

Estudio del MMPI

Christian Mormont

Service de Psychologie Clinique. Université de Liège, Bélgica

Lo Preliminar: la Validez

De inicio el perfil se halla invalidado por un puntaje muy alto (T=95) en la escala F (incoherencia, detecta a quienes responden al azar), confirmado por un puntaje de 88 en la escala F(b) (escala que tiene igual significado que la F referida a la segunda mitad de la prueba). El paciente admite un gran número de síntomas poco frecuentes y más síntomas psiquiátricos de lo que habitualmente admiten los enfermos mentales, lo que puede traducir una semiología polimorfa pero también una tendencia a falsificar las respuestas en el sentido del agravamiento. Sin embargo, esta tendencia es contradicha por el puntaje de T=70 en la escala K (que señala la capacidad de la persona para hacer una evaluación auténtica) que expresa una cierta minimización de los problemas.

La puntuación T=80 en la escala VRIN (inconsistencia) podría indicar que una cierta inconsistencia de las respuestas es el resultado de una falta de atención respecto del contenido del test.

Con todo, parece que en cuanto a las escalas clínicas, el paciente generalmente no haya respondido al azar, dado que estas escalas tienen una correspondencia bastante buena con las quejas y síntomas observados por otra parte.

1 *Nota editorial:* Esta prueba da diez escalas clínicas y tres de validación, referidas las primeras a trastornos psiquiátricos conocidos. No obstante sus autores recomiendan que se use preferentemente como descriptor de la personalidad de los sujetos y no para diagnosticar patologías. Todas las escalas tienen un valor promedio de 50 y una desviación típica de 10, por lo que se consideran valores normales los comprendidos entre 30 y 70 (media más menos 2 DT); y significativos, en alguna de ellas patológicos, cuando sus puntuaciones son superiores a 70.

Interpretación

En estas condiciones, teniendo en cuenta que los puntajes patológicos están notablemente exagerados y las respuestas bastante aproximativas, interesa realizar una interpretación prudente de los valores más altos.

El hecho más sobresaliente de este perfil, en el que la mitad de las escalas sobrepasan el límite crítico, es la elevación mayor de la escala 8 (*Sc, esquizofrenia*) cuyo valor T = 90 y de la 1 (*Hs, hipocondriasis*) con un valor de T = 89. Este doble pico es habitualmente interpretado de la manera siguiente: *“Estos pacientes tienden a albergar sentimientos de hostilidad y agresión pero no pueden expresarlos de modo modulado, adaptativo. Se les describe como inhibidos y como “embotellados” o como excesivamente beligerantes y raspantes, se sienten socialmente inadecuados y no confían en otras personas. Viven un estilo aislado, alienado y nomádico, en el que son infelices y se sienten deprimidos. A menudo muestran afectos chatos, pueden sentirse confundidos y les cuesta mantener la atención. Son frecuentemente diagnosticados como esquizofrénicos”.*

“Los pacientes psiquiátricos con la codificación 18/81 (uno ocho u ocho uno), basados en criterios estrictamente clínicos, son frecuentemente diagnosticados como esquizofrénicos, aunque a veces se les adjudica diagnósticos de neurosis de ansiedad y de personalidad esquizoide. Tienden a ser infelices y deprimidos, con frecuencia presentan preocupaciones somáticas (incluyendo dolores de cabeza e insomnio) que a veces son tan intensas que bordean el delirio”.

Esta interpretación parece solo parcialmente compatible con la clínica, la convergencia más grande concierne la preocupaciones somáticas que se revelan también en un valor 80 en la escala de contenidos HEA (cuyo significado, *preocupaciones por la salud* es muy similar a la Hs, que hemos mencionado), mientras que la historia no señala perturbaciones importantes de la vida social.

Si se desecha la hipótesis de una simulación voluntaria y sistemática, son varias las hipótesis a enfocar:

- La psicosis: las escalas F y 8, aparte del código 1-8/8-1 pueden evocarla. Con todo es poco razonable que una esquizofrenia se desarrolle tan tardíamente y sin ser detectada por los clínicos. Además, la escala 6 (*Pa, paranoia*) permanece relativamente modesta.
- La incomodidad psíquica global: en su conjunto el cuadro puede sugerir un sufrimiento no específico afectando distintos sectores de la vida y que no se organiza en un síndrome determinado.
- Los efectos secundarios de los tratamientos: ciertos medicamentos tienen un impacto sobre la vigilancia, la atención, la concentración e inducen síntomas penosos que pueden alterar el perfil en el MMPI.
- Las perturbaciones cognitivas, sensoriales y motoras observadas en el

paciente son contabilizadas por las escalas 8,1 y 3 (*Hy, Histeria*) sin que necesariamente tengan una significación psicopatológica, por ejemplo, en términos de sentimientos de extrañeza, de alucinación o de delirio aun cuando sin duda participan en la escala de contenidos BIZ, (*Pensamiento extravagante*) cuyo valor sobrepasa las dos DT por encima de la media $T=74$.

Al excluir la simulación y la psicosis como factores explicativos de las respuestas del paciente, pero sin poder identificar eventuales perturbaciones iatrogénicas, los resultados observados no pueden llegar a un diagnóstico psicopatológico preciso. Con todo, están en armonía con las informaciones clínicas que se apoyan en las múltiples quejas, síntomas y dolores que sobrevienen en un hombre física y cognitivamente disminuido. Se puede decir que el MMPI refleja bien el malestar del paciente en sus diversas manifestaciones.

Comentarios Adicionales

El cuadro clínico, las medidas de las funciones cognitivas y el MMPI forman un todo coherente. Por el contrario, el Rorschach hace aparecer al paciente bajo una luz bastante diferente. El protocolo es bastante banal y poco evocador de las por otra parte patentes dificultades. El paciente da un número de respuestas suficiente. Son dinámicas, animadas, de una tonalidad alegre, casi eufórica. No se registran trastornos notables a nivel de la tríada cognitiva ($XA\%$, $WDA\%$, P , Zf , $DQ+$, DQy , M , $WSum6$) ni preocupaciones somáticas o mórbidas ($An+Xy$, MOR). Con todo llaman la atención la ausencia total de respuestas de color, la clara predominancia de las Ma , la Zd muy negativa, la escasez de los determinantes múltiples, la presencia de dos perseveraciones (PSV) y un Índice de Egocentrismo extraordinariamente alto (.67).

Tendríamos por lo tanto indicios de un funcionamiento rígido y económico que camufla las dificultades de adaptación y se acompaña de elementos de desinhibición y de regresión con connotaciones más bien agradables y lúdicas. El paciente se constituiría una *concha* que lo protege de los estímulos emocionales, dentro de la cual sus estrategias rutinarias y estereotipadas no son puestas en falta. Se hallaría dispensado de la obligación de tener cuenta de los cambios y las novedades, mientras reencuentra los placeres del pasado.

Bibliografía

- Butcher, J. N. (1999). *A beginner guide to MMPI-2*. Washington: American Psychological Association.
Graham, J. R. (1977). *The MMPI: a practical guide*. New York: Oxford University Press.

c.mormont@ulg.ac.be