiva. Pot implicar abús de substàncies, historial de comportament delictiu, comportament violent i poc control d'impulsos.

Consideració terapèutica: improbable motivació al tractament.

Objectiu terapèutic: assolir un millor nivell d'autocontrol.

INTERPRETACIÓ D'ESCALES CLÍNiques REESTRUCTURADES

La tasca d'interpretació se simplifica si s'analitzen també les puntuacions en les escales de problemes específics associats a l'escala clínica avaluada.

Per exemple: per a interpretar RC4, conducta antisocial, el fet de considerar les puntuacions en JCP, problemes de conducta juvenils, i en SUB, abús de substàncies, permet fer-nos-en una interpretació més específica i completa.

1. Desmoralització RC-d

Si és baixa: estat d'ànim elevat i satisfacció vital.

Si és alta: infelicitat i insatisfacció amb la vida. Considera que té problemes insuportables i davant dels quals se sent impotent. Les puntuacions altes en altres escales ajuden a identificar el tipus de problemes que fomenten la desmoralització del subjecte.

Problemes específics associats: ideació suïcida, indefensió/desesperança, inseguretat, ineficàcia.

Correlats: depressió, ansietat, pessimisme, baixa autoestima, dificultat de concentració.

Consideració diagnòstica: trastorn depressiu.

Consideració terapèutica: motivació per al tractament. Risc d'autolesió.

Objectiu: alleujar el malestar.

2. Queixes somàtiques RC1. Si la puntuació és alta, podria indicar problemes autèntics; però com més alta és la puntuació, més probabilitat que factors psicològics intervinguen en els problemes somàtics.

Correlats: preocupació per la salut, propensió a somatitzar els efectes de l'estrès, cansament, component psicològic en la queixa somàtica.

Consideració diagnòstica: cal considerar un trastorn somatomorf. Si RC3 i SHY són < 39 , cal considerar el trastorn de conversió.

Consideració terapèutica: reticent a les interpretacions psicològiques dels seus patiments físics.

3. Pobresa d'emocions positives RC2. S'identifica amb depressió aguda.

No s'associa a cap escala de problemes específics.

Correlats: Si $T < 39$, optimista, extravertit, socialment actiu.

Si $T > 65$, pessimista, introvertit, no actiu, mancat d'energia, símptomes vegetatius de depressió.

Consideració diagnòstica: depressió.

Objectiu terapèutic: reduir l'anhedonia.

4. Desconfiança RC3. No s'associa a cap escala de problemes específics.

Si $T < 39$, els altres són benintencionats, dignes de confiança. Podria ser confiat en excés.

Si $T > 65$, pensa mal de la gent, desconfia dels altres, creu que només busquen llur propi interès.

Correlat: hostil i apartat dels altres. Experiències interpersonals negatives.

Consideració terapèutica: pot interferir en l'establiment del vincle terapèutic.

Objectiu terapèutic: reduir la desconfiança.

5. Conducta antisocial RC4. Descriu conductes antisocials i conflictes en les relacions familiars.

Una puntuació baixa limita el risc d'incidència de comportaments impulsius empíricament associats a aquesta escala.

Cal considerar les puntuacions en JCP, problemes de conducta juvenils i SUB, abús de substàncies.

Correlats: implicació en actes delictius, no acata les normes, dificultats amb l'autoritat, relacions personals conflictives, impulsiu, problemes familiars, agressiu.

Consideracions diagnòstiques: cal valorar un trastorn antisocial de la personalitat, cal valorar si hi ha abús de substàncies i altres trastorns externalitzats.

Consideracions terapèutiques: impulsivitat susceptible d'interrompre el tractament o d'alterar la relació terapèutica.

Objectiu: assolir un nivell d'autocontrol adequat.

6. Idees persecutòries RC6. Presència d'idees extremes poques vegades afirmades per subjectes de la mostra de població normal, raó per la qual només cinc respostes en el sentit de l'escala donen una puntuació molt alta. Pot requerir intervenció immediata, es considera una escala de contingut crític.

Consideracions diagnòstiques: trastorns relacionats amb idees persecutòries i amb deliris paranoïdes si $T > 80$.

Consideracions terapèutiques: podria requerir internament i medicació antipsicòtica.

7. Emocions negatives disfuncionals RC7. Ansietat, ira, por...

Correlats: inhibeix el comportament per la presència d'emocions negatives, té idees intrusives, tendeix a la irritació, problemes del son, pensaments obsessius, autocrític i crític amb els altres.

Consideracions diagnòstiques: cal valorar trastorns relacionats amb l'ansietat.

8. Experiències anormals RC8. Experiències perceptives i pensaments inusuals característics del pensament desorganitzat.

Si la puntuació és alta: existència de símptomes psicòtics. Escala de contingut CRÍTIC perquè pot requerir intervenció immediata.

Cal valorar l'existència de trastorn neurològic i el consum de substàncies com a possibles causes dels símptomes.

9. Actuació hipomaníaca RC9. Pensaments accelerats, plenitud d'energia i d'ànim, cerca de sensacions, agressivitat i alta consideració de si mateix.

Cal considerar les puntuacions en dues de les escales de problemes específics: AGG, agressió, i ACT, activació.

Correlats: T>65 s'avorreix fàcilment, poc control d'impulsos, agressivitat, irritabilitat, eufòria, excitabilitat.

INTERPRETACIÓ DE LES ESCALES DE PERSONALITAT PSICOPATOLÒGICA

L'origen de les escales PSY-5 està en la investigació de Harkness sobre els criteris del DSM-III (1992) per als trastorns de personalitat. Són particularment útils com a indicadors del grau de presència de simptomatologia de trastorns de personalitat.

Són cinc escales independents compostes per un total de 104 ítems. Connecten l'MMPI 2 RF amb les teories pentafactorials de la personalitat.

1. **Agressivitat revisada AGG-r:** ítems que descriuen comportaments assertius agressius.

Puntuació baixa: el subjecte tendeix a ser passiu i submís.

Puntuació alta: associat a agressivitat instrumental, és a dir, dirigida a una meta, no merament reactiva.

Una persona amb puntuació alta en AGG-r s'associa a una personalitat amb trets propis dels trastorns del grup B del DSM-V.

Correlació negativa amb la dimensió afabilitat del model dels *Big Five*.

2. Psicoticisme revisat PSYC-r: ítems que descriuen experiències associades a alteracions del pensament. Una persona amb puntuació alta en PSYC-r té experiències perceptives inusuals i se sent aïllada de les altres.

No es correlaciona amb cap dimensió del model dels BF, però podríem relacionar-la d'alguna manera amb la dimensió obertura a l'experiència.

S'associa als trastorns del grup A del DSM-V.

Correlació amb THD (alteracions del pensament).

3. Manca de control revisat DISC-r: ítems que descriuen diverses manifestacions de conducta descontrolada.

Puntuació baixa: alt grau de control de la conducta.

Puntuació alta: s'associa amb conductes impulsives, amb control deficient i molt exterioritzades i a la recerca de sensacions i emocions.

Es correlaciona negativament amb la dimensió consciència (o responsabilitat) del model dels *Big Five*.

Puntuacions altes s'associen amb trets propis dels trastorns del grup B del DSM-V.

Correlació clara amb BXD (alteracions de comportament).

4. Emocionalitat negativa/neuroticisme revisat NEGE-r: ítems que descriuen un ampli ventall d'experiències emocionals negatives.

Puntuació alta: persones que manifesten alt nivell d'emocions negatives, com ara ansietat, inseguretat, preocupació, i també la tendència a la catàstrofe i a témer que sempre passe el pitjor.

Es correlaciona amb la dimensió neuroticisme del model BF.

Una puntuació alta s'associa a trets propis dels trastorns del grup C del DSM-V.

Clara correlació amb l'escala emocions negatives disfuncionals RC7.

5. Introversió/pobresa d'emocions positives revisat INTR-r: ítems que descriuen la manca d'emocions positives i l'evitació de situacions i d'interaccions socials.

Puntuació alta: persones amb inhibició social, anhedonia, limitació d'interessos i visió pessimista.

Es correlaciona amb la dimensió extraversió dels BF.

S'associa als trets propis dels trastorns del grup C del DSM-V.

Es correlaciona amb l'escala pobresa d'emocions positives RC2.