

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DEL MMPI-2 ANÁLISIS DE CASOS

“Un perfil de personalidad de un test carece de significado a menos que se enriquezca con las observaciones clínicas o con el sutil trabajo inquisitivo de examinadores expertos”

Kaufman A.S. y Kaufman N.L.

MARIA JOSÉ VEIGA CANDÁN
PSICÓLOGA CLÍNICA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
EOXI-VIGO

La personalidad es muy compleja, por ello, cuando evaluamos a través de test...



- Los tests son un importante complemento de la evaluación clínica
- A través de los tests debemos buscar mucho más que un diagnóstico. Es necesario ir más allá de “lo restrictivo” de las clasificaciones
- El diagnóstico define a la persona en base a un determinado número de criterios pero no podemos obviar que estos simplifican y homogeneizan, y por tanto, no informan de la esencia de su personalidad
- Es imprescindible complementar los resultados de los tests con la información relativa a la historia personal de sujeto, a su estado psicopatológico, etc.



La evaluación a través de la aplicación de tests nunca es rápida, todo lo contrario...

- Trabajamos en un sistema en el que buscar el máximo rendimiento en el menor tiempo posible está convirtiéndose en un objetivo
- Una evaluación “bien hecha” requiere tiempo. No se trata de buscar pruebas de “screening” rápidas. Debemos utilizar tests que nos permitan analizar la personalidad en profundidad y esto requiere que podamos contar con el “tiempo que sea necesario”
- De lo contrario, no solo la escucha activa del paciente corre el riesgo de desaparecer sino que también la evaluación puede correr el riesgo de descafeinarse y convertirse en aquello para lo que no fue diseñada

“Nuestro objetivo debe ser siempre tratar de encontrar lo que constituye la esencia y la complejidad de aquella persona que nos pide ayuda”

Es muy importante hacer un buen análisis de los resultados de un test cuando es aplicado en momentos evolutivos diferentes



Cuando administramos un test en diferentes momentos evolutivos de la enfermedad, aunque obtengamos perfiles diferentes, siempre existe una congruencia en los resultados

La esencia y la estructura de la personalidad se mantiene, lo que puede haber ocurrido es que se hayan producido cambios en la intensidad y gravedad de la patología o en su expresión sintomática

“Una parte importante de la formación clínica consiste en entender los diversos roles que puede desempeñar el mismo rasgo o rasgos similares en cada personalidad. Cuando dos o más personalidades tienen varios rasgos en común la clave está en entender la función que tiene cada rasgo en el contexto de la personalidad total”

THEODORE MILLON

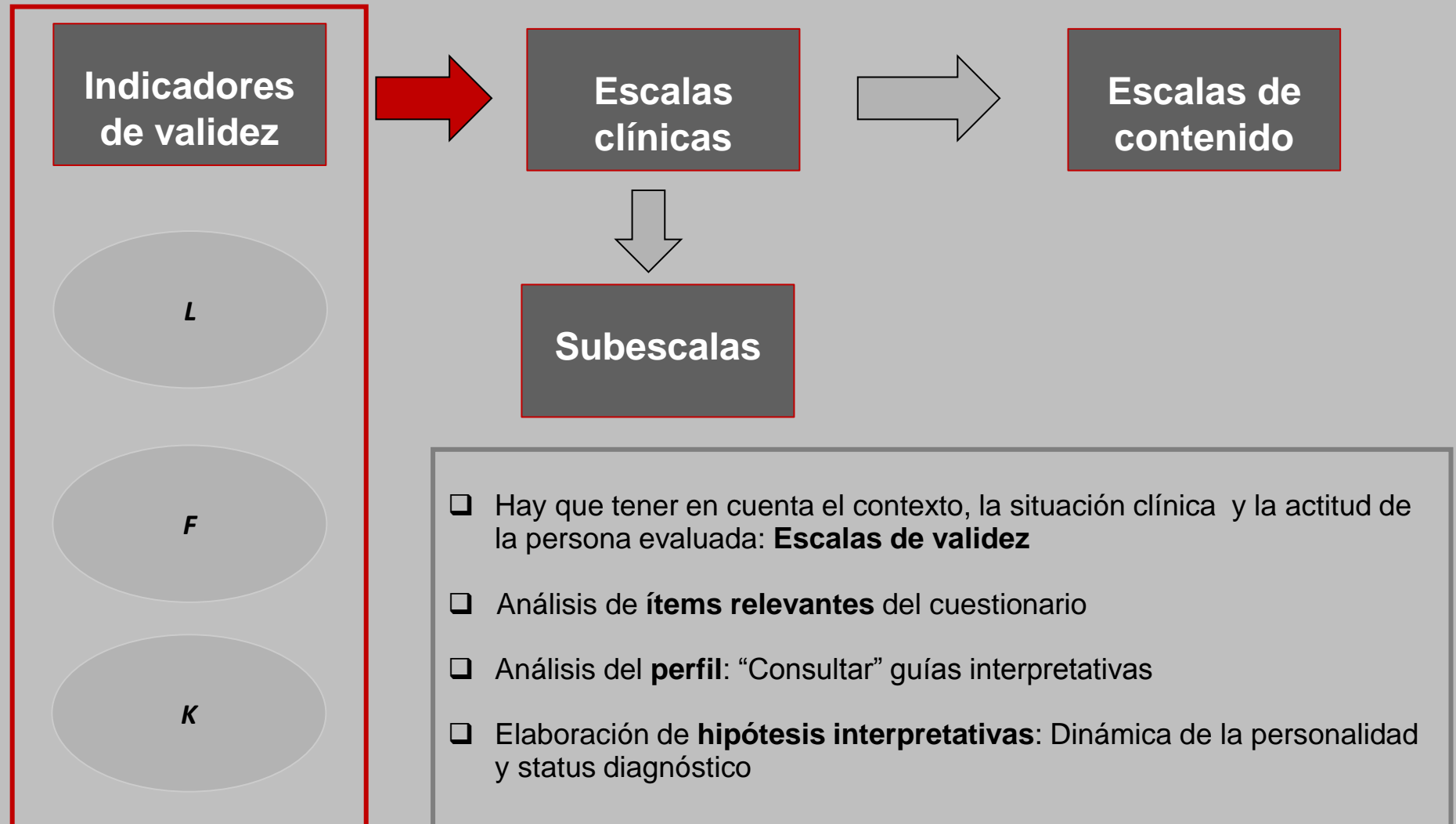
- Los resultados obtenidos a través del MMPI deben ser contrastados con toda la información clínica del paciente
- Cuando analizamos un MMPI en profundidad y en el contexto de la información clínica que poseemos del paciente, este constituye una gran fuente de información que permite profundizar mucho más en los rasgos y en la dinámica de la personalidad
- Perfiles muy similares pueden responder a patologías muy diferentes. Ante un síntoma o un rasgo que puede estar presente en diferentes trastornos, el cuestionario no discrimina cual es el trastorno de base (por ejemplo, no diferencia la apatía de un depresivo de la apatía de un esquizofrénico). Por ello, cuando interpretemos un MMPI, además de analizar el perfil de las escalas clínicas en toda su globalidad es fundamental analizar las subescalas correspondientes a cada una de las escalas clínicas

CUESTIONARIO MMPI-2

- Diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales
- Se ha desarrollado logrando un importante refinamiento psicométrico (carece de modelo teórico)
- Puntuaciones objetivas y perfiles a partir de baremos nacionales bien establecidos
- Puntuaciones T (Puntuación de 65 o superior: significación clínica). Interpretación mediatizada por el resultado de las escalas de validez
- Es necesario tener en cuenta aquellos aspectos que pueden impedir su aplicación (déficits atencionales importantes, nivel intelectual deficitario, elevado nivel de sedación, etc.)
- Cuando una determinada patología se encuentre en un momento evolutivo que implique la presencia de síntomas que interfieran de forma significativa en la evaluación (por ejemplo: importante nivel de apatía o retardo psicomotor en un paciente depresivo, distractibilidad maníaca, etc.) será necesario posponer dicha evaluación hasta que se den las condiciones adecuadas para realizarla
- Debemos tener en cuenta que el análisis de la actitud del paciente durante la realización del test puede aportar información muy significativa para el proceso de evaluación



Análisis de escalas y subescalas que componen el MMPI-2

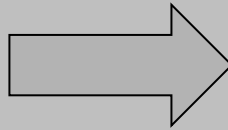


ESCALAS DE VALIDEZ



- La predicción clínica del cuestionario depende de la capacidad del paciente para cooperar y responder de modo coherente
- Grado de confianza para hacer inferencias sobre la personalidad en base al perfil obtenido
- Debemos tener en cuenta los diversos factores que pueden afectar a la validez
- Analizar la configuración de las escalas
- Que el MMPI cuente con estas escalas de validez lo convierte en un test muy riguroso tanto a nivel clínico como forense

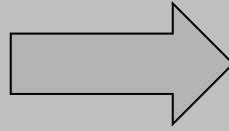
ESCALAS DE VALIDEZ



ESCALA L

- Construida para detectar intento deliberado de presentarse a sí mismo de modo favorable
- Evalúa el grado de franqueza, sinceridad, distorsión de la imagen o en que medida responde de acuerdo con las expectativas del grupo (por ejemplo si intenta mostrarse socialmente ajustado)
- Una puntuación elevada en esta escala conlleva que se rebajen las escalas clínicas
 - Puntuación alta: Imagen favorable de si mismo, mostrarse socialmente ajustado
 - Puntuación baja: Rígido y estricto en su autodescripción, sin importarle no sentirse muy integrado en el grupo social. Moralista y autocrítico
- Pueden obtener puntuaciones muy elevadas (superiores a 80) pacientes que tienden a exagerar sus trastornos y también los simuladores
- Sin embargo, en muchos casos, la elevación de esta escala no necesariamente es consecuencia de la mentira o engaño consciente si no que puede ser debido a otros factores (negación, falta de comprensión de los problemas, represión...)

ESCALAS DE VALIDEZ

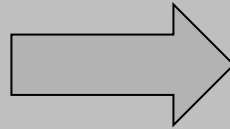


ESCALA F

- Evalúa la tendencia a mantener actitudes y conductas muy inusuales como consecuencia de:
 - Patologías graves (Psicosis, T. Personalidad)
 - Exageración de patología. Fingimiento
 - Vivir los problemas con fuerte tensión interna.
 - Reacciones de tensión ante problemáticas laborales, conflictos familiares..
 - Incapacidad para manejar la patología: necesidad de ayuda
 - Dificultades para cumplimentar el cuestionario (azar, problemas lectura, descuido...)
- Los ítems que forman esta escala se refieren a elementos de alteraciones psicológicas severas: ideación paranoide/psicosis, apatía, signos esquizoides, actitudes antisociales...
- Sensible tanto a la exageración de los síntomas como a la patología grave
- La escala F tiende a incrementar las mayoría de las escalas clínicas (Sc, Pt, Pa, Pd) y algunas de las escalas de contenido (BIZ, DEP, TRT)

En la mayor parte de los casos, las elevaciones de F que se dan en la situación clínica deben interpretarse en términos de estrés y de grave psicopatología

ESCALAS DE VALIDEZ



ESCALA K

- Escala de autoengaño (aunque también puede hacerlo como manipulación de la imagen)
- Evalúa la tendencia a controlar y limitar las manifestaciones de ansiedad, malestar y problemas con los demás
- Negación de problemas y psicopatología
- Tendencia a no reconocer la propia problemática: Se ven a sí mismos como ajustados y capaces de superar por si mismos las dificultades a las que se enfrentan

PUNTUACION ALTA:

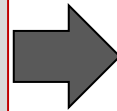
- Actitud de reserva en la autodescripción
- Intenta mostrarse autosuficiente en la resolución de sus problemas (actitud defensiva/negadora)

PUNTUACION BAJA:

- Exageración de sus problemas.
- Sensación de estar incapacitado para resolver los problemas y el estrés
- Necesidad de presentarse de manera desfavorable, exagerando sus problemas
- Vivencia de su situación como muy conflictiva. Necesidad de ayuda

ESCALAS CLÍNICAS

- 1.Hs** HIPOCONDRIA
- 2.D** DEPRESIÓN
- 3.Hy** HISTERIA
- 4.Pd** DESVIACIÓN PSICOPÁTICA
- 5.Mf** MASCULINIDAD – FEMINIDAD
- 6.Pa** PARANOIA
- 7.Pt** PSICASTENIA
- 8.Sc** ESQUIZOFRENIA
- 9.Ma** HIPOMANÍA
- 0.Si** INTROVERSIÓN SOCIAL



- Las designaciones de las escalas son engañosas. Es necesario conocer en profundidad qué evalúa cada una de ellas o de lo contrario la interpretación puede resultar muy poco rigurosa.
- Una puntuación de T=65 es simplemente un “punto de referencia” para la significación clínica. Es fundamental analizar las escalas de validez (cuyo resultado puede modificar la interpretación de las escalas clínicas) y evaluar el perfil en todo su conjunto
- Debemos analizar las subescalas que componen las diferentes escalas clínicas. Estas puede matizar de forma significativa la interpretación individual de cada una de las escalas clínicas y el perfil en su conjunto
- Aunque se pueden hacer inferencias de cada escala clínica, la interpretación debe realizarse en base a configuraciones de puntuaciones de escalas (pares/triadas). Los perfiles cresta son raros y resulta necesario realizar un análisis global de todo el perfil que conforman las escalas (los perfiles con varios apuntalamientos son los más frecuentes.)
- Hay muy pocos perfiles que sean patognomónicos de síndromes o trastornos de personalidad específicos. Lo que existen, son perfiles o patrones de combinación de determinadas escalas que indican con mayor probabilidad la presencia de ciertos trastornos o rasgos de personalidad.
- Un mismo perfil puede reflejar trastornos diferentes. Con cierta frecuencia, diversos factores pueden contribuir a que no se eleven las escalas correspondientes a un determinado trastornos.

HIPOCONDRIA (Hs)



- Correlación alta: Comparte con la escala D (9 ítems), Hy (20 ítems), HEA (36 ítems)
- Desplazamiento de la depresión y la ansiedad.
- Escala de rasgo: Patrón conductual estable
- No especialmente deprimidos, pero sí insatisfechos, tristes, pesimistas
- Somatización como elemento básico y como vía de salida a la angustia
- CONTENIDO:
 - Preocupación excesiva por la salud y funcionamiento somático
 - Expresión de conflictos a través de quejas somáticas: dolores de cabeza, sensoriales, salud delicada, debilidad, cansancio, fatigabilidad, etc.
- Debemos descartar que la elevación de esta escala pueda deberse a la presencia de una enfermedad somática (T=60 o muy superior si enfermedad grave o ansiedad)
- Papel importante en la interpretación la estructuración de la “Tríada neurótica”
- En ocasiones puede tratarse de un trastorno psicótico. Evaluar la elevación de las escalas clínicas que pueden implicar contenidos de naturaleza psicótica (esquizofrenia con alucinaciones cenestésicas...)
- Por lo que se refiere a la dinámica de personalidad, los pacientes que puntúan alto en esta escala:
 - Tienen a desarrollar lazos de dependencia duraderos
 - Suelen ser controlados conductualmente
 - Ponen expectativas y exigencias elevadas en las personas con las que tienen ligazón afectiva
 - Necesidad de respuesta de los servicios de atención y salud. Pueden someterse a múltiples pruebas médicas

DEPRESIÓN (D)



- Correlación alta: Escala Hs (comparte 9 ítems) y Pt (12 ítems)
 - Inestabilidad del constructo (en el momento del examen)
 - No discrimina si los síntomas son endógenos o situacionales
 - Más énfasis en el síntoma que en el síndrome
 - El resultado está sometido a la influencia de muchos factores situacionales
 - Escala de estado (variaciones en el retest)
 - Estilos de afrontamiento muy interiorizados
-
- Importante variedad de síntomas: Evaluar subescalas
 - Bajo estado de ánimo, culpabilidad. Disfrutan poco de las actividades
 - Falta de iniciativa, tendencia al aislamiento, pesimismo
 - Síntomas vegetativos
 - Retardo psicomotor
 - Dificultades cognitivas
 - Muy importante evaluar riesgo autolítico: Este riesgo puede ser mayor en la medida en que se elevan las escalas “F” y “Pt” (tensión interna e intensidad de la angustia), “Pd” (aumento de la impulsividad), Sc (pérdida de contacto con la realidad).
 - Su interpretación está muy determinada por los resultados de otras escalas clínicas: “Sc” (características endógenas). “Pd” (exteriorización y descontrol), “Ma” (intensifica el descontrol y la euforia). Importancia del análisis de “V” conversiva y posibles depresiones enmascaradas

HISTERIA (Hy)



- Correlación alta con la escala Hs (20 ítems), D (13 ítems), K (10 ítems)
 - Destacaríamos dos patrones:
 - Conjunto de dolencias somáticas
 - Orientación amistosa y sociable hacia los demás (seducción).
 - Relación entre los constructos hipocondría e historia: si la escala “Hy” está mas elevada, esto suele implicar una persona con más habilidad social, más capacidad de atracción y optimismo
 - A medida que la puntuación se eleva estas demandas se hacen más patológicas
 - Perfil a lo largo de dos extremos: desde que los síntomas aparezcan y desaparezcan dependiendo del estado de satisfacción del paciente hasta un estado crónico, estable e incapacitante
-
- Diversidad sintomática
 - Síntomas somáticos (mareos, desmayos..), baja tolerancia a la frustración, egocentrismo, sugestionabilidad
 - Necesidad de búsqueda de afecto y aceptación, inmadurez, relaciones inestables
 - Histrionismo y tendencia a dramatizar
 - Emocionalmente lábiles
 - El análisis de las subescalas (valorar aquellas que están significativamente elevadas) puede dar a esta escala clínica matices muy diferenciados (necesidad de afecto y apoyo, quejas somáticas, afabilidad histriónica y socialmente extravertidos...)

DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (Pd)



- Su elevación no responde al “psicópata” (depredador, frío y calculador, con capacidad de planificación), si no que refleja un perfil propio de la persona impulsiva, con baja tolerancia a la frustración que necesita satisfacer de forma inmediata sus deseos e impulsos
 - Por tanto, la elevación de esta escala puede producirse en un amplio espectro de trastornos del eje I (cuadros psicóticos..) y eje II (fundamentalmente cluster B)
 - Elevaciones en Pa, Sc y Ma tienden a acentuar los aspectos negativos de la escala
 - Elevaciones de las escalas de D, Hy y O tienden a atenuar o socializar las expresiones
- Algunos rasgos de los pacientes con elevación en esta escala
 - Pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. Se priorizan los impulsos a la planificación. Necesidad de gratificación inmediata
 - Mala regulación emocional
 - Constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración pueden desembocar en conductas impulsivas disfuncionales (satisfacción inmediata/adicciones). Tendencia a la irritabilidad
 - Falta de previsión y tendencia a subestimar el riesgo. Se priorizan los impulsos a la planificación
 - Frialdad emocional. Dificultad para establecer relaciones cálidas, empáticas y estables
 - Alto grado de exteriorización. Sitúa los conflictos fuera del yo
 - Su elevación puede implicar riesgo de descargas agresivas sin control (tendencia al acting). Ausencia de sentimientos de culpa
 - Alto riesgo de enfrentamiento con el entorno social y en la aceptación de normas y convencionalismos sociales

MASCULINIDAD-FEMINIDAD (Mf)



- No es una escala de patología en el sentido de las demás escalas básicas
- Se refiere a las características masculinas y femeninas que la sociedad asigna de forma convencional: Identidad sexual
- Dimensiones
 - Actividad-pasividad
 - Amplitud/estrechez de intereses
- Mujeres y varones con puntuaciones altas descritos en términos positivos
 - Maduros, afectivos, pensamiento lógico y racional, capacidad para planificar y organizar ...
 - Fuertes, decididas, creativas, competición y liderazgo ...
- Mujeres con puntuaciones bajas: Más riesgo de presencia de trastornos psicósomáticos

PARANOIA (Pa)



- Debemos tener en cuenta al interpretar esta escala la heterogeneidad del “grupo criterio” (estado paranoide, esquizofrenia paranoide, síntomas más benignos: suspicacia, rigidez en opiniones y actitudes...)
 - Más énfasis en el síntoma que en el síndrome
 - La vulnerabilidad y la percepción de amenaza implica que estos pacientes estén más predispuestos a pasar de la neutralidad emocional a la ira a partir de una mínima provocación o de lo que ellos consideran como tal.
-
- Debemos valorar nivel de elevación de la escala. Las puntuaciones elevadas pueden implicar desde la presencia de rasgos como suspicacia, hipersensibilidad, rigidez, hostilidad, hasta sintomatología psicótica (ideas de referencia, ideación persecutoria, delirios ...).
 - El mecanismo de defensa que más utilizan los pacientes que puntúan alto en esta escala es la “proyección”
 - Deben valorarse las puntuaciones que se hallan por debajo de la media ya que pueden estar indicando la existencia de “sintomatología paranoide negada”
 - Es muy importante analizar las puntuaciones de las demás escalas clínicas: La elevación de las escalas Pd, Sc y Ma puede indicar un agravamiento del cuadro psicopatológico, o por ejemplo la elevación compartida con la escala Hy puede conllevar una menor hostilidad y mayor socialización
 - Esta escala es la que más correlaciona con la escala Sc (comparte 13 ítems)

PSICASTENIA (Pt)



- “Termómetro de la angustia” (índice de ansiedad, tensión..)
 - Estilo de afrontamiento interiorizado (emocionalidad atenuada, débil y restrictiva), introspectivos , comportamiento social constreñido
 - Patrón conductual estable (exacerbaciones por estrés situacional)
 - No mide el trastorno obsesivo-compulsivo ni el trastorno obsesivo de la personalidad. Aparece con frecuencia en trastornos de ansiedad o fóbicos y en ocasiones en las psicosis
- Compatible con la mayor parte de los diagnósticos del eje I y del eje II (valorar la configuración general del perfil). Es importante analizar las escalas de contenido para concretar mejor la expresión sintomática (ANX, OBS, HEA, FRS, BYZ)
 - Las personas que puntúan alto en esta escala:
 - Tienen una disposición alta hacia una vulnerabilidad a la ansiedad, tensión, aprensión, estrés, obsesiones, culpa, autocrítica, rumiación, inquietud, inseguridad...
 - Les produce una importante inquietud el error y la imprevisión (ambivalencia, dudas, perfeccionistas..)
 - Como señalan *Hathaway y McKinley al referirse al paciente que puntúa alto en esta escala:*

“... más que ansioso es propenso a la ansiedad, más que fóbico es vulnerable al miedo, más que obsesivo reacio al pensamiento productivo ...”

ESQUIZOFRENIA (Sc)



- Identifica una variedad de condiciones psicopatológicas:
 - Problemas de identidad,
 - Desorganización cognitiva de pensamiento y conductual,
 - Experiencias extrañas e inusuales, tendencia a refugiarse en la fantasía
 - Ideación paranoide, sintomatología alucinatoria
 - Problemas cognitivos (memoria, concentración...)
- Rara vez se eleva de forma aislada y suele implicar un patrón grave de desajuste: cronicidad, gravedad, desorganización. A mayor incremento de esta escala, más probabilidad de expresiones sintomáticas
- De todos modos, carece de especificidad diagnóstica, por ser una escala muy compleja y heterogénea. Sin embargo, esta escala permite clarificar una gran variedad de condiciones psicopatológicas (por sus implicaciones en los sentimientos individuales de identidad y autoestima, por la organización cognitiva y conductual y por los patrones de relación con los demás y en la “calidad de la experiencia ordinaria”)
- Es importante para el diagnóstico diferencial ver los patrones que forma con otras escalas (Pa, Pt, Pd, D, Ma). La elevación de la escala Pt preserva la organización y contiene las expresiones psicóticas.
- Además de en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se encuentran elevaciones:
 - Trastornos depresivos con o sin aspectos psicóticos
 - Trastornos maníacos (con menor frecuencia)
 - Trastornos graves de personalidad (Límite, esquizoide, paranoide)
 - Exageración de patologías (Simulación) u otros trastornos (mobbing)

HIPOMANIA (Ma)



- La puntuación alta en esta escala suele implicar aumento de energía, ritmo mental y físico acelerado, autoestima excesiva, omnipotencia, poca necesidad de sueño...
 - En el desarrollo de la escala no se han calibrado bien los niveles elevados de actividad y la patología. Por este motivo, discrimina mal los casos de manía e hipomanía
 - Patrón de conducta inestable, con fluctuaciones en el estado de ánimo, actividad, excitabilidad
 - A medida que se eleva la puntuación en la escala tiende a aumentar la conducta impulsiva y desinhibida
-
- Debe analizarse la relación con otras escalas.
 - Cuando además están elevadas las escalas Pd, Pa o Sc, hay mayor riesgo de que se incremente la irritabilidad y disminuya la euforia
 - Si también se produce una significativa disminución de la escala D y Si, es más probable que el ánimo sea exaltado y eufórico
 - Debemos interpretar esta escala, también cuando las puntuaciones se hallan por debajo de la media. De hecho, cuando las puntuaciones son significativamente bajas (incluso sin elevación importante de la escala D) puede estar indicando la presencia de depresión y/o retardo psicomotor

INTROVERSIÓN SOCIAL (Si)



- No hace referencia a ninguna alteración de la personalidad. Evalúa introversión-extroversión
 - Los pacientes que puntúan alto en esta escala suelen tener dificultades para iniciar nuevas relaciones, evitando las relaciones sociales y de grupo
 - Patrón de conducta estable y persistente
-
- Suelen estar preocupados por su conducta social: Poca asertividad, falta de habilidades sociales, timidez, dificultades para expresar sentimientos y emociones, etc.
 - Puntuación:
 - *Elevada*: Inhibición social, malestar en situaciones sociales
 - *Baja*: comunicativos, expresivos, entusiastas, activos, enérgicos
 - Defensas: Evitación, que generalmente se traduce en aislamiento social y restricción emocional

Algunas de las correlaciones más significativas de las escalas clínicas

| ESCALAS CLÍNICAS | EJE I | EJE II |
|---|--|--|
| ESCALA 1 HIPOCONDRIA (Hs) | Trastornos de ansiedad Depresión Trastorno por somatización Hipocondría Algunos cuadros psicóticos | Trastorno histriónico |
| ESCALA 2 DEPRESIÓN (D) | Trastorno distímico T. adaptativos con estado de ánimo depresivo Trastorno depresivo grave Trastorno esquizoafectivo Esquizofrenia (Sintomatología negativa) | Cluster C Trastorno histriónico Algunos trastornos límite |
| ESCALA 3 HISTERIA DE CONVERSIÓN (Hy) | Trastornos de conversión Trastornos distímicos Trastornos depresivos Trastornos psicóticos (infrecuentes) | Trastornos histriónicos Trastornos límite Trastornos narcisistas |
| ESCALA 4 DESVIACION PSICOPÁTICA (Pd) | T. con presencia de abuso de sustancias Otros trastornos del comportamiento Algunos cuadros psicóticos, paranoides y delirantes | Amplio espectro de síntomas y TP (Eje II) Trastorno antisocial Pasivo-agresivos Trastorno límite Trastorno narcisista Trastorno Paranoide |

Algunas de las correlaciones más significativas de las escalas clínicas

| ESCALAS CLÍNICAS | EJE I | EJE II |
|---|--|---|
| <p>ESCALA 6 PARANOIA (Pa)</p> | <p>Esquizofrenia paranoide (posible presencia de ideas de referencia, ideación persecutoria, delirios...)</p> <p>Trastorno bipolar, depresión mayor... con aspectos paranoides</p> | <p>Rasgos de personalidad (susplicacia, hipersensibilidad, rigidez), predisposición paranoide (con presencia de abierta rigidez, hostilidad y desconfianza)</p> <p>Trastornos de personalidad paranoide Trastornos esquizotípicos Trastorno antisocial Trastorno narcisista Trastorno pasivo-agresiva</p> |
| <p>ESCALA 7 PSICASTENIA (Pt)</p> | <p>Compatible con la mayor parte de los diagnósticos del Eje I (valorar la configuración general del perfil)</p> <p>No mide el trastorno obsesivo-compulsivo</p> <p>Trastornos de ansiedad, fóbicos y en ocasiones en las psicosis</p> <p>Elevaciones medias: Patrón conductual estable (exacerbaciones provocadas por estrés situacional)</p> | <p>Compatible con la mayor parte de los diagnósticos del Eje II</p> <p>Valorar la configuración general del perfil</p> |

Algunas de las correlaciones más significativas de las escalas clínicas

| ESCALAS CLÍNICAS | EJE I | EJE II |
|--|--|---|
| ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA (Sc) | Trastornos psicóticos Trastornos depresivos con o sin aspectos psicóticos Trastornos maníacos (con menor frecuencia) Situaciones de “acoso” (p. ej. “ <i>mobbing</i> ”) Exageración de patologías (Simulación) | Rasgos esquizoides, tendencia al aislamiento. Trastornos graves de personalidad (Límite, esquizoide, esquizotípico, paranoide) |
| ESCALA 9 HIPOMANÍA (Ma) | Trastorno bipolar I Trastorno bipolar II Trastornos esquizoafectivos Ciclotimia | Trastornos de personalidad (antisocial, límite, narcisista) |
| ESCALA 0 INTROVERSIÓN SOCIAL (Si) | Correlaciona altamente con las escalas D, Pt y Sc Trastornos adaptativos y fobias sociales Asociado con otras escalas: Trastornos depresivos, esquizofrenia | Tendencias de evitación, de dependencia, esquizoides y esquizotípicas |

SUBESCALAS DE HARRIS-LINGOES

La multidimensionalidad de las escalas clínicas no sólo es inevitable, sino también deseable

- Las escalas clínicas son multidimensionales porque deben reflejar toda la complejidad de la personalidad, ya que los síndromes implican una gran variedad sintomática. Por ello, es necesario analizar cada una de las subescalas que compone estas escalas clínicas. Por ejemplo: Que un paciente puntúe alto en la escala 2 (Depresión) puede implicar un amplio cortejo sintomático: estado de ánimo depresivo, características vegetativas de la depresión, síntomas cognitivos, etc.
- Este análisis de las subescalas no solo permite clarificar mejor (en el ejemplo que nos ocupa) ese cuadro depresivo, si no que incluso en algunas ocasiones podremos identificar aquellos casos en los que la elevación de una escala clínica concreta no traduce el síndrome que dicha escala evalúa. Por ejemplo, podría ocurrir que la escala 2 (Depresión) estuviera elevada y no se tratara de un cuadro depresivo porque los síntomas que presente el paciente (apatía, falta de concentración, pérdida de iniciativa...) se correspondan con otro trastorno (sintomatología negativa de una esquizofrenia)
- Un mismo síntoma puede corresponder a diferentes síndromes. El cuestionario no puede discriminar a cual de dichos trastornos corresponde (por ejemplo, no diferencia la apatía de un depresivo de la apatía de un esquizofrénico)

SUBESCALAS DE 2 (D)

- **D1: Depresión subjetiva (32 ítems)**
 - Incluye los ítems más claramente depresivos de la escala 2
 - Contiene más de la mitad de los ítems
 - Pesimismo, depresión, baja moral, poca autoestima, quejas sobre flojedad psicológica y falta de energía para enfrentarse a los problemas..
 - Escala más sensible a las fluctuaciones del humor a corto plazo
- **D2: Retardo psicomotor (15 ítems)**
 - Componente de Inhibición de la escala 2
 - Falta de participación en las relaciones sociales
 - Carecen de energía para realizar actividades, pasividad
 - Inhibiciones más emocionales que conductuales. Inmovilización. Pasividad
- **D3: Disfunción física (11 ítems)**
 - Preocupación por el funcionamiento físico y salud
 - Componente somático de la escala 2
 - Aspectos vegetativos de la depresión (pérdida de apetito, pérdida de peso..)
- **D4: Enlentecimiento mental (15 ítems)**
 - Carecen de energía para manejar los problemas de la vida diaria y para el trabajo mental.
 - Desconfianza en el propio funcionamiento psicológico. Baja confianza en si mismo. Sensación de “fallo” mental
 - Debilidad cognitiva de la depresión. Dificultades de atención, concentración y memoria
 - Baja energía e iniciativa. Falta de interés.
- **D5: Rumiación (10 ítems)**
 - Importante peso del contenido depresivo. Cavilación, preocupaciones, lamentaciones excesivas, sentimientos de inferioridad
 - Dan vueltas a las cosas pueden sentir que han perdido el control de los proceso de pensamiento

SUBESCALAS DE 3 (Hy)

- **Hy1: Negación de ansiedad social (6 ítems)**
 - Socialmente *extravertidos*. Sentimientos de confort en la interacción con los demás
 - Afabilidad histriónica. Ausencia de ansiedad social
 - Desinhibición social
- **Hy2: Necesidad de afecto y apoyo (12 ítems)**
 - Niegan tener sentimientos negativos hacia los otros: desconfianza, hostilidad
 - Necesidades de aprobación y afecto y de que estas se satisfagan.
 - Fuerte aversión a atraer la atención negativa de los demás
 - Necesidades de llamar la atención. Afable y seductor. Pasividad y dependencia. Sensibles
 - Quejas somáticas más vagas (en relación a la escala clínica “ Depresión)
- **Hy3: Lasitud-malestar (15 ítems)**
 - Componente depresivo de la escala 3
 - Quejas de funcionamiento físico y mental (vagas) por debajo de lo normal (debilidad, cansancio, fatiga)
 - Amplia falta de vitalidad y malestar físico en reacción al estrés
 - Síndrome “neurasténico” de debilidad, cansancio y fatigabilidad
- **Hy4: Quejas somáticas (17 ítems)**
 - Componente somático de la escala 3. “Represión y conversión del afecto”. Síntomas diferenciados y dramáticos
 - Síntomas variados (cefaleas, mareos, náuseas, cardiorrespiratorios ...)
 - Lenguaje dramático: “se me hace un nudo en la garganta”, “siento calor en todas partes”, “siento molestias en el corazón”, “mis manos tiemblan ...
 - Hy 4 > Hy 3 = Sugiere “conversión” con probable indiferencia
- **Hy5: Inhibición de la agresión (7 ítems)**: Los propios autores señalan que carece de consistencia interna y de bases sólidas para hacer inferencias clínicas

SUBESCALAS DE 4 (Pd)

- **Pd 1: Discordia familiar (9 ítems)**
 - Describe su hogar y familia como poco placentero y carente de afecto y apoyo
 - Lucha contra el “control familiar”. Informa de problemas y conflictos dirigidos hacia la familia de origen
 - Muchos de sus ítems: amargura, resentimiento, proyección de la culpa
- **Pd 2: Problemas con la autoridad (8 ítems)**
 - Resentimiento hacia las exigencias, convencionalismos y normas de la familia y sociedad
 - Temas principales: Actos de trasgresión de reglas o delincuencia y rebelión contra la autoridad
 - Rebeldía y resistencia así como irritación ante la imposición de autoridad
 - Predice el descontrol conductual y la trasgresión de las normas
 - Valorar elevación Ma 4 (intensificación del descontrol)
- **Pd 3: Frialdad social (6 ítems)**
 - Negación de ansiedad social y de necesidades de dependencia
 - Sociabilidad agresiva
- **Pd 4: Alienación social (13 ítems)**
 - Es el componente paranoide de la escala 4 pero con ciertos matices depresivos
 - Sentimientos de aislamiento de otras personas, falta de arraigo y de gratificación de las relaciones sociales
 - Sentirse aparte, extraño e incomprendido por los demás.
 - Frente a las dificultades exteriorizan la culpa
 - Comparte con Sc1 la desgana para establecer relaciones sociales
 - Sc1: “Desgana” para establecer relaciones con los demás.
 - Pd4: Falta de habilidad para hacerlo pero con sensación de disgusto por ello. Alienación social. Se siente extraño e incomprendido por ello
- **Pd 5: Autoalienación (12 ítems)**
 - Componente depresivo de la escala 4
 - Sentimientos de culpa, auto-reproche, abatimiento
 - Se considera “fuera de lugar” dentro de esta escala y no contribuye a su validez

SUBESCALAS DE 6 (Pa)

- **Pa 1: Ideas persecutorias (17 ítems)**
 - El mundo constituye un lugar de amenaza. Susplicacia, desconfianza. Acosado por fuerzas hostiles.
 - Contiene tres subconjuntos de ítems
 - **Síntomas de persecución, paranoides o paranoia:** Uno es objeto de interés por fuerzas
 - Delirios de control: Delirios o ideas de que influyen sobre la mente y la voluntad: envenenamiento
 - **Resentimiento o ideas de referencia** Subtipos primero y tercero
- **Pa 2: Hipersensibilidad (9 ítems)**
 - Componente depresivo de Pa
 - Considerarse a sí mismo especial y demasiado susceptible
 - Se sienten tensos, sensibles, incomprendidos
 - Tono disfórico
 - Sensibilidad emocional importante y vulnerabilidad al tono disfórico
 - Resentimiento (puntuaciones altas: “coleccionistas de injusticias”)
- **Pa 3: Ingenuidad (9 ítems)**
 - Afirmación de la virtud moral, generosidad, rigidez en temas éticos
 - Optimista e ingenuo en sus opiniones
 - Niegan los impulsos hostiles y la desconfianza (sin embargo puntuaciones altas: paranoides)

SUBESCALAS DE 8 (Sc)

- **Sc1: Alienación social (21 ítems)**
 - Retraimiento, sentimiento de falta de relación con las otras personas. Carencia de habilidades sociales
 - Alejamiento interpersonal más extremo que en Pd4
 - Se sienten maltratados, incomprendidos
 - Heterogénea: esquizofrenia, depresión suicida, P. límite
- **Sc 2: Alienación emocional (12 ítems)**
 - Sentimiento de falta de relación con uno mismo, yo como extraño, distorsión del afecto, apatía
 - “Muerte emocional”
 - Junto con Sc 4: Síntomas negativos, deficitarios (apatía, nada produce interés...)
 - Sc 2: Refleja lo esquizoide (más peso de la apatía, indiferencia)
- **Sc 3: Ausencia del control del yo, cognitivo (10 ítems)**
 - Problemas de memoria y concentración
 - Sentimientos de irrealidad, pensamientos extraños. Expresan temores a perder la capacidad de juicio
 - Componente de descontrol cognitivo
 - Diferencia entre.
 - D 4: Dificultad y falta de confianza para realizar operaciones cognitivas normales a pesar del esfuerzo
 - Sc 3: Pérdida de control de los pensamientos motivados por las ideas mágicas y extrañas
- **Sc 4: Ausencia del control del yo, conativo (14 ítems)**
 - Síntomas negativos: abulia, anhedonia, apatía (2ª subescala de síntomas negativos)
 - Más peso de lo depresivo que Sc 2 y D 4
 - Combina ítems de: Inercia mental: Dificultades memoria y concentración / Disforia
 - Apatía, pérdida de interés: dificulta que termine tanto lo conductual como lo cognitivo. Falta de “arranque psíquico”
 - Abulia y anhedonia que le impide desarrollar proyectos mentales y conductuales

SUBESCALAS DE 8 (Sc)

- **Sc 5: Ausencia del control del yo, inhibición defectuosa (11 ítems)**
 - Sentimientos de no poder controlar las emociones y los impulsos que se experimentan como extraños y ajenos
 - Contenido heterogéneo de los ítems: despersonalización, dificultades motoras (movimiento habla incontrolados), impulsividad
 - Amenazas de pérdida de control: llanto incontrolado, impulsos añinos, miedos irracionales
 - Sensación catastrófica de desmoronarse
 - Pérdidas reales de descontrol de los impulsos
 - Temor a que fuerzas internas o externas puedan incitar a un acto o a una reacción que no puedan controlar
- **Sc 6: Experiencias sensoriales extrañas (20 ítems)**
 - Denominación inadecuada de la escala
 - Sentimientos de cambio en la percepción del yo y la imagen corporal
 - Cuestionada la denominación de la escala: “experiencias motoras más inhabituales que extrañas”
 - Sentimientos de despersonalización y extrañeza
 - Escala más correlacionada con lo somático que con la psicosis
- **Sc 6: Experiencias sensoriales extrañas (20 ítems)**
 - Denominación inadecuada de la escala
 - Sentimientos de cambio en la percepción del yo y la imagen corporal
 - Cuestionada la denominación de la escala: “experiencias motoras más inhabituales que extrañas”
 - Sentimientos de despersonalización y extrañeza
 - Escala más correlacionada con lo somático que con la psicosis

SUBESCALAS DE 9 (Ma)

- **Ma 1: Amoralidad (6 ítems)**
 - Egocéntricos, con poco escrúpulos morales
 - Manipulación abusiva de los demás
 - Insensibles a las debilidades de los demás
 - Ítems más de carácter actitudinal que conductual
- **Ma 2: Aceleración psicomotriz (11 ítems)**
 - Aceleración de los procesos de pensamiento y de las actividades motoras.
 - Hiperactividad y impulso hacia la acción (excitación, tensión, inquietud)
 - Escala principal de Ma y señala la preferencia por la acción y los impulsos
- **Ma 3: Imperturbabilidad (8 ítems)**
 - Componente de extraversión de la escala 9
 - Impulso a seguir adelante a pesar de obstáculos y situaciones desagradables
 - Niegan la ansiedad social y le preocupa poco las opiniones, valores y actitudes de los demás
 - Puntuaciones bajas: Vulnerabilidad (Trastorno por evitación)
- **Ma 4: Auto-envanecimiento (9 ítems)**
 - Evaluaciones irreales de sus propias capacidades. Sentimientos de autoimportancia

SUBESCALAS DE 0 (Si)

- Si 1: Timidez-cohibición (14 ítems)

- Incomodo en situaciones sociales. Introversión
- Sentimientos de desventaja ante los demás cuando están en situaciones sociales
- Sentimientos de torpeza social, vergüenza, incapacidad

- Si 2: Evitación social (9 ítems)

- Aspectos objetivos de la introversión: Más conductual y más neutra a nivel emocional
- Intensa aversión a las actividades de grupo y sociales
- Evitación de multitudes, fiestas, reuniones sociales

- Si 3: Alienación respecto a si mismo y a los otros (17 ítems)

- Baja autoestima y autoconfianza. Indecisión
- Sensación de estar en conflicto con los demás
- Componente neurótico de la escala Ma

ESCALAS DE CONTENIDO

- WIGGINS, 1966: Describe y predice variables de personalidad basada en el contenido de los ítems. Mayor facilidad de interpretación debido a la homogeneidad del contenido
 - Amplían y perfilan la información de las escalas clínicas básicas, pero no es aconsejable utilizarlas de modo independiente
 - **SINTOMAS DE ANGUSTIA:** Ansiedad, depresión, miedos, obsesiones, pensamientos extraños
 - **TENDENCIAS AGRESIVAS:** Reflejan en que forma el sujeto responde a su entorno: Ira, cinismo, conductas antisociales, conducta tipo A (actitudes, creencias o mediante agresividad física o verbal)
 - **AUTOIMAGEN NEGATIVA:** Baja autoestima, elevada autocrítica, pero no incluye otras formas de psicopatología como la ansiedad o la depresión
 - **AREAS DE PROBLEMAS GENERALES:** Social, familiar, trabajo y tratamiento
- ANX (Ansiedad)
 - FRS (Miedos)
 - OBS (Obsesividad)
 - DEP (Depresión)
 - HEA (Preocupaciones por la salud)
 - BIZ (Pensamiento extravagante)
 - ANG (Hostilidad)
 - CYN (Cinismo)
 - ASP (Conductas antisociales)
 - TPA (Comportamiento tipo A)
 - LSE (Baja autoestima)
 - SOD (Malestar Social)
 - FAM (Problemas familiares)
 - WRK (Interferencia laboral)
 - TRT (Indicadores negativos de tratamiento)

Escalas de contenido

ANX (Ansiedad)

DESCRIPCIÓN: Ansiedad generalizada, preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño, problemas de atención, concentración, problemas somáticos

INTERPRETACIÓN: Sentimientos de gran estrés y vulnerabilidad próximo al pánico por dificultades o por tomar decisiones erróneas y temor a que un acontecimiento inesperado le lleve a la “pérdida de control”

ASPECTOS POSITIVOS: Conciencia del problema y deseo de alivio

PUNTUACIONES BAJAS: Relajación

FRS (Miedos)

DESCRIPCIÓN: temores generales y fobias específicas (en las $\frac{3}{4}$ partes de los ítems aparece la palabra miedo y similares)

- Miedos específicos de tipo fóbico clásico (alturas, oscuridad)
- Animales (arañas..)
- Fenómenos naturales (tormentas, agua, fuego)
- Pérdida de integridad física (a través de gérmenes...)
- Miedos neuróticos en general y bajo umbral a estos

INTERPRETACIÓN

- Miedoso, aprensivo, se asusta fácilmente
- Desplazamiento de la ansiedad (objetos y situaciones)
- Mecanismos de evitación, desplazamiento

ASPECTOS POSITIVOS: Evitación del daño, no asume riesgos innecesarios

COMPONENTES

- Miedo generalizado (ansiedad fóbica)
- Miedos múltiples (fobias específicas comunes)

Escalas de contenido

OBS (Obsesividad)

DESCRIPCIÓN: Indecisión, obsesividad, preocupación por los detalles, pensamientos intrusivos, actividad cognitiva sobreabundante e ineficaz

PUNTUACIONES BAJAS: Tendencia opuesta. Imprudente, decisiones tomadas de forma confiada y rápidamente (D baja/ Ma alta). Valorar decisiones impulsivas

LIMITACIONES:

- Los ítems son de carácter egodistónico (por esto más próximos al TOC que al TOCP)
- Las inferencias en relación al TOC deben hacerse con cautela
- Falta un ámbito de contenido: orden, simetría, limpieza ...

DEP (Depresión)

DESCRIPCIÓN

- Disforia, cambios de humor, pesimismo, fatiga, irritabilidad, falta de interés
- Componentes actitudinales y cognitivos de la depresión

INTERPRETACIÓN: Desesperanza, depresión, culpa (valorar ideas de suicidio)

PUNTUACIONES BAJAS: Más que un estado de ánimo expansivo, sugieren ausencia o negación de la depresión

COMPONENTES

- Falta de impulso
- Disforia
- Autodepreciación
- Ideación suicida

Escalas de contenido

| | |
|--|--|
| <p>HEA (Preocupaciones por la salud)</p> | <p>DESCRIPCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">– Quejas somáticas y preocupaciones por la salud– Contenido muy coincidente con la escala D (comparte 23 ítems)– Preocupación por la salud y tendencia a desarrollar síntomas físicos como tendencia al estrés. Valorar BIZ (posibilidad de delirios somáticos) <p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none">– Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos ...)– Síntomas neurológicos (problemas sensoriales y motores, cefaleas...)– Preocupaciones generales por la salud |
| <p>BIZ (Pensamiento extravagante)</p> | <p>DESCRIPCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">– Ideas peculiares e inusuales. Incluye ideas y delirios de control, persecución y referencia. Sintomatología alucinatoria– Importante número de ítems de contenido paranoide– Contenido similar al perfil 86/68– No discrimina bien entre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos <p>PUNTUACIONES ALTAS</p> <ul style="list-style-type: none">– Manifiestan estar acosados por ideas o experiencia intrusivas y atribuyen malevolencia a los demás– Útil para valorar en que medida el contenido psicótico contribuye a la elevación de las escalas Pa y Sc <p>PUNTUACIONES BAJAS: Ausencia/negación de estas experiencias</p> <p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none">– Sintomatología psicótica. Síntomas positivos (alucinaciones visuales, auditivas, delirios de persecución y control)– Características esquizotípicas |

Escalas de contenido

| | |
|--|---|
| <p>ANG (Hostilidad)</p> | <p>DESCRIPCIÓN: impulsos y episodios de ira a menudo con descontrol conductual o emocional (conductas clásicas..)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, conductas destructivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANX y DEP elevados: hostilidad culpable, autocrítica - ANX y DEP bajos: Agresividad externalizada <p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta explosiva: Episodios impulsivos y violentos. Más importancia al impulso que a la conducta (necesidad de “descarga” de la ira). Poca capacidad de control - Irritabilidad |
| <p>CYN (Cinismo)</p> | <p>Puntuaciones altas se dan en sujetos que creen en la existencia de motivaciones ocultas en la conducta de los demás</p> <p>Tienden a tener actitudes negativas hacia las personas cercanas a ellos (amigos, trabajo...)</p> |
| <p>ASP (Conductas antisociales)</p> | <p>DESCRIPCIÓN: Insensibilidad hacia los motivos y sentimientos de los demás, simpatizan con los que trasgreden las normas y reconocen conflictos con la ley y con la autoridad</p> <p>INTERPRETACIÓN: Actitudes y disposiciones antisociales, admiten haber tenido conflictos con la autoridad</p> <p>COMPONENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes antisociales: Creencia de que la mayoría de la gente miente o engaña para salir adelante... - Conductas antisociales: Historial de delincuencia (conflictos con la autoridad, absentismo/expulsión de la escuela) |
| <p>TPA (Comportamiento tipo A)</p> | <p>“PERSONALIDAD TIPO A”, Jenkins, Rosenman y Friedman: Prisa e impaciencia, gran implicación en el trabajo, comportamiento competitivo</p> <p>INTERPRETACIÓN: Umbral bajo para tolerar la hostilidad, egocéntricos, resentidos, irritables, falta de empatía, tratan a los demás de manera fría y desdeñosa</p> <p>COMPONENTES: Impaciencia e impulso competitivo</p> <p><i>Sin embargo, los ítems no llegan a cubrir el ámbito de la Personalidad tipo A</i></p> |

Escalas de contenido

| | |
|--|---|
| <p>LSE (Baja autoestima)</p> | <p>DESCRIPCIÓN: Admiten defectos personales, grave falta de confianza en sí mismo, bajo umbral a la autocrítica</p> <p>INTERPRETACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">– Se sienten menos capacitados, simpáticos, inteligentes que los demás– Se sienten inferiores a los demás– Necesitan depender de los demás (vinculación sumisa)– Evaluar si la escala Sc alta: Actitudes negativas hacia sí mismo y pensamiento psicótico <p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none">– Dudas de sí mismo: atribuciones negativas, convicción de que uno es inferior e inadecuado (Puntuaciones bajas: Autoconcepto positivo)– Sumisión (Puntuaciones bajas: independencia social, competencia) |
| <p>SOD (Malestar Social)</p> | <p>DESCRIPCIÓN: Escala bipolar en la que las puntuaciones altas implican introversión y las bajas extroversión</p> <p>INTERPRETACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">– Puntuaciones altas: Tratan de evitar a otras personas porque se sienten incómodos en las situaciones sociales y prefieren estar solos– Puntuaciones bajas: Participativos, disfrutan de la interacción social– Elevaciones de F, Pa y Sc: espectro esquizofrénico <p>COMPONENTES: Introversión, timidez</p> |
| <p>FAM (Problemas familiares)</p> | <p>DESCRIPCIÓN: Conflictos familiares en los que la familia puede ser un medio inadecuado para el sostén emocional (falta de atención, afecto y apoyo que pueden generar hostilidad)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Se sienten privados y maltratados por la familia. Han adquirido disposiciones que perpetúan la discordia familiar</p> <p>COMPONENTES: Discordia familiar (Conflicto y hostilidad intrafamiliar/Ambiente desagradable y nocivo) y alienación familiar (alejamiento emocional de la familia)</p> |

Escalas de contenido

WRK (Interferencia laboral)

DESCRIPCIÓN: Amplio rango de problemas e impedimentos para rendir adecuadamente en contextos laborales

- Tensión, sentimientos de estar abrumado, pesimismo, falta de confianza en sí mismo, actitudes derrotistas
- Estrés e incapacidad (contrarios a la productividad)
- Dificultades interpersonales, actitudes y síntomas que interfieren en la eficiencia

INTERPRETACIÓN: Se sientes debilitados e incapacitados en el entorno laboral

La elevaciones no pueden ser tomadas como indicativas específicas de mal funcionamiento laboral

TRT (Indicadores negativos de tratamiento)

Incapacidad para sobreponerse al abatimiento y a las desesperanza para enfrentar los problemas personales

Esta saturada de varianza depresiva (la correlación TRT y DEP en pacientes psiquiátricos puede llegar a ser muy alta)

COMPONENTES

- Baja motivación: Apatía y tendencia a desistir rápidamente ante los obstáculos debido a la disminución de los recursos personales
- Incapacidad para sincerarse

PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL CUESTIONARIO MMPI-2

- **PUNTOS FUERTES**

- Gran refinamiento psicométrico
- Escalas de validez
- Extensa literatura sobre los correlatos empíricos de los ítems , las escalas y modelos de perfil
- Fácil aplicación
- Puntuaciones objetivas y alta fiabilidad de la corrección
- Estabilidad temporal de las escalas clínicas (respecto a la estabilidad y cambio en los síntomas y en la personalidad)
- Evalúa rangos muy amplios de actitudes, rasgos y conductas
- Disponibilidad de procedimientos interpretativos

- **PUNTOS DEBILES**

- Nombres de las escalas referidos a concepciones diagnósticas no actuales
- Alto nivel socioeducativo y económico de la nueva muestra de tipificación
- Solapamiento de ítems entre las escalas
- Elevado número de ítems
- Elevado número de escalas complejidad del análisis interpretativo
- Implica modelo categorial (diagnóstico) y dimensional (rasgo)
- Ausencia de una teoría psicopatológica