

MMPI-2

J. N. Butcher, C. L. Williams, J. R. Graham,
R. P. Archer, A. Tellegen, Y. S. Porath
y B. Kaemmerer



tea



Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes

J.N. Butcher, C.L. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer,
A. Tellegen, Y.S. Ben-Porath y B. Kaemmer

MANUAL

2ª edición



PUBLICACIONES DE PSICOLOGÍA APLICADA
Núm. 300
TEA Ediciones, S.A.
MADRID - 2009

Título original:

MMPI-A, Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescent.
University of Minnesota Press, Minneapolis.

Adaptación española:

Fernando Jiménez-Gómez y Alejandro Ávila-Espada (1994-2002).

Colaboradores del proyecto en la Universidad de Salamanca:
Guadalupe Sánchez Crespo, Vicente Merino Barragán y Raquel Arroyo Sánchez.

Copyright © 1992 by The Regents of The University of Minnesota.
Copyright © 2003, 2009 by TEA Ediciones, S.A., Madrid.

I.S.B.N.: 978-84-7174-868-3
Depósito Legal: M-48.471 - 2009

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

AGRADECIMIENTOS	5
PREFACIO ORIGINAL	7
PRÓLOGO A LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA	9
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
1.1. Ficha técnica	11
1.2. Uso del MMPI original en adolescentes.	11
1.3. Limitaciones en el uso del MMPI original en adolescentes	12
1.4. Desarrollo del MMPI-A	14
1.5. La muestra clínica	23
1.6. Preparación de los baremos originales.	24
1.7. Rango de edad en el MMPI-A	25
1.8. Cualificación básica en los usuarios, aspectos éticos y profesionales	26
1.9. Materiales del test	28
2. NORMAS PARA LA APLICACIÓN, CORRECCIÓN, ELABORACIÓN DEL PERFIL Y CODIFICACIÓN	29
2.1. Normas generales.	29
2.2. Condiciones del examen	30
2.3. Corrección manual	31
2.4. Corrección mecanizada	32
2.5. Elaboración manual del perfil	33
2.6. Codificación del perfil	33
3. NORMAS DE INTERPRETACIÓN	37
3.1. Indicadores de validez	37
3.2. Escalas clínicas	42
3.3. Fiabilidad de las escalas básicas	50
3.4. Consistencia interna de las escalas básicas	51
3.5. Análisis factorial de las escalas básicas	51
3.6. Tipos de códigos.	52
3.7. Escalas de contenido	56
3.8. Escalas suplementarias.	62
4. ADAPTACIÓN ESPAÑOLA	67
4.1. Indicadores de validez	67
4.2. Escalas clínicas	68
4.3. Fiabilidad de las escalas básicas	70
5. ILUSTRACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE CASOS.	77
5.1. Consideraciones generales.	77
5.2. Caso 1, Ana	78
5.3. Caso 2, Jerónimo	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

APÉNDICE A	95
Tabla A.1. Diferencias entre MMPI-A, MMPI-2 y MMPI original en la redacción de ítems similares	96
Tabla A.2. Índices de atracción de los elementos	98
Tabla A.3. Diferencias significativas entre ambos sexos en los índices de atracción	102
Tabla A.4. Estadísticos descriptivos de la muestra normativa	104
APÉNDICE B	107
Tabla B.1. Puntuaciones T en las escalas de validez, básicas y de contenido. Varones. . .	108
Tabla B.2. Puntuaciones T en las escalas de validez, básicas y de contenido. Mujeres . .	110
Tabla B.3. Puntuaciones T en las escalas suplementarias y subescalas. Varones.	112
Tabla B.4. Puntuaciones T en las escalas suplementarias y subescalas. Mujeres	114
Tabla B.5. Puntuaciones T en las subescalas. Varones	116
Tabla B.6. Puntuaciones T en las subescalas. Mujeres	118
RELACIÓN DE CUADROS, TABLAS Y FIGURAS	
Cuadro 1.1. Ítems anulados en las escalas de validez y básicas del MMPI original.	16
Cuadro 3.1. Consejos generales para la interpretación de las escalas clínicas	43
Cuadro 3.2. Fases y pasos del desarrollo de las escalas de contenido	57
Cuadro 3.3. Consejos generales para la interpretación de las escalas de contenido	62
Tabla 1.1. Zonas de aplicación de la muestra normativa	19
Tabla 1.2. Origen étnico de la muestra normativa	20
Tabla 1.3. Distribución por edades de la muestra normativa	20
Tabla 1.4. Nivel de estudios de la muestra normativa.	21
Tabla 1.5. Descripción de la muestra normativa por ocupación paterna	21
Tabla 1.6. Descripción de la muestra normativa por ocupación materna	22
Tabla 1.7. Información de la muestra normativa sobre la educación paterna	22
Tabla 1.8. Información de la muestra normativa sobre la educación materna	22
Tabla 1.9. Modo de la vida actual de la muestra normativa	23
Tabla 3.1. Estadísticos test-retest de las escalas básicas de validez y clínicas.	50
Tabla 3.2. Consistencia interna de las escalas de validez y básicas	51
Tabla 3.3. Análisis factorial en ambos sexos.	52
Tabla 3.4. Grado de congruencia en la definición (códigos de un punto)	53
Tabla 3.5. Grado de congruencia en la definición (códigos de dos puntos)	54
Tabla 3.6. Grado de congruencia en la definición (códigos de tres puntos)	54
Tabla 3.7. Distribución de los códigos de dos puntos (sin definición y con 5 puntos de definición)	55
Tabla 3.8. Consistencia interna de las escalas de contenido en muestras normales y clínicas	58
Tabla 3.9. Estadísticos del test-retest de las escalas de contenido.	58
Tabla 3.10. Estadísticos de la inmadurez (IMM) según la edad en la muestra normal. . .	65
Tabla 3.11. Estadísticos de test-retest en las escalas suplementarias.	66
Tabla 3.12. Consistencia interna de las escalas suplementarias	66
Tabla 4.1. Muestra por sexo y edad.	71
Tabla 4.2. Muestra por regiones	71
Tabla 4.3. Matrices de intercorrelaciones de las principales escalas	72
Tabla 4.4. Principales componentes (varimax) del análisis factorial.	73
Tabla 4.5. Resumen de la contribución de las escalas en los factores.	75
Tablas A.1. a A.4. Datos psicométricos obtenidos en la adaptación española	96
Tablas B.1. a B.6. Baremos de la adaptación española (puntuaciones T en las escalas) . .	108
Figura 5.1. Perfil de personalidad de Ana.	80
Figura 5.2. Perfil de personalidad de Jerónimo (I).	84
Figura 5.3. Perfil de personalidad de Jerónimo (II)	86

**LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.**

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

www.teaediciones.com



PRÓLOGO A LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

La adolescencia, esa etapa de “tormenta y estrés” como la definió G. Stanley Hall en 1904, sigue siendo el momento crucial del desarrollo que concita más interés de los profesionales e investigadores. Buscamos modelos teóricos que nos permitan entender ese período de turbulencia emocional, que se atraviesa sin que la identidad personal se halle suficientemente integrada, a la par que se afronta la experiencia de aprender a separarse de los padres, cuando no renegar de ellos, y llegar a ser un individuo autónomo. “Crisis de Identidad”, como la nombró Erik Erikson, etapa en la que se pierden los roles infantiles que se intentan sustituir por roles adultos hoy en día tan filtrados por los *mass media*. Una oportunidad de adaptación, de maduración biológica, psicológica y social que progresivamente lleva al sujeto de la niñez a la juventud, implica que ciertos aspectos evolucionan y otros permanecen intactos o siguen un patrón madurativo mucho más lento o elemental. Y el propio sujeto ya es agente decisivo de este proceso desde una etapa muy anterior, exhibiendo consistencias trans-temporales y trans-situacionales que son las que nos permiten hablar de *Personalidad* en la adolescencia.

La Personalidad en el adolescente puede ser descrita en términos de dimensiones, patrones o estilos. De la abundante literatura existente sobre la adolescencia, pocas son sin embargo las propuestas teóricas que han aportado al tiempo técnicas de evaluación. Apenas unos pocos instrumentos proyectivos (aperceptivos, temáticos o gráficos) que constituyeron una vía de exploración cualitativa para el contexto clínico, y principalmente instrumentos psicométricos de evaluación de la personalidad creados para el adulto, pero utilizados o modificados con los adolescentes (HSPQ, Bell, CAQ, CPI, EPI, EPQ-J, MBTI, 16PF). Son más recientes las propuestas específicas: MAPI, MACI y principalmente la que nos ocupa: el MMPI-A, *Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota para Adolescentes*.

Los Inventarios desarrollados en la Universidad de Minnesota son ejemplo prototípico de sistemas de evaluación ateóricos, contruidos “racionalmente” por referencia a criterios empíricos. En esto difieren de los instrumentos generados en el marco de las propuestas de Millon, que tanto con el MAPI como con el MACI ha seguido una estrategia de diseño que se inicia con la formulación del modelo teórico hasta llegar a las derivaciones empíricas plasmadas en instrumentos de evaluación contruidos respetando esencialmente su congruencia con el modelo teórico. El MMPI-A es la revisión del MMPI original para su utilización especializada en la evaluación psicológica de adolescentes. Basado en los aspectos más productivos del instrumento original (p.e. la conservación de las escalas clínicas básicas) pero incorporando las innovaciones introducidas en el MMPI-2: Puntuaciones T uniformes para ocho de las Escalas Básicas del MMPI-A (excluyendo la 5 y la 0), 15 nuevas Escalas de Contenido y las medidas de inconsistencias de respuesta VRIN y TRIN. Otros aspectos básicos del MMPI-A son rasgos innovadores, desarrollados específicamente para este instrumento:

- a) Los baremos del MMPI-A, en su versión original norteamericana, son verdaderamente representativos de la población, ya que han sido obtenidos a partir de muestras de chicos y chicas adolescentes, procedentes de varias regiones geográficas del país, incluyéndose una representación significativa de diversos grupos étnicos y culturales.
- b) Se han escrito nuevos ítems acordes con el desarrollo o psicopatología adolescentes.

- c) Se ha reducido sustancialmente el número de ítems: de 566 a 478.
- d) Se han creado nuevas Escalas de Contenido para su uso específico con adolescentes, como la de Problemas Escolares, Bajas Aspiraciones, Alienación o Problemas de Conducta. También ha sido necesario modificar otras Escalas de Contenido del MMPI-2 para su inclusión en el MMPI-A.
- e) Se han desarrollado tres nuevas Escalas Suplementarias, dos para evaluar problemas con el alcohol y las drogas (ACK y PRO) y la tercera para evaluar inmadurez (IMM).
- f) Otra de las ventajas del MMPI-A es que puede contar con un sistema informatizado de corrección y elaboración del informe previo, lo cual hace viable su utilización habitual en el ámbito profesional.

La decisión de preparar la versión castellana del MMPI-A surgió en el contexto del proceso de adaptación del MMPI-2, que tuvimos el honor de desarrollar, y cuando se establecieron acuerdos entre la Universidad de Salamanca y la Universidad de Minnesota para tal fin, se incluyó ya en ellos al MMPI-A. La ciudad belga de Brujas, con ocasión de un simposio con Jim Butcher sobre el MMPI-2, fue el escenario en el que se plasmaron estos proyectos. Tras culminar la muy laboriosa adaptación y validación del MMPI-2, nos quedó pendiente la tarea de su homónimo para adolescentes. No es una exageración decir que trabajar con el MMPI-2 nos dejó sin fuerzas ni recursos, ya que así fue, y sólo la voluntad y dedicación del profesor Fernando Jiménez, apoyado por los colegas que nos ayudaron a recoger la muestra, hizo posible que se continuara la tarea con el MMPI-A, hasta alcanzar el producto que Vds. tienen en las manos. Toda adaptación tiene sus límites. La presente refleja un trabajo riguroso y ambicioso, que sin embargo queda limitado por la carencia de muestra clínica. Pero el trabajo de adaptación no culmina aquí, sino que continúa a partir del hito que representa esta publicación.

Alejandro Ávila Espada
Universidad de Salamanca

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La evaluación de la personalidad, los síntomas psicológicos y los problemas conductuales de los adolescentes en marcos de salud mental, correccionales y escuelas especiales, es una tarea clínica difícil. Síntomas y problemas pueden estar exagerados o pueden ser ignorados. La conducta adolescente, como la de la temprana infancia, debe ser considerada dentro del contexto familiar, ya que la conducta de los adultos que son importantes en la vida del adolescente tiene un impacto muy directo sobre el funcionamiento de éste. Los efectos sobre el funcionamiento psicológico de procesos de maduración tales como el desarrollo puberal, cognitivo, social y moral, añaden mayor complejidad al proceso de evaluación. Desgraciadamente, la evaluación psicológica de adolescentes se ve obstaculizada por una ausencia de procedimientos desarrollados específicamente para detectar las complejidades intrínsecas a este periodo de desarrollo. La mayoría de las veces se usan, en la evaluación clínica de adolescentes, instrumentos desarrollados para utilizarlos con adultos, con o sin modificaciones.

1.1. FICHA TÉCNICA

- Nombre original: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent* (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes, MMPI-A).
- Autores: J. N. Butcher, C. L. Williams, J. R. Graham, R. P. Archer, A. Tellegen, Y. S. Ben-Porath y B. Kaemmer.
- Procedencia: University of Minnesota, Minneapolis. Publicado por *The Regents of The University of Minnesota Press*.

- Adaptación española: Fernando Jiménez Gómez y Alejandro Ávila Espada, Universidad de Salamanca.
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Ámbito de aplicación: Adolescentes (14 a 18 años).
- Duración: Variable, entre 50 y 70 minutos.
- Finalidad: Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad (hasta 70 variables), mediante diferentes grupos de escalas: básicas o clínicas, de contenido, suplementarias, subescalas y unas escalas o medidas de validez.
- Baremación: Tablas de puntuaciones típicas (T) en cada una de las escalas, diferenciadas por sexo, en una muestra española con más de tres mil casos.

1.2. USO DEL MMPI ORIGINAL EN ADOLESCENTES

Un reciente examen del uso de tests psicológicos en poblaciones adolescentes (Archer y otros, 1991) demuestra que el MMPI es la medida de evaluación objetiva más ampliamente usada para este rango de edad, a pesar de su orientación a adultos. Los marcos clínicos en los que el MMPI se ha aplicado más con adolescentes son: psiquiátrico, médico, tratamiento de alcohol y drogas y correccional.

En adolescentes, lo mismo que en adultos, los marcos psiquiátricos son importantes focos para el uso, tanto clínico como de investigación, del MMPI (Archer y Gordon, 1988; Tarver y Simoneaux, 1989; Culbert y Piggott, 1982; MacCrimmon, Cleghorn, Asarnow y Steffey, 1980; Marks, Seeman y Haller, 1974; McCormick, Klappart, Schno-

brich y Harvey, 1971; Mlott, 1973). El MMPI también se ha utilizado ampliamente con varios grupos de problemas médicos en adolescentes (Ball, Archer, Struve, Hunter y Gordon, 1987; Colligan y Osborne, 1977; Harper, 1983; Harper y Richman, 1978; Stone, Rowley y MacQueen, 1966; Tsaltas, 1976). Un importante tercer marco de adolescentes es el de los programas de tratamiento de alcohol y droga (Brook, Kaplan y Whitehead, 1974; Burke y Eichberg, 1972; Fitzgibbons, Berry y Shearn, 1973; Gantner, Graham y Archer, en prensa; Klinge, 1982; Klinge, Lachar, Grisell y Berman, 1978; Rosecrans y Brignet, 1972; Wisniewski, Glenwick y Graham, 1985; Wolfson y Erbaugh, 1984). Los correccionales o programas de delincuencia juvenil representan otro marco ampliamente investigado (Erickson y Roberts, 1966; Genshaft, 1980; Green y Kelley, 1988; Gregory, 1974; Hathaway y Monachesi, 1963; Lueger y Hoover, 1984; Smith, Monastersky y Deisher, 1987; Veneziano y Veneziano, 1987; Westendorp, Brink, Roberson y Ortiz, 1986).

Además de la aplicación del MMPI en esos diversos marcos clínicos y de investigación en adolescentes, diversas condiciones específicas o problemas de gente joven han sido el foco de investigación con el MMPI original: problemas de conducta (Davies y Maliphant, 1971; Spellacy, 1977), sintomatología *bordeline* (Archer, Ball y Hunter, 1985), humor depresivo (Archer y Gordon, 1988; Mezzich y Mezzich, 1979a, 1979b; Whiting, 1981), trastornos de alimentación (Held y Snow, 1972; Snow y Held, 1973; Stroeber, 1981), conducta homicida (Cornell, Miller y Benedek, 1988; Lothstein y Jones, 1978), agresión manifiesta (Butcher, 1965; Huesmann, Lefkowitz y Eron, 1978), victimación por incesto y abuso sexual (Meiselman, 1980; Roland, Zelhart, Cochran y Funderburk, 1985; Scott y Flowers, 1988; Scott y Stone, 1986), problemas del sueño (Bertelson y Monroe, 1979; Monroey Marks, 1977), discapacida-

des físicas (Sviridova y Vladimirova, 1988), esquizofrenia (Archer y Gordon, 1988) y suicidio (Marks y Haller, 1977; Spirito, Faust, Myers y Bechtel, 1988).

1.3. LIMITACIONES EN EL USO DEL MMPI ORIGINAL EN ADOLESCENTES

CONTENIDO DE LOS ÍTEMS

Aunque algunos ítems del MMPI original presentaron dificultades tanto para adultos como para adolescentes, otros fueron un problema concreto del uso del test con gente joven. El manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) describió ítems del MMPI dudosos, arcaicos y torpemente redactados. Los ítems dudosos se eliminaron del MMPI-2, y los ítems que presentaban dificultades idiomáticas fueron redactados de nuevo. Ben-Porath y Butcher (1989) encontraron que la revisión de los ítems mejoró su validez externa, a la vez que conservaba su funcionamiento psicométrico.

Algunos ítems del MMPI original eran inapropiados para adolescentes porque estaban escritos desde una perspectiva adulta (por ejemplo, "A veces, cuando era joven, robé cosas" o "Me gustaba la escuela"). Aunque muchos adolescentes pueden ser capaces de ignorar el tiempo inapropiado, los ítems son innecesariamente complicados. Otros ítems, tales como "Mi vida sexual es satisfactoria", no tienen el mismo significado psicológico a los 14 años que a los 35. Y lo que es más, ítems como éstos son a veces dudosos en marcos escolares y pueden desalentar el uso del MMPI en esos marcos.

Una muy básica limitación, a nivel de ítems, del MMPI original para su uso con adolescentes es la escasez de contenido específicamente relevante para jóvenes. Aunque muchos de los ítems que detectan la psicopatología en adultos se aplican igualmente bien a los problemas de ado-

lescentes, hay poquísimos ítems en el MMPI original, relacionados con los problemas familiares y escolares, con temas del grupo de iguales y con el uso de la droga, desde una perspectiva de una persona joven.

AUSENCIA DE ESCALAS DESARROLLADAS PARA ADOLESCENTES

Aunque el MMPI ha sido ampliamente utilizado y estudiado con adolescentes en una gran variedad de marcos, ha sido escaso el desarrollo de escalas usando muestras de adolescentes. La mayoría de los investigadores y clínicos se han limitado a adaptar a la evaluación de adolescentes las escalas que fueron derivadas empíricamente de muestras de adultos. La conveniencia, más que la lógica teórica, parece ser la principal razón de ello, aunque la escasez de ítems relevantes para adolescentes en el MMPI puede también explicar la relativa ausencia de escalas desarrolladas específicamente para evaluar conductas y síntomas de adolescentes en comparación con el sustancial desarrollo de escalas para adultos. Aunque algunas de las escalas del MMPI son claramente relevantes para la evaluación de problemas en adolescentes, otras no son válidas, o lo serían mucho más si el contenido de los ítems de la escala fuese modificado. Se han realizado algunos trabajos prometedores en el desarrollo de escalas para adolescentes en el área de abuso de sustancias, como por ejemplo el trabajo de McAndrew (1986) sobre una escala de Tendencia al abuso de sustancias (*Substance Abuse Proclivity, SAP*) para varones de 16 a 22 años.

PROBLEMAS REFERENTES A LAS RESPUESTAS EXTREMAS

Una característica observada frecuentemente en las respuestas de los adolescentes al MMPI es la de que obtienen una puntuación elevada en la escala F, generalmente por encima de la puntuación T de 70

(Archer, 1984; Ehrenworth y Archer, 1985; Hathaway y Monachesi, 1963). Este estilo de respuesta sugiere una presentación exagerada, extrema, de los propios síntomas, en comparación con las respuestas de los adultos. Este patrón, cuando se presenta en adultos, puede ser resultado de diversos factores, incluidos la presencia de psicopatología grave, tendencia a responder de forma descuidada o a exagerar síntomas, o una incapacidad para leer o comprender los ítems. En adolescentes, las puntuaciones F elevadas han sido interpretadas como una tendencia general a informar de más síntomas psicológicos que los adultos, debido a los sentimientos de alienación o a la *dispersión* de identidad, característicos de los jóvenes. Aunque alguno de estos factores puede estar influyendo, la principal razón de las puntuaciones F altas en adolescentes es, probablemente, que la escala es, en cuanto a su desarrollo, inapropiada para este grupo, como se explicará más tarde en la sección sobre el desarrollo de las nuevas escalas F en el MMPI-A.

BAREMOS

La cuestión central referente al uso del MMPI con adolescentes ha sido la relativa a si utilizar baremos de adultos o de adolescentes. La mayoría de las primeras aplicaciones clínicas y de investigación del MMPI con adolescentes, usaron los baremos de adultos. De hecho, Hathaway y Monachesi (1963), que dirigieron muchas de las primeras investigaciones sobre adolescentes, se opusieron a la idea de tener baremos especiales para jóvenes. Les preocupaba que los baremos de adolescentes pudieran oscurecer importantes diferencias entre la personalidad adulta y la adolescente. Más aún, se interesaron por dirigir un estudio longitudinal con el MMPI para favorecer el que se mantuviera el mismo instrumento en términos de ítems, escalas y baremos.

Los baremos de adolescentes del MMPI no se publicaron en EE.UU. hasta la década de 1970, cuando Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1972) y Marks y otros (1974) publicaron las tablas de conversión a puntuaciones T para las puntuaciones de adolescentes. Estos baremos se basaron en una combinación de conjuntos de datos previamente recogidos entre la década de 1940 y la de 1950 (Hathaway y Monachesi, 1963) y de varios conjuntos de datos recogidos durante la década de 1960. Estas respuestas de adolescentes a los ítems se convirtieron en baremos estándar de adolescentes para el MMPI, a pesar de que se basaban en datos recogidos hacía años.

Actualmente, los baremos de Marks y otros (1974) pueden ser incorrectos, no sólo por la fecha en que fueron recogidos los datos, sino también porque las instrucciones dadas a algunos sujetos fueron diferentes de las que actualmente suelen usarse en las situaciones clínicas. De cualquier modo, en la práctica corriente, los adolescentes (como los adultos), son animados a responder a todos los ítems. Hathaway y Monachesi (1963, pág. 34) indicaron que sus sujetos “fueron claramente instruidos para dejar en blanco cualquier ítem que consideraran que no podían o no debían contestar”. Las instrucciones que permiten respuestas de “No sabe, no contesta” producen puntuaciones más bajas en el MMPI que las instrucciones que apremian a los sujetos para responder a cada ítem lo mejor que puedan. Un meta-análisis de Pancoast y Archer (1988) ha mostrado que las muestras contemporáneas (posteriores a 1975) de adolescentes normales tienen tendencia a presentar una media en los perfiles MMPI de los baremos de Marks y otros (1974) más elevada que la de las muestras de adolescentes recogidas antes de 1966.

Muchos estudios han demostrado la importancia de usar baremos de adolescentes en jóvenes. El uso de baremos de adultos tiende a exagerar patologías o a hacer que los adolescentes aparezcan como

más perturbados de lo que lo son actualmente (Archer, 1984, 1967; Chase, Chaffin y Morrison, 1975; Klinge y otros, 1978; Klinge y Strauss, 1976; Lachar, Klinge y Grisell, 1976). Recientemente, Colligan y Offord (1987, 1989) proporcionaron un conjunto adicional de baremos de adolescentes basados en su investigación con el MMPI original. Inicialmente contactaron 11.930 familias en un radio de 50 millas en Rochester, Minnesota, y encontraron 6.861 familias con posibles sujetos adolescentes. Mediante contacto telefónico, redujeron el número de familias a 1.412, con 1.920 posibles adolescentes. El muestreo final contó con la participación de 691 mujeres y 624 varones. Los individuos con un historial de tratamiento psicológico o enfermos crónicos no fueron incluidos en esta muestra normativa. A los sujetos se les envió por correo la versión original del MMPI y se les pidió que lo completaran y lo devolvieran a la clínica Mayo. Colligan y Offord concluyeron que las respuestas de los adolescentes a los ítems del MMPI fueron lo suficientemente distintas de las de los adultos como para hacer necesario el elaborar baremos separados. Estos estudios, junto con los hallazgos sobre datos normativos presentados en este Manual y con los de Archer (1990), son un firme argumento a favor de baremos separados para adolescentes.

1.4. DESARROLLO DEL MMPI-A ORIGINAL

Una de las primeras decisiones de los encargados de la nueva tipificación del MMPI (J. N. Butcher, W. G. Dahlstrom, J. R. Graham y A. Tellegen), llamados por la *University of Minnesota Press* en 1982 para revisar el instrumento, fue la de mantener tanta continuidad como fuera posible entre la revisión y el MMPI original, preservando la integridad de la validez y las escalas clínicas del MMPI. No obstante, el comité consideró la posibilidad de que algunas alteraciones podrían ser necesarias para desarrollar un instrumento que fuese más

efectivo con adolescentes. En consecuencia, se elaboró una forma experimental para adolescentes (Forma TX), distinta de la versión experimental de adultos que se usó para el desarrollo del MMPI-2 (Forma AX), y se usó en la fase de recogida de datos de adolescentes en la nueva tipificación.

En 1989, el comité fue llamado por B. Kaemmer, de la *University of Minnesota Press*, para desarrollar el MMPI-A. Fueron miembros de este comité Archer, Butcher y Tellegen. A principios de 1990, el comité se reunió, revisaron los datos disponibles y recomendaron que la editorial publicara una forma distinta del test y baremos distintos para adolescentes. El comité también recomendó que, en su mayor parte, las escalas estándar del MMPI fueran conservadas en el MMPI-A debido a su demostrada validez (con la posible excepción de Mf) en la predicción de problemas y conductas adolescentes (Archer, Gordon, Giannetti y Singles, 1988; Williams y Butcher, 1989a).

FORMA TX

El desarrollo de la Forma TX fue paralelo a la Forma AX. Ambas formas contenían 704 ítems, incluidos los 550 ítems del MMPI original (los 16 ítems repetidos en el MMPI original aparecieron sólo una vez en la forma experimental). Se revisaron 82 ítems para eliminar palabras difíciles, expresiones en desuso o lenguaje sexista. La Forma TX contenía 58 nuevos ítems, que también aparecerían en la Forma AX; estos ítems evalúan colaboración con el tratamiento, actitudes hacia el propio cambio, sensibilidad hacia la terapia, uso de alcohol y droga, problemas de alimentación y tendencias suicidas. Además, Butcher, Graham y Williams redactaron 96 ítems específicos para adolescentes, tras una revisión de las investigaciones sobre el desarrollo adolescente y su psicopatología, y un examen de las áreas de contenido relevante que no aparecían en el MMPI original. Se desarrollaron

nuevos ítems para evaluar problemas, conductas y actitudes de adolescentes en áreas referentes a la formación de identidad, influencia negativa del grupo de iguales, la escuela y los profesores, las relaciones con los padres y familiares, y la sexualidad. Los 704 ítems del cuadernillo TX se usaron para la recogida de datos normativos de adolescentes y en una muestra clínica de la que previamente informaron Williams y Butcher (1989a, 1989b).

FORMAS ADICIONALES

También se desarrolló un impreso de información biográfica y otro de eventos vitales. El primero se preparó para obtener información demográfica y datos sobre la estructura familiar, la ocupación de los padres, la residencia y la historia familiar. Debido a que las investigaciones sugieren la importancia de estudiar las relaciones entre sucesos vitales estresantes y psicopatología durante la adolescencia (Williams y Uchiyama, 1989), se elaboró el impreso de eventos vitales para valorar los sucesos estresantes que habían tenido lugar durante los seis meses anteriores a la sesión de aplicación del test. Esta forma fue adaptada a partir de una escala previamente desarrollada por Coddington (1972), añadiendo ítems y cambiando instrucciones para incluir una valoración de si el suceso fue percibido como positivo, negativo o neutro.

EL CUADERNILLO DEL MMPI-A

En el desarrollo del Cuadernillo, el comité para el proyecto del MMPI-A, considerando que la longitud del test era un factor importante de cara a su uso con adolescentes, trabajó para reducir el número total de ítems. Al mismo tiempo, el comité se preocupó por conservar todas las medidas del MMPI (tanto las originales como las nuevas, desarrolladas cuando se estaba acabando de elaborar el cuadernillo) que resultaron efectivas en la evaluación de problemas y

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



que requiere toda medida de evaluación psicológica. Cualquier aplicación del MMPI-A debe llevarse a cabo de modo que se garantice la intimidad y confidencialidad del adolescente, la ausencia de distracciones e intrusiones y la total seguridad de que los resultados del examen serán respetados, protegidos y usados sólo en beneficio del sujeto. La aplicación o corrección descuidadas, carente de atención en cuanto a mantener los resultados bajo cuidadosa protección, o en las que haya cualquier otra evidencia de insensibilidad pueden desvirtuar seriamente el valor de la información obtenida a partir del MMPI-A.

1.9. MATERIALES NECESARIOS

Los materiales del MMPI-A se han diseñado para adecuarse a los usuarios que trabajan en diferentes áreas y que evalúan a gran variedad de sujetos. Por tanto, deben familiarizarse con sus características antes de emplearlos.

CUADERNILLO

Esta forma permite una aplicación individual o en grupo. Los elementos se presenta en un Cuadernillo reutilizable. El Cuadernillo contiene los 478 elementos ordenados de tal modo que con los 350 primeros se pueden evaluar casi todas las principales escalas. No obstante, es conveniente que el sujeto responda a todos los 478 elementos para que se puedan evaluar todas las escalas

HOJAS DE RESPUESTAS Y CORRECCIÓN

Hay dos tipos de Hojas de respuestas, el primero para corrección manual o con software de corrección y perfil, y el segundo para corrección mecanizada mediante lectura automática de marcas, aunque el diseño de las dos hojas es análogo.

Existen tres formas de corregir la adaptación española del MMPI-A y según la forma utilizada el material necesario será diferente.

- Corrección Manual: Mediante el sistema clásico de aplicar el juego de 29 plantillas transparentes pueden corregirse las 3 escalas de validez, 10 básicas y 15 de contenido (existen 2 plantillas en la escala 5.Mf, una para cada sexo). Una vez realizada la corrección se trasladarán las puntuaciones a la Hoja de perfil.
- Disquete corrección / perfil: El disquete contiene una programación para la corrección y generación automática de un perfil de las 70 variables de la prueba, tanto sus puntuaciones directas como transformadas.
- Corrección mecanizada: TEA Ediciones ofrece servicios de corrección mecanizada que permiten obtener las puntuaciones de 70 escalas y el perfil gráfico del sujeto mediante la lectura automática de las Hojas de respuesta especiales para lectura óptica de marcas. Esta opción requiere siempre el uso de las Hojas de respuesta para corrección mecanizada y es muy recomendable para evitar errores de corrección y obtener de forma rápida toda la riqueza de información que permite el MMPI-A, sobre todo cuando haya que evaluar a varios sujetos.

HOJAS DE PERFIL

Se dispone de un impreso para recoger de forma gráfica los resultados un sujeto en las 29 escalas que pueden obtenerse mediante la corrección con plantillas manuales. Contiene un impreso diferente para cada sexo (varón o mujer) e incorpora los baremos de cada sexo en la muestra normativa española.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



5. ILUSTRACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE CASOS

5.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La principal ventaja del MMPI-A es que indica la probabilidad de que un adolescente presente ciertas conductas o tenga ciertos problemas. En este capítulo se proporciona una breve guía para la interpretación del instrumento. Quienes deseen más información sobre la interpretación de las puntuaciones de los adolescentes en el MMPI original pueden consultar numerosas fuentes, entre las que se incluyen Archer (1987, 1989), Archer y Ball (1988), Archer y otros (1988), Colligan y Offord (1989), Hathaway y Monachesi (1963), Marks y otros (1974) y Williams (1986). Archer (1992), Butcher y Williams (1992) y Williams y otros (1992) proporcionan guías detalladas para la interpretación del MMPI-A. Lo que sigue es una recomendación de una estrategia interpretativa general, basada en una aproximación, más detallada y presentada por Butcher y Williams (1992):

- 1) Evaluar cualquier factor fuera del test que pueda influir en los resultados. El MMPI-A se interpreta dentro del contexto de otra información clínicamente relevante. Se considera el marco en el que el MMPI-A fue aplicado y la información disponible acerca del adolescente. Las hipótesis interpretativas podrían integrar descubrimientos significativos acerca del historial psicosocial del caso, sus antecedentes étnicos y culturales y la potencial influencia del marco de evaluación (p. ej., admisión clínica, evaluación académica, médica o forense) en el proceso de respuestas al Inventario.
- 2) Valorar las actitudes del individuo al responder, utilizando las escalas e indicadores de validez. Esto está directamente relacionado con la validez de las res-

puestas de los jóvenes. Podría incluirse una revisión del número de omisiones de ítems y de las puntuaciones en F (y sus escalas componentes), VRIN, TRIN, L y K para identificar los conjuntos de respuestas que invalidan o cualifican el autoinforme de una persona.

- 3) Evaluar los síntomas y conductas de los que informa el individuo. Esto es central en la interpretación del MMPI-A. Esta información viene proporcionada por las escalas básicas, sus subescalas y las escalas de contenido y suplementarias.
- 4) Evaluar los posibles problemas escolares. Dos de las escalas de contenido (SCH y LAS) tratan directamente con los problemas de esta área importante en la vida del adolescente. Varias de las restantes escalas también incluyen problemas escolares en sus correlatos.
- 5) Valorar la probabilidad de que presente problemas con el alcohol u otras drogas. Algunas de las escalas clínicas (Pd y Ma) incluyen problemas de alcohol y drogas en sus correlatos, pero se obtiene incluso mayor detalle a partir de tres escalas suplementarias. Una versión revisada de la escala de alcoholismo de MacAndrew (MAC-R) ha sido conservada a partir del instrumento original. Además, hay dos escalas suplementarias nuevas: Reconocer problemas con alcohol/drogas (ACK) y Propensión a problemas con alcohol/drogas (PRO). La escala ACK incluye ítems obvios e identifica a aquellos jóvenes que están dispuestos a admitir que tienen problemas en este área. La escala PRO incluye un contenido más específico de adolescentes, en particular ítems que indican implicación con un grupo problemático de iguales, que consumen alcohol y drogas.

- 6) Evaluar las relaciones interpersonales del adolescente. La escala Si y sus subescalas son muy importantes en la descripción de las relaciones sociales. Además, una nueva escala de contenido, SOD, también cubre los problemas en las relaciones sociales. Puede hacerse predicciones sobre los problemas familiares a partir de la escala FAM. El retraimiento y el cinismo están cubiertos por las escalas de contenido del ALN y CYN. Las influencias negativas del grupo de iguales pueden inferirse de las puntuaciones elevadas en la escala PRO, dado el contenido de sus ítems. La escala IMM también proporciona información relativa al estilo interpersonal y a la capacidad de desarrollar relaciones significativas.
- 7) Evaluar las posibles tensiones y puntos fuertes del individuo. Aunque el MMPI y sus sucesores son, en principio, medidas de psicopatología y no indicadores de tensiones en la personalidad, existen algunos descriptores relevantes en el MMPI-A. Por ejemplo, algunas de las subescalas de Harris-Lingoes sugieren posibles tensiones en su evaluación de la negación de problemas (Hy1, Negación de ansiedad social y Pd3, Friealdad social). En algunos casos, una angustia emocional extrema puede interpretarse como un punto fuerte para el tratamiento debido a que puede hacer que el joven esté más motivado a realizar cambios difíciles.
- 8) Determinar un posible diagnóstico. Para llegar a un posible diagnóstico, el usuario del MMPI-A integra la información del protocolo para formarse una impresión de los principales síntomas, conductas, etc. del individuo. A partir de esta impresión, combinada con otros datos procedentes de otras pruebas, de una entrevista clínica y de los datos del historial psicosocial, el interpretador puede consultar un manual diagnóstico actual para ver si la descripción del MMPI-A coincide con alguna categoría diagnóstica.
- 9) Evaluar las implicaciones o recomendaciones del diagnóstico. Puntuaciones elevadas en la escala TRT, por ejemplo, pueden interpretarse como una indicación de la presencia de actitudes negativas hacia el tratamiento de salud mental, que pueden interferir con el establecimiento de una relación terapéutica. Sin embargo, puntuaciones bajas en TRT no deberían interpretarse hasta que futuros estudios proporcionen algunos descriptores. Otras escalas del MMPI-A, incluidas las escalas de validez, clínicas y suplementarias, pueden proporcionar información relevante. De nuevo, esta evaluación implica la integración de la información del MMPI-A con otros materiales clínicamente relevantes.

Los dos apartados siguientes ilustran con dos casos una aproximación a la interpretación del MMPI-A. El primer caso es comentado a partir de la hoja de perfil de la corrección manual, y el segundo a partir de la corrección con el disquete de corrección/perfil.

5.2. CASO 1. ANA

ANTECEDENTES

Edad: 14

Curso: 3º E.S.O.

Sexo: Mujer

Marco: Clínica de salud mental para pacientes externos

REFERENCIAS DEL CASO

Ana fue evaluada en un servicio para pacientes externos de un Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta. Fue remitida, para una evaluación psicológica, por sus padres, los cuales estaban preocupados por su conducta, cada vez más hostil y rebelde. Además, sus padres sentían que esas expresiones de ira en ella, alternaban con periodos de depresión durante

los cuales expresaba desánimo y abatimiento y se volvía, interpersonal y socialmente, reservada. En general, percibían que su hija mantenía un gran distanciamiento interpersonal con los adultos y que estaba relativamente aislada, incluso dentro de su grupo social de pares.

La madre de Ana completó la Lista de Conductas para Niños-Informe de los Padres (*Child Behavior Checklist-Parent's Report Form*, de Achenbach y Edelbrock, 1983). Los resultados de esta valoración indicaban serias preocupaciones con respecto a la interiorización de las áreas de problemas conductuales de Ansiedad-obsesividad y Depresión-retraimiento. Además, se observaron puntuaciones marcadamente elevadas en las escalas que definen una persona Delincuente y Agresiva, relacionadas con la exteriorización de problemas conductuales. Por otra parte, los resultados de la realización de la Escala de Inteligencia de Weschsler para Niños, Revisada (WISC-R) por parte de esta adolescente, fueron de un CI verbal de 91, un CI manipulativo de 115 y un CI total de 102. Sus puntuaciones en la realización de un test de rendimiento estandarizado indicaron un nivel de habilidad lectora de un grado de 8,1, habilidades matemáticas de un grado de 9,2 y habilidades de lenguaje escrito de un grado de 10,1.

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS

La impresión diagnóstica de esta adolescente, en la evaluación inicial, incluía un trastorno distímico combinado con síntomas relacionados con trastornos conductuales y abuso de sustancias.

SÍNTOMAS Y CONDUCTAS

Ana era una adolescente atractiva que mostró un patrón de problemas en escalada durante, aproximadamente, los doce meses precedentes a su evaluación. Ana era la mayor de cuatro hermanos (una herma-

na y dos hermanos). Vivía con su madre biológica y con su padrastro y había ido implicándose cada vez más en serios desacuerdos y conflictos con su padrastro. Ana se había quedado cada vez más aislada socialmente, centrando (cada vez más) su mundo interpersonal en su relación con su novio, de 17 años de edad. Ella había empezado a consumir varios tipos de droga, sobre todo marihuana y alcohol. Las expulsiones de la escuela, alternadas con periodos de *novillos*, estaban reflejadas en el retraso en las clases. Aunque Ana negaba que cualquiera de esos síntomas estuviera relacionado con una angustia emocional o psicológica, reconocía que experimentaba periodos de depresión y tristeza con respecto a “cómo me está yendo en la vida”. No tenía un historial anterior de evaluación o tratamiento psicológicos. Participó en la evaluación psicológica con cierto rechazo hacia la insistencia de sus padres.

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS

El perfil de las escalas básicas de Ana en el MMPI-A se muestra en la figura 5.1; el código es 4'2+0-3156789/F-K/L:. Sólo dejó dos ítems sin contestar, lo cual está dentro del rango aceptable para la interpretación de un perfil válido. Los indicadores de las escalas tradicionales de validez (L, F y K) están dentro de los límites aceptables y la puntuación elevada en la escala F (T=63) es típica de adolescentes que exhiben alguna evidencia de psicopatología. En conjunto, este protocolo de MMPI-A parece ser consistente y preciso.

El perfil de escalas clínicas de Ana muestra puntuaciones altas en las escalas 4.Pd (T=74) y 2.D (T=69) y una puntuación moderadamente alta en la escala 0 (T=64). La puntuación alta en la escala 4 sugiere la posibilidad de que Ana esté muy expuesta a serios problemas conductuales, incluidos un ajuste deficiente al centro escolar, conflictos con su familia, problemas con el

**LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.**

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

www.teaediciones.com



alcohol u otras drogas y posibles dificultades con la ley o los juzgados de menores. La puntuación alta en la escala 2 señala la presencia de sentimientos de insatisfacción, disforia, desesperanza e infelicidad; puede que haya ideación suicida; esta puntuación alta en la escala 2 puede ser una ventaja en el tratamiento, ya que está experimentando un nivel de malestar e infelicidad que podría servir para aumentar su disposición para hacer cambios importantes en su vida. Esto contrasta con la predicción para el tratamiento basada en su escala Pd. La puntuación moderadamente alta en la escala 0. Si es indicativa de introversión social y de posible malestar social, timidez y retraimiento. La depresión, las ideas e intentos suicidas y los problemas en la conducta alimentaria también son correlatos de Si y sugieren una necesidad de evaluación.

Si nos enfrentamos a este perfil desde la perspectiva de la interpretación del tipo de código de dos dígitos, esta paciente presenta un tipo de código 4-2 bien definido. Este es un tipo común entre adolescentes en contexto clínico, y el trabajo con el MMPI original indica que está asociado a dificultades con el control de los impulsos y a posibles problemas de abuso de alcohol y drogas. Los adolescentes con este tipo de código, típicamente perciben a sus padres como nada afectuosos e insoportables; en la muestra de Marks y otros (1974), estos adolescentes indicaron que “no tenían a nadie en la familia” con quien discutir sus preocupaciones, sentimientos y pensamientos. Muchas de las conductas antisociales exhibidas por los adolescentes con códigos 2-4 ó 4-2 podrían presentar intentos de huir o de escapar de algo que perciben como situaciones similares intolerables o conflictivas. Estas características parecen basarse en la información disponible acerca de estos adolescentes y son bastante consistentes con los descriptores de las escalas del MMPI-A.

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

El perfil de las de contenido apunta a elevaciones de rango clínico en las escalas FAM (T=74), ALN (T=74), DEP (T=71), LSE (T=68) y LAS (T=65). Este perfil de Ana en las escalas de contenido, en particular la elevación en FAM, indica que sus problemas familiares son importantes para comprender el funcionamiento psicológico actual de la adolescente.

Ana informa de discordia, celos, críticas, ira, desacuerdos graves, carencia de amor y comprensión, y comunicación pobre en su familia. Ana también muestra un considerable distanciamiento emocional con respecto a los demás, sentimientos desagradables y creencias de que nadie se preocupa por ella o que nadie la entiende (ALN). Experimenta sentimientos de depresión e insatisfacción (DEP), y carece de confianza en sí misma y presenta baja autoestima (LSE). Además, su puntuación en LSE sugiere que utiliza los ítems para informar de actitudes muy negativas hacia sí misma, incluyendo el creer que es poco atractiva, inútil y que tiene muchos defectos. Su puntuación en LAS sugiere bajos o pobres intereses o aspiraciones en términos de logros académicos. Puede que esté en cursos inferiores y puede que esté menos dispuesta a participar en actividades escolares que otros adolescentes. Estos resultados sirven de base y mejoran la descripción de la adolescente a partir de las escalas y de los datos del tipo de código de las escalas básicas presentados anteriormente. Un rango marginal de elevación en TRT (T=62) sugiere que puede que Ana crea que los demás no son capaces de comprenderla o ayudarla (basándose en su puntuación en ALN) o que es incapaz de cambiar (basándose en su puntuación en LSE). Finalmente, la elevación marginal de Ana en SOD (T=62) indica, en combinación con su elevada puntuación en Si, que experimenta malestar y

retraimiento sociales considerables. Sus puntuaciones en TRT y SOD apuntan a características que probablemente representen un obstáculo en el establecimiento de una relación terapéutica con ella.

COMENTARIO

El perfil MMPI-A de Ana es consistente con las impresiones diagnósticas obtenidas durante su evaluación inicial para el tratamiento como paciente externa. Como resultado de la presente evaluación, fue remitida a psicoterapia familiar para explorar y facilitar la resolución del conflicto y la discordia familiares, y a terapia individual para el tratamiento de su depresión y de su baja autoestima. Un énfasis fundamental en ambas intervenciones fue la reducción y control de conductas antisociales, cuando se exploraban cuestiones emocionalmente intensas. Además, se colocó a Ana en lista de espera para una intervención de terapia de grupo con pacientes externos, para ayudarla a afrontar cuestiones acerca de su malestar y retraimiento sociales.

5.3. CASO 2, JERÓNIMO

ANTECEDENTES

Edad: 14

Curso: 3° E.S.O.

Sexo: Varón

Marco: Escuela especial

REFERENCIAS DEL CASO

Jerónimo estaba asistiendo a una escuela pública especial para adolescentes con dificultades emocionales y conductuales debido a problemas de *acting-out* que incluían conducta irresponsable, explosiones de ira, peleas, impulsividad y retraimiento social. Esta situación escolar proporcionó más organización y un entorno terapéutico del que no disponen habitualmente las escuelas.

La situación de educación especial de Jerónimo aumenta la posibilidad de encontrarnos con problemas de comprensión lectora. En circunstancias como ésta es importante, antes de aplicar el Cuestionario, determinar si el adolescente tiene el necesario nivel de destrezas de lectura de 6° curso requerido en el MMPI-A. Los datos de tests educacionales de Jerónimo revelaron que no tenía dificultades potenciales de lectura que interfirieran para su realización del MMPI-A. De hecho, poseía excelentes destrezas de lectura.

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS

A los estudiantes de la escuela de Jerónimo no se les asignaba un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo las respuestas de éste a la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*, DICA, de Herjanic y Reich, 1982), aplicada con ordenador, fueron consistentes con las referencias de su caso. Jerónimo reunía los criterios del DSM-III del trastorno de conducta (tipo agresivo infrasocializado o solitario) y del trastorno de negatividad defensiva. Su informe DICA también incluyó una indicación de consumo de alcohol y excluía la esquizofrenia y el trastorno generalizado del desarrollo.

SÍNTOMAS Y CONDUCTA

Jerónimo era un estudiante muy brillante, muy por encima del nivel de su curso en matemáticas y ciencias, aunque muy por debajo del nivel de su curso en asignaturas sociales. Planeaba asistir a la universidad después de terminar la enseñanza secundaria. A pesar de sus destrezas y aspiraciones académicas, Jerónimo tenía numerosos problemas conductuales en el centro escolar. Le habían pillado mintiendo y haciendo trampas y le habían expulsado del centro el año anterior. Indicó en el DICA que sus problemas venían de que “no escuchaba lo que explicaba el profesor”. Su profesor lo describió como inmaduro, celoso, exigente, perfeccionista y cohibido. No par-

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

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

www.teaediciones.com



El **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)** es, desde su aparición hace más de 70 años, la prueba más utilizada en todo el mundo para la detección y evaluación de los trastornos de la personalidad. La publicación en España (1999) del **MMPI-2** ha supuesto la posibilidad de contar con una nueva versión que, sin perder ninguna de las ventajas del clásico **MMPI**, incorpora nuevos elementos, nuevos baremos y nuevas escalas, así como nuevos sistemas de corrección e interpretación, lo que ha supuesto una gran ayuda para los clínicos y un nuevo y fuerte empuje al desarrollo del instrumento.

El **MMPI-A (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes)** representa un nuevo hito en la evaluación de la personalidad clínica y viene a cubrir una importante necesidad del mercado. La evaluación de la personalidad de los adolescentes es cada día más necesaria por la relevancia social, y a veces también la conflictividad, que tiene la etapa del desarrollo juvenil en una sociedad moderna en la que, además, esta etapa tiende a dilatarse en el tiempo.

El **MMPI-A** mantiene las características básicas y las principales escalas y criterios de evaluación de los anteriores instrumentos de la familia **MMPI** pero se adapta a las peculiaridades de los adolescentes y a la detección de los problemas más frecuentes en esta edad. Algo más breve que el **MMPI** (478 ítems), permite sin embargo evaluar 70 variables, desde las clásicas escalas básicas hasta otras tan relevantes como Problemas escolares, Problemas de conducta, Bajas aspiraciones, Problemas con el alcohol y las drogas....

El **MMPI-A** constituye pues un decisivo avance en el campo de la psicometría y de la evaluación clínica de la personalidad que será, sin duda, muy bien acogido por cuantos trabajan en el campo, difícil y apasionante a la vez, de la adolescencia.