

EXEMPLE D'INTERPRETACIÓ MMPI2 RF

Sr. B

Un home de 47 anys, casat, ingressa a l'hospital per queixes de depressió i ideació suïcida. Fa poc ha perdut la feina i passa per serioses dificultats financeres i matrimonials. Abans ja ha estat ingressat més d'una vegada a causa de diversos estats depressius.

El Sr. B presenta ànim depressiu i manca d'energia, informa que ha considerat seriosament la idea del suïcida. Després d'uns quants dies de tractament i medicació amb antidepressius és donat d'alta amb un diagnòstic de trastorn depressiu major recidivant.

1. Anàlisi detallada del protocol

- **Validesa del protocol**

Interrogant: 1

Un sol ítem sense resposta pot invalidar alguna de les escales més curtes, però com que no ens apareix en cap escala l'asterisc que indique/alerte d'aquesta circumstància, la validesa de la prova no queda afectada per aquest ítem.

Els altres resultats en les escales de validesa se situen per sota dels límits que ens indicarien alguna precaució a l'hora d'interpretar la prova. Considerem, doncs, que no ens hem de preocupar per cap consideració sobre inconsistència de respostes, exageració o minimització de símptomes. És un protocol vàlid per a ser interpretat.

- **Interpretació d'escales substantives**

Comencem l'anàlisi de les escales de segon ordre. Trobem una puntuació considerablement elevada en l'escala d'*Alteracions emocionals o internalitzades* (EID). Probablement aquestes són les dificultats més importants a què s'enfronta el Sr. B.

Les manifestacions específiques de l'alteració emocional del Sr. B són indicades per la presència de puntuacions altes en les escales de problemes específics i en les cinc escales de personalitat psicopatològica associada a aquest tipus d'alteracions.

L'escala de *Pobresa d'emocions positives* (RC2) té la puntuació més alta, per la qual cosa caldrà que hi donem un lloc rellevant en el nostre informe.

La següent puntuació alta per considerar és *Desmoralització* (RCd), amb els resultats de les escales de problemes específics associats: *ideació suïcida* (SUI), *indefensió/desesperança* (HLP), *inseguretat* (SFD) i *ineficàcia* (NFC).

Puntuació alta en totes. Afegirem a la interpretació els enunciats recomanats en cadascuna.

Completarem aquesta part de l'informe amb les afirmacions interpretatives (que no siguin no redundants) basades en les puntuacions altes que el Sr. B obté en les escales *Estrès/preocupacions*

(STW), *Introversió/escassa emocionalitat positiva* (INTR-r) i *Emocionalitat negativa/neuroticisme* (NEGE-r)

Les escales somàtiques són el següent punt en l'ordre d'anàlisi perquè trobem puntuacions suficientment altes en *Queixes gastrointestinals* (GIC) i *Queixes cognitives* (COG).

Puntuacions baixes en les altres dues escales de segon ordre, sense alteracions de pensament i sense alteracions de comportament.

Troblem dues puntuacions baixes interpretables en *Activació hipomaniàca* (RC9) i *Agressió* (AGG).

En l'apartat de relacions interpersonals hauríem de considerar les puntuacions baixes en tres escales: *Passivitat interpersonal* (IPP), *Evitació social* (SAV) i *Misanthropia* (DSF). També considerarem per interpretar la baixa puntuació en interessos mecanicofísics (MEC).

Pel que fa a consideracions diagnòstiques, recollirem les recomanacions dirigides a la realització d'avaluacions diagnòstiques posteriors suggerides pels resultats de la prova. Totes les hipòtesis interpretatives sobre les quals s'indiquen "consideracions diagnòstiques" es recullen i es desenvolupen en aquesta part de l'informe.

En l'últim apartat s'inclouen les consideracions terapèutiques (consideracions sobre el possible tractament i sobre els objectius terapèutics) derivades de les hipòtesis interpretatives i de les consideracions diagnòstiques.

D'acord amb l'estructura i la seqüència que acabem de descriure, els resultats de l'MMPI-2.RF del Sr. B es podrien interpretar de la manera següent.

2. Interpretació del perfil del Sr. B en el test MMPI2-RF

Com que tenim un protocol vàlid i interpretable, podem afirmar que les puntuacions en les escales substantives ens proporcionaran un retrat, probablement precís, del seu funcionament psicològic.

Hi ha un nivell considerable *d'estrès emocional* susceptible de ser percebut com una crisi. Valorem que hi ha un risc considerable d'intent de *suïcidi* que hem d'atendre amb urgència. Complementat amb un baix nivell d'experiències emocionals positives, alt nivell d'anhedonisme i falta d'interès. És propens al pessimisme, es troba sense energia i presenta signes vegetatius de depressió.

Es presenta trist, infeliç, desesperançat i insatisfet amb les circumstàncies actuals de la seua vida. Considera que la vida és una càrrega i es manifesta desbordat. Creu que la vida és injusta amb ell i no troba motivació per a canviar. Dubta de si mateix i declara sentir-se insegur amb molta freqüència. Tendeix a menysprear-se i culpabilitzar-se. Pensa de forma obsessiva i repetitiva sobre tot el que li passa. Se sent inútil i sense confiança. Es descriu a si mateix com una persona passiva, indecisa i ineficaç, i poques vegades confia en les seues capacitats.

Mostra un historial de problemes gastrointestinals i el preocupa la salut.

Mostra un patró difús de dificultats cognitives i es queixa de problemes de memòria, de no poder concentrar-se i de tenir poca tolerància a la frustració.

Mostra un nivell d'activació i agressivitat inferior a la mitjana. També es troba apartat i desvinculat de tot el que l'envolta.

En les relacions interpersonals, el Sr. B es descriu com una persona submissa i poc activa, cedeix sempre davant dels altres i sense poder fer-se valdre. No es troba preparat per a assumir el control. Li desagraden les situacions i els fets socials, prefereix estar sol. Podem dir que té una personalitat introvertida, asocial i emocionalment reservada.

No té gens d'interès per ocupacions o activitats mecàniques o físiques, no es mourà per buscar aventures ni emocions.

Els resultats de la prova indiquen diversos diagnòstics possibles que hem de valorar. Es recomana considerar la possible presència de trastorns relacionats amb la depressió, especialment un quadre de depressió major. També cal considerar la presència de trastorns que indiquen excés d'estrès i preocupacions, com ara el trastorn obsessiu compulsiu. Quant als problemes gastrointestinals, una vegada descartada una justificació mèdica, cal valorar una possible presència de trastorn somatomorf i també un trastorn de l'eix II del grup C, en particular un trastorn de personalitat per dependència.

La gravetat de l'estat depressiu del Sr. B pot requerir tractament hospitalari i medicació antidepressiva.

Pel que fa a les molèsties gastrointestinals, cal valorar la relació que puguen tenir amb el nivell d'estrès i, si és el cas, aplicar un tractament de reducció d'estrès.

Respecte a les queixes cognitives, podrien requerir una avaluació neuropsicològica.

Pel que fa a la **disposició terapèutica**, podem dir que les característiques del Sr. B poden anticipar problemes en el tractament. Les dificultats emocionals el poden animar a començar-lo, però la tendència a la pobresa d'emocions positives pot interferir en el grau del compromís. El grau d'indecisió podria dificultar la determinació dels objectius de tractament i la consecució posterior. La tendència a no confiar en les relacions pot dificultar l'establiment d'un bon vincle terapèutic.

Entre els **objectius terapèutics** potencials que ens hauríem de plantejar a partir d'aquesta interpretació, tenim els símptomes depressius del Sr. B, la desesperança, la baixa autoestima, l'excés de preocupació i de pensaments repetitius, la passivitat i la tendència a l'evitació social.