

“Contribución de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (So) a la Validez del MMPI-2” “(Contribution of the Scale of Social Desirability of Edwards (So) to the Validity of MMPI-2)”

Sánchez, G.¹; Jiménez, F.¹; Merino, V.¹; Ampudia, A.²; Tobón, C.¹

Resumen. Esta investigación trata de valorar la aportación que, la escala de Deseabilidad Social de Edwards (So) puede ofrecer a las escalas de Validez del MMPI-2 a través de un diseño metodológico constituido por un grupo “Sinceros” y otro “Simuladores”. El grupo Sinceros está formado a su vez por dos subgrupos (Normal y Clínico) que contestan de forma estándar al MMPI-2, y el grupo Simuladores formado, a su vez, por otros dos subgrupos (Buena Imagen, Mala Imagen) cuyos miembros han sido instruidos para contestar al MMPI-2 de una manera específica. Los resultados muestran que la escala So se ha comportado muy sensible para detectar a los sujetos que intentan ofrecer una imagen favorable de sí mismos.

Palabras claves: Deseabilidad Social, So, MMPI-2, Escala Edwards.

Summary. This research tries to assess the contribution that the scale of Social Desirability of Edwards (So) can offer to the Validity scales of MMPI-2 through a methodological design constituted by a Sincere and Simulator group. The Sincere group was formed in turn by two subgroups (Normal and Clinical), which replied in a standard way to the MMPI-2 test, and the Simulator group formed, in turn, by two subgroups (Good Image, and Bad Image) whose members have been instructed to reply to the MMPI-2 questionnaire in a specific manner. The results show that the So scale has behaved in a very sensitive way in order to detect those individuals who are trying to offer a positive image of themselves.

Key words: Social Desirability, So, MMPI-2, Edwards Scale.

Introducción

En la evaluación psicológica, existe una amplia variedad de situaciones y contextos en donde la persona que se encuentra realizando una prueba de personalidad puede encontrarse motivado o inclinado a responder de una cierta manera que le resulte beneficiosa. Tanto en el contexto forense (Andrews & Meyer, 2003), organizacional (Salgado, 2005), e incluso penitenciario, los implicados podrían no estar informando, con la sinceridad y honestidad requerida por el test, de sus problemas tanto emocionales como psicológicos. Cualquier persona, con una experiencia traumática (accidente de tráfico, laboral, o de cualquier otro tipo), podría encontrarse motivada a prolongar, o exagerar, las secuelas psicológicas causadas por el trauma, con el objetivo de obtener una importante compensación, de tipo económico o laboral.

La minusvaloración de la sintomatología psicopatológica, en distintos grados de severidad, ha sido denominada, a lo largo de las investigaciones, de distinta forma: “Respuesta

defensiva”, “Respuesta socialmente deseable”, “Buena imagen” o, simplemente, “Disimulación”. Diversos tipos de investigación sobre la Deseabilidad social tienen una incidencia especial según su diferente denominación y definición. Para Bagby & Marshall, (2004) la *self-deception* se caracteriza como una disposición general a pensar sobre sí mismo de una forma ligeramente favorable. *Impresión Management (IM)*, lo define Barrick & Mount, (1996) como un “intento deliberado para distorsionar las propias respuestas con el objetivo de crear en los demás una impresión favorable” (p. 262). Crowne & Marlowe (1960) la expresa como una manera de presentarse a uno mismo de forma favorable. Responder de forma socialmente deseable va a depender, además de la dependencia de la escala de valores de una determinada sociedad, del interés o motivación de la persona ante su propia situación o contexto de presión en el que se encuentre en un momento dado.

En los últimos 50 años, la investigación sobre la deseabilidad social, implicada en diversos contextos de la evaluación de la personalidad y su posibilidad de distorsión, ha sido un tema preocupante y de gran interés para los profesionales

¹ Universidad de Salamanca

² Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.)

de la Psicología y evaluadores de la conducta, concluyendo en general que la deseabilidad social afecta a cualquier metodología que se encuentre basada en la evaluación de la personalidad, tanto cuestionarios de tipo autoinforme (Edwards & Edwards, 1992; Hogan & Holland, 2003; Jiménez, y Sánchez, 2002; Preti, Rocchi, Sisti, Mura, Manca, Siddi, Petretto & Masala, 2007; Wiggins, 1959), medidas ipsativas (Cornell, Dunlap, 1994) o cuestionario de elección forzada (Christiansen, Burns & Montgomery, 2005).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) es un autoinforme con un elevado número de ítems (567) que pretende evidenciar si una persona se presenta ajustada psicológicamente o, por el contrario, muestra síntomas perturbadores de mayor o menor gravedad. Tras la reestructuración realizada por Butcher, Graham, Tellegen, Dalhstron, & Kaemmer, (1989) en la nueva versión (MMPI-2), se ha suscitado el interés por la ampliación del grupo de Escalas de Validez que, además de las tradicionales *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia) y *K* (Defensividad), se añadieron *VRIN* (Inconsistencia de respuestas variables) y *TRIN* (Inconsistencia de respuesta verdadero). Dada la importancia de asegurarse la fiabilidad de los datos, algunos investigadores han trabajado tanto con esta escala de Deseabilidad social (Edwards, 1962; Elvekrog & Vestre, 1963; Fordyce, 1956; Hanley, 1956; Heilbrun, 1964; Nicholson, Mouton, Bagby & Buis, 1997), como con grupos de simuladores en diversos contextos y con escalas diferentes (Bagby, Gillis, & Dickens, 1990; Berry, Wetter, Baer, Widiger, et al. 1991; Edwards, 1957; Graham, 2000; Graham, Watts, & Timbrook, 1991; Greene, 2000; Jiménez y Sánchez, 2003; Sánchez y Jiménez, 2003; Sánchez, Jiménez, Ferreira, y Silva 2007; Sánchez, Jiménez, Merino, y Ampudia, 2007a; Sánchez, Jiménez, Merino, y Ampudia, 2007b). Otros autores han retomado el análisis de la especificidad y sensibilidad de detección de los simuladores utilizando la metodología de la Curva ROC (Nicholson, Mouton, Bagby & Buis, 1997; Pelegrina, Ruiz-Soler y Wallace, 2000), con el objetivo de poder detectar las diferentes manipulaciones de los datos ofrecidos. La nueva revisión del MMPI-2 (Butcher, Graham, Tellegen, Dalhstron & Kaemmer, 2001), en su configuración de las Escalas de Validez, conjuga las escalas tradicionales (*L*, *F* y *K*) con otras de nueva experimentación, tales como la *Edwards Social Desirability* (Edwards, 1957), la *Wiggins Social Desirability* (Wiggins, 1959) y, más recientemente, la escala de *Other Deception* (Nichols & Greene, 1991).

La primera versión de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards fue elaborada con 79 ítems

(Edwards, 1953). En el proceso de perfeccionar la escala, años más tarde, Edwards (1957) lleva a cabo un estudio con 10 jueces para seleccionar aquellos ítems del MMPI que evocaran respuestas socialmente deseables, seleccionando los que diferenciaban a los individuos con altas y bajas puntuaciones en esta escala, y quedando reducida a 39 ítems, 12 de los cuales se corresponden con la escala de Validez de Infrecuencia (*F*) y 9 con la escala de Ansiedad de Welsh (*A*) y que deberían ser contestados como “falso” si deseaban ser considerados como “socialmente deseables”. El hecho de ser una técnica de evaluación psicopatológica, era sencillo contestar “falso” a todas aquellas cuestiones que hicieran referencia a los diversos desajustes psicológicos. Finalmente, una nueva reestructuración hecha por Greene (2000), redujo la escala a 37 ítems. Este nuevo reajuste refleja, en general, “ausencia de problemas psicopatológicos, buenas habilidades de atención y concentración y aceptables relaciones sociales” (Greene, 2000, pg.102) resolviendo el problema sobre la saturación de síntomas psicopatológicos, una de las críticas más frecuentes que se le han hecho a este tipo de escalas al tratar de evaluar la deseabilidad social (Crowne & Marlowe, 1960; Ferrando y Chico, 2000). A pesar de las investigaciones existentes, y la ventaja de ser una escala que ha seleccionado sus ítems del amplio grupo (567) del MMPI-2, actualmente no se encuentra incluida esta escala *So* en el grupo de escalas de Validez del perfil de la hoja de respuesta del MMPI-2, en su adaptación española (Ávila y Jiménez, 1999).

El objetivo principal de este estudio pretende mostrar qué tipo de contribución puede aportar esta escala *So* a la nueva adaptación española del MMPI-2 para que las personas que intentan presentarse de forma socialmente deseables puedan ser detectadas por dicha escala. Para ello se ha investigado con dos grupos diferentes que han contestado al MMPI-2 de diferente forma, denominados como “Sinceros” (responden de forma sincera y honesta) y “Simuladores” (responden de forma simulada). Los resultados aportados por la escala de Deseabilidad social de Edwards (*So*), ¿podrían discriminar a estos grupos?, ¿cuál es la precisión diagnóstica de esta escala?, ¿su contribución es diferente a las ya aportadas por el grupo de escalas de Validez del MMPI-2?

MÉTODO

El planteamiento metodológico sigue las líneas propias de una investigación “cuasi-experimental” (post hoc), (Salkind, 1998), ya que los participantes

se encuentran asignados, antes de comenzar el estudio, a los grupos y se pretende probar el efecto correspondiente por la pertenencia a dicho grupo de una variable dependiente y cuantitativa, como es la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*).

Participantes

El total de participantes en esta investigación fue de 1.164 sujetos (473 varones y 691 mujeres), con unas edades comprendidas entre los 19 y 69 años, obtenidos de la amplia geografía española dividiéndose esta muestra en dos grupos: “Sinceros” y “Simuladores”.

El grupo de Sinceros, formado por un total de 614 (258 varones y 356 mujeres), han contestado al MMPI-2 de forma sincera y honesta (estándar) siendo subdividido en dos subgrupos: “Normal” y “Clínico”. Estos participantes han sido obtenidos de la misma población que fue utilizada ($n = 1.100$) para la baremación española del MMPI-2. Con el objetivo de homogeneizar el número de sujetos entre los diversos grupos, se decidió seleccionar aleatoriamente mediante el SPSS, a los componentes del grupo Normal, al 21,91 % de los participantes y en un 63,06 % al grupo formado por los clínicos. Con esta selección, el subgrupo Normal quedó compuesto por 252 sujetos (103 varones y 149 mujeres) entre 19 y 64 años, sin evidencia de patología, con una media de edad de 33,05 años para los varones (*Dt.* 12,682) y 30,07 años para las mujeres (*Dt.* 11,309). El subgrupo Clínico, igualmente seleccionado de forma aleatoria, lo integran pacientes en régimen abierto ambulatorio que acuden a su Centro de Salud con diferentes problemas de tipo psicológico o psiquiátrico (con diversos niveles de gravedad leve o moderada), solicitando ayuda del profesional de la psicología, y en el que no se incluyen pacientes crónicos internados en centros psiquiátricos. De los 362 que componen esta población, 207 son mujeres y 155 son varones, entre 19 y 65 años, con una media de edad de 32,64 años para ellas (*Dt.* 11,860) y 33,56 años para ellos (*Dt.* 11, 396).

Los participantes que constituyen el grupo de Simuladores son un total de 550 (215 varones y 335 mujeres), considerados como normales (sin evidencia de trastornos psicopatológicos) a quienes se les instruyó para que contestaran al MMPI-2 de forma específica. Este amplio grupo de Simuladores, se encuentra subdividido, a su vez, en otros dos subgrupos: de “Buena Imagen” y de “Mala Imagen”. El número total de sujetos que ofrecieron su buena imagen fue de 282 (163 mujeres y 119 varones), con una media de edad de 26,60 años (*Dt.* 8,079) para las del género femenino y de 28,01 (*Dt.* 9,407) para el masculino. Los

sujetos que presentaron su mala imagen fueron un total de 268, de los cuales 172 fueron mujeres y 96 varones, teniendo una media de edad de 26,30 (*Dt.* 8,583) y 27,98 años (*Dt.* 8,388) respectivamente.

Material

El material empleado en este estudio es el Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en su adaptación española (Ávila y Jiménez, 1999; Butcher et al., 1989). La Escala *So* de Edwards está elaborada con 37 ítems seleccionados del mismo MMPI-2.

Procedimiento

Todos los participantes respondieron al cuestionario de forma voluntaria, pero se les dieron instrucciones diferentes según el grupo de pertenencia. A los integrantes del grupo Sinceros, tanto Clínico como Normal, se les indicó que contestaran a la prueba siguiendo las directrices (normas estándar), sobre sinceridad y aplicación a sí mismo, establecidas en el MMPI-2. Al grupo Simuladores de Buena imagen se le indicó que contestaran al Inventario de la siguiente forma: “Tienen ante Vds. un cuestionario al que deben responder como verdadero o falso a las preguntas que se le plantean, pero deben mostrar en todo momento una imagen favorable, o una buena imagen, de sí mismos”. Del mismo modo, al grupo Simuladores de Mala imagen se les instruyó diciéndoles: “Tienen Vds. ante sí un cuestionario al que deben responder como verdadero o falso a las preguntas que se le plantean, pero deben mostrar en todo momento una imagen desfavorable, o una mala imagen, de sí mismos”.

Todos los cuestionarios fueron leídos por lectora óptica (Datascan, 2.500) y corregidos por un programa informático propio (Leycotest) con la finalidad de aportar mayor objetividad al estudio. Para realizar el análisis de las variables se utilizó el SPSS (v.15.0). En base al objetivo principal de este estudio, se pretende relacionar la Escala *So* con el grupo de escalas de Validez del MMPI-2 (*L*, *F*, *K*, *VRIN*) y con el de escalas Clínicas básicas del MMPI-2. Se llevaron a cabo, fundamentalmente, análisis acerca del grado de homogeneidad y fiabilidad de la Escala (α de Cronbach), su diferenciación entre los grupos (ANOVA) y su precisión discriminativa mediante la sensibilidad, especificidad y poder predictivo (Curva ROC). Recientemente el análisis de las técnicas de evaluación a través de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) ha sido propuesto como un método discriminante de evaluación para la precisión diagnóstica tras ser una metodología

desarrollada en el seno de la Teoría de la Decisión en los años 50 (Swets & Pickett, 1982) e inicialmente diseñada para la detección de señales por radar y, posteriormente, aplicada en el área de la biomedicina (Zweig & Campbell, 1993). En este estudio se ha utilizado también esta metodología, aportada por la curva ROC, para detectar la precisión diagnóstica de la escala *So*.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los ítems que componen la Escala de Edwards y su correspondencia con las escalas del MMPI-2. Esta exposición permite detectar que, con respecto a las escalas de Validez, es la escala *K* (10,81 %) la que presenta su mayor incidencia, seguida por la *VRIN* (5,41%) y la *TRIN* (2,70%). Con respecto a las Escalas Clínicas básicas del MMPI-2, se podrá observar que ninguna de ellas presenta una incidencia especialmente importante que pueda relacionarse con la psicopatología (*D*, y *Pd* con 5,41%; *Hy*, *Ma*, *Pt* y *Si* con 2,70%). Las escalas Suplementarias *Es* y *GM* (13,51%, cada una), son las que mayor incidencia presentan dentro de su escasa representatividad. La *Es* se presenta como un indicador general de salud mental asociada a la espontaneidad, al buen contacto con la realidad y a la capacidad de afrontar los problemas de la vida diaria y recuperarse de sus consecuencias. La Escala *GM*, se encuentra basada en juicios clínicos asociados con atribuciones positivas que son socialmente deseables. Se puede apreciar, de forma general, una amplia dispersión entre los contenidos de sus ítems, que nos llevó directamente a comprobarlo a través de la consistencia α de Cronbach.

Explorando la fiabilidad (α de Cronbach) de la Escala de Edwards se ha mostrado el grupo de Mala imagen con el valor más elevado (0,753) y al grupo Normal (0,659) el más bajo, manifestándose los grupos Clínico (0,718) y Buena imagen (0,688) con valores intermedios, pudiéndose considerar, de forma general como índices “aceptables”.

También se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el objetivo de determinar cuáles son los factores más relevantes que integran dicha escala. Con el objetivo de simplificar la interpretación, se seleccionaron solamente los cinco factores (suprimiendo, en su rotación Varimax, los valores absolutos inferiores a 0,50) con mayor carga de la varianza, denotando una diferencia apreciable entre el primer factor (18,40%) y los cuatro restantes (5,77 %; 5,27 %; 4,63 %; y 3,93 %) y con una carga total acumulada del 38,00 %. No resulta fácil resumir en un sólo adjetivo las variables psicológicas implicadas en cada uno de

los cinco factores resultantes de este análisis. El primer factor, con una carga del 18,40 %, (compuesto por los ítems: 168, 95 y 300), estaría haciendo referencia a una persona autosuficiente, feliz y sin problemas (Tabla 1). El segundo factor, con una carga del 5,77 %, (integrado por los ítems: 238, 320, 243, 172 y 221) sería una persona decidida, abierta, expansiva y sin miedos. El tercer factor, con 5,27 % de carga de la varianza (ítems: 368, 324, 270 y 469), estaría haciendo referencia a una persona sensible y segura de sí misma. El cuarto factor, con 4,63 % de la varianza (compuesto por los ítems: 127 y 48), referiría a una personal realista e insensible a las críticas. Y el quinto factor, con 3,93 % (integrado por los ítems: 39, 349 y 288), refiere a una persona con buenas relaciones sociales. En definitiva, se observa la ausencia de ítems detonadores de psicopatología y la presencia de aquellos que informan acerca de un mejor ajuste psicológico y equilibrio personal.

Tratando de ofrecer la interacción de los diferentes subgrupos con esta variable *So*, la Tabla 2, muestra los estadísticos descriptivos de la Escala de Edwards (*So*), y en la que se aprecia al grupo de Buena imagen (*Bimagen*) ofreciendo las puntuaciones medias más elevadas, tanto en varones (31,83) como en mujeres (31,74). Justamente, y como era de esperar, las puntuaciones más bajas las presenta el grupo que intenta mostrarse de forma negativa (*Mimagen*), tanto los varones (10,24) como las mujeres (9,92). Los valores aportados por la simetría y la curtosis, de forma general, están indicando una notable aceptación de aproximación a la normalidad de sus datos, exceptuando los ofrecidos por el grupo de Buena imagen (*Bimagen*) por ser los que presentan mayor incidencia. La diferencia de género entre sus puntuaciones medias no resultaron ser estadísticamente significativas. Por ello, a partir de estos resultados, se prescindirá de este análisis y se analizarán conjuntamente.

A través de la Tabla 3 se pueden ver las diferencias de medias entre cada subgrupo, apreciándose que la Escala *So* es capaz de discriminar estadísticamente a cada uno de los grupos. Las diferencias obtenidas entre los diversos grupos, por medio del ANOVA, es de $F = 715,716$ ($gl = 3$; $p < 0,000$) y el tamaño del efecto, a través del coeficiente Eta fue de 0,806 ($\text{Eta}^2 = 0,649$) que nos demuestra una eficiente discriminación de la escala *So* con todos los subgrupos analizados.

Las correlaciones de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*) de los diferentes grupos con las principales Escalas de Validez y Clínicas del MMPI-2 son expuestas en la Tabla 4. Se observa la existencia de un gran paralelismo entre los grupos en cuanto a su signo y valor. En primer

lugar, se aprecia una elevada correlación negativa con todas las Escalas Clínicas básicas. Estos datos pueden estar confirmando que la Escala *So* no se encuentra asociada, de forma positiva, con las variables indicadoras de patología en el MMPI-2. En segundo lugar, al contemplar el grupo de Escalas de Validez, se observa una elevada correlación positiva con la defensividad, *K* ($r = 0,747$) en el grupo de Buena imagen, resultando

también con valores positivos, pero sensiblemente más bajo ($r = 0,584$), con la escala *L* (*Mentira*) del MMPI-2. La variable VRIN, con un escaso porcentaje de ítems (5,41%) que componen la Escala *So*, muestra una asociación negativa con tres de los grupos y sólo con el Clínico presenta una baja correlación positiva ($r = 0,018$).

Tabla 1. *Ítems que componen la Escala So de Edwards y su correspondencia con las escalas del MMPI-2.*

Nº. del Ítem	Contenido del ítem	Correspondencia con las escalas del MMPI-2
8	Normalmente tengo bastante calientes los pies y las manos.	GM
20	Muy rara vez sufro de estreñimiento.	GM
(31)	Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.	Es-Do
(39)	Mi sueño es irregular e intranquilo.	Es
(48)	En muchas ocasiones me gustaría sentarme y soñar despierto antes que hacer cualquier cosa.	-
(54)	A mi familia no le gusta el trabajo que he elegido (o el trabajo que pienso elegir para mi futuro).	-
78	Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.	-
95	Casi siempre soy feliz.	TRIN
(127)	Las críticas y las reprensiones me hieren profundamente.	K
(136)	Me molesta que la gente pida consejo o que me interrumpa cuando estoy trabajando en algo importante.	R-Es
(146)	Lloro con facilidad.	GM
152	No me canso fácilmente.	GM
(158)	Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, incluso aunque otros la estén haciendo.	K-Pd-Ma
(168)	He tenido épocas durante las cuales he realizado actividades que luego no recordaba haberlas hecho.	R
(172)	Frecuentemente noto que tiemblan mis manos cuando intento hacer algo.	Do
186	No me da miedo manejar dinero.	-
(221)	Frecuentemente sueño sobre cosas que es mejor mantenerlas en secreto.	D-Es
(238)	Sudo muy fácilmente, incluso en días fríos.	D-GF
(243)	Cuando estoy con un grupo de gente, tengo dificultades para pensar en temas adecuados de conversación.	K-Hy-Pd-Ma-Do-VRIN
(270)	Personalmente no me molesta ver sufrir a los animales.	-
(273)	A menudo la vida me resulta difícil,	-
(288)	Mis padres y familiares encuentran más defectos en mí de los que debiera.	-
289	Me siento avergonzado con facilidad.	Pt-Si-A
(299)	No puedo concentrarme en una sola cosa.	Mac-r-VRIN
(300)	Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.	-
(301)	La mayor parte del tiempo me siento preocupado por algo o por alguien.	-
(306)	Nadie se preocupa mucho por lo que le suceda a otro.	APS
318	Normalmente espero a tener éxito en las cosas que hago.	-
(320)	He tenido miedo de cosas o personas que sabía no podían hacerme daño.	-
(324)	Fácilmente puedo atemorizar a la gente, y a veces lo hago por diversión.	-
335	En general no soy tímido.	-
(338)	Le gente me decepciona con mucha frecuencia.	K
(349)	Nunca soy tan feliz como cuando estoy solo.	APS
(368)	Me acobardo ante las dificultades o crisis.	-
(415)	Me preocupo mucho por posibles desgracias.	-
(420)	Me pone nervioso tener que esperar.	O-H
(469)	A veces siento que estoy al borde de una crisis nerviosa.	Es-GM

NOTAS: a). Entre paréntesis los ítems valorados como *falsos*. b). GM: Rol de género masculino. Es: Fuerza del Yo. Do: Dominancia. TRIN: Inconsistencia de respuestas verdadero. K: Defensividad. R: Represión. Pd: Desviación psicopática. Ma: Hipomanía. D: Depresión. Hy: Hipocondría. Pt: Psicastenia. Si: Introversión. A: Ansiedad. Mac-r: Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew. VRIN: Inconsistencia de respuestas variables. APS: Potencial de adicción. O-H: Hostilidad excesivamente controlada. GF: Rol de género femenino.

A través de la Tabla 3 se pueden ver las diferencias de medias entre cada subgrupo, apreciándose que la Escala *So* es capaz de discriminar estadísticamente a cada uno de los grupos. Las diferencias obtenidas entre los diversos grupos, por medio del ANOVA, es de $F = 715,716$ ($gl = 3$; $p < 0,000$) y el tamaño del efecto, a través del coeficiente η^2 fue de 0,806 ($\eta^2 = 0,649$) que nos demuestra una eficiente

discriminación de la escala *So* con todos los subgrupos analizados.

Las correlaciones de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*) de los diferentes grupos con las principales Escalas de Validez y Clínicas del MMPI-2 son expuestas en la Tabla 4. Se observa la existencia de un gran paralelismo entre los grupos en cuanto a su signo y valor. En primer

lugar, se aprecia una elevada correlación negativa con todas las Escalas Clínicas básicas. Estos datos pueden estar confirmando que la Escala *So* no se encuentra asociada, de forma positiva, con las variables indicadoras de patología en el MMPI-2. En segundo lugar, al contemplar el grupo de Escalas de Validez, se observa una elevada correlación positiva con la defensividad, *K* ($r =$

0,747) en el grupo de Buena imagen, resultando también con valores positivos, pero sensiblemente más bajo ($r = 0,584$), con la escala *L* (*Mentira*) del MMPI-2. La variable VRIN, con un escaso porcentaje de ítems (5,41%) que componen la Escala *So*, muestra una asociación negativa con tres de los grupos y sólo con el Clínico presenta una baja correlación positiva ($r = 0,018$).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*).

Grupos	Sexo	Medias	Desv. Típ.	Simetría	Curtosis	
Sinceros (<i>n</i> = 614)	Clínico (<i>n</i> = 362)	Varón (<i>n</i> = 155)	19,19	6,541	,312	-,599
		Mujer (<i>n</i> = 207)	17,02	5,989	,483	,077
	Normal (<i>n</i> = 252)	Varón (<i>n</i> = 103)	26,09	5,900	-,482	-,618
		Mujer (<i>n</i> = 149)	24,83	5,440	-,403	-,314
Simuladores (<i>n</i> = 550)	Bimagen (<i>n</i> = 282)	Varón (<i>n</i> = 119)	31,83	4,303	-1,530	2,250
		Mujer (<i>n</i> = 163)	31,74	4,789	-1,525	2,192
	Mimagen (<i>n</i> = 268)	Varón (<i>n</i> = 96)	10,24	6,721	,473	-,416
		Mujer (<i>n</i> = 172)	9,92	6,343	,785	,357

Tabla 3. Diferencias entre grupos (ANOVA).

Comparación Grupos	Dif. Medias	Std. Error	Sig.
Clínico vs. Normal	-7,394	,459	,000
Clínico vs. Bimagen	-13,833	,444	,000
Clínico vs. Mimagen	7,914	,451	,000
Normal vs. Bimagen	-6,439	,485	,000
Normal vs. Mimagen	15,308	,491	,000
Bimagen vs. Mimagen	21,747	,477	,000

Tabla 4. Correlaciones de la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*) con las principales variables del MMPI-2.

MMPI-2	Sinceros		Simuladores	
	Clínico (<i>n</i> = 362)	Normal (<i>n</i> = 252)	Bimagen (<i>n</i> = 282)	Mimagen (<i>n</i> = 268)
Escalas de Validez				
L	,244**	,281**	,584**	,385**
F	-,713**	-,588**	-,773**	-,731**
K	,695**	,727**	,747**	,556**
VRIN	,018	-,374**	-,665**	-,471**
Escalas Clínicas básicas				
Hs	-,472**	-,322**	-,429**	-,626**
D	-,555**	-,588**	-,461**	-,700*
Hy	-,287**	-,136*	,032	-,559**
Pd	-,304**	-,333**	-,310**	-,604**
Mf	-,112*	-,265**	-,006	-,125*
Pa	-,616**	-,477**	-,522**	-,660**
Pt	-,717**	-,677**	-,449**	-,767**
Sc	-,757**	-,631**	-,594**	-,742**
Ma	-,301**	-,153*	-,286**	-,400**
Si	-,659**	-,663**	-,749**	-,762**

NOTAS. a). ** La correlación es significativa al nivel del 0,01 (bilateral). b). * La correlación es significativa al nivel del 0,05 (bilateral). c). L: Mentira; F: Infrecuencia; K: Defensividad; VRIN: Inconsistencia de respuestas variables; Hs: Hipocondría; D: Depresión; Hy: Histeria; Pd: Desviación psicopática; Mf; intereses masculino-femenino; Pa: paranoia; Pt: Psicastenia; Sc: Esquizofrenia; Ma: Hipomanía; Si: Introversión.

Utilizando la metodología de la Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) se ha tratado de

evaluar la precisión diagnóstica de la escala de Edwards, especificada por el Área bajo la Curva (AUC), correspondiéndose la máxima precisión con

el valor de 1,00 y la mínima con 0,5. En este estudio se ha contrastado el subgrupo Normal (considerado como grupo negativo) con el de Buena imagen (considerado como grupo positivo) y el valor de la AUC resultó ser de 0,828 (intervalo de confianza: 0,793 - 0,859; nivel de confianza: $p < 0,0001$). Esta misma precisión diagnóstica se acompaña por las coordenadas de "Sensibilidad" (probabilidad de diagnosticar correctamente a un individuo que muestra un determinado trastorno o enfermedad) y "Especificidad" (probabilidad de diagnosticar correctamente a un individuo que *no* presenta un determinado trastorno o enfermedad). Los datos obtenidos muestran una Sensibilidad del 84,75%, es decir que, de 100 sujetos con Deseabilidad Social, sólo detecta, aproximadamente, a 85 (verdaderos positivos) y el resto, 15, serían considerados como "falsos negativos". Una alta Sensibilidad del test es importante, y cuanto más elevada, mejor. Pero una proporción de falsos negativos, sea la que sea, será

tanto más preocupante cuanto más grave sea el tipo de trastorno o enfermedad. De la misma forma, la Especificidad del 67,06%, obtenida por esta escala, nos está informando del porcentaje de sujetos que no presentan Deseabilidad Social y, el resto, aproximadamente un 33%, podrían ser considerados falsos positivos; es decir el test detecta Deseabilidad social, pero el sujeto realmente no la presenta. El valor, en puntuaciones directas, del "punto de corte" ha sido establecido en 28 puntos. El Poder predictivo positivo (PP+) es considerado como la probabilidad (%) de que la Deseabilidad Social se encuentre presente en el sujeto cuando el test así lo atestigüe y, en este estudio, ha resultado ser del 74,2%. Por el contrario, considerando que el Poder predictivo negativo (PP-) es la probabilidad de que la Deseabilidad Social se encuentre ausente en el sujeto cuando el test así lo demuestre, resultando ser este análisis del 79,7%.

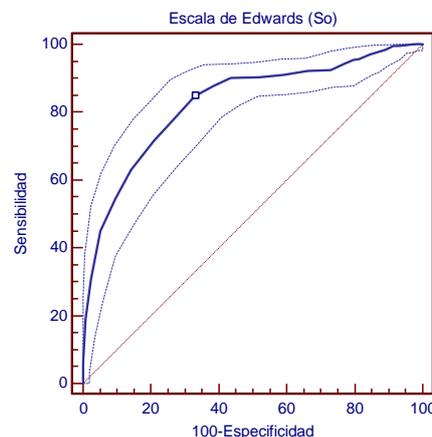


Figura 1. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Edwards (Curva ROC).

DISCUSIÓN

La Escala de Deseabilidad Social (SDS) de Crowne y Marlowe (1960), con 39 ítems del MMPI (original), fue desarrollada para superar las limitaciones encontradas en la Escala, del mismo nombre, de Edwards (1957), conteniendo, en muchos de ellos, implicaciones psicopatológicas. En este estudio se ha partido de la propuesta elaborada por Greene (2000) de adaptar esta Escala de Edwards al MMPI-2 y anulando los indicadores psicopatológicos y dejando la escala con 37 ítems.

Que la Escala de Edwards tiene años de investigación con el MMPI, no existe duda alguna. Volver a trabajar con la misma escala y con las mismas pruebas, efectivamente no supone aportación alguna. Tras la reestructuración llevada a cabo por Butcher et al. (1989) con el MMPI

(dando lugar al MMPI-2 y al MMPI-A), la realizada por Greene (2000) sobre los ítems de la escala *So* con el MMPI-2, y con la nueva adaptación a la población española (Ávila y Jiménez, 1999) del mismo MMPI-2, los autores de esta investigación han pensado que sería una interesante aportación el saber cuál es el comportamiento de la Escala de Edwards, tras muchos años de existencia, dos reestructuraciones (Butcher, et. al, 1989; Greene, 2000) y una adaptación a la población española (Ávila y Jiménez, 1999). Simplemente, el hecho de demostrar si la Escala tiene el mismo comportamiento, o las aportaciones son diferentes, en la adaptación española del MMPI-2, justificaría esta investigación para los profesionales que trabajan con esta técnica en determinados contextos (judiciales u organizacionales).

En esta investigación se ha podido comprobar, a través de las diferencias de sus puntuaciones

medias, que la escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*) ha sido capaz de detectar y discriminar (Coeficiente $E_t = 0,806$), entre distintas formas de simulación, a personas que intentan, de forma coherente, ofrecer una imagen deseable de sí mismo. En el análisis realizado por Baer, Wetter & Berry (1992) para disimular patología en el MMPI, su coeficiente alcanzó el valor de 0,67. También se ha demostrado que el subgrupo Normal, contestando de forma sincera y honesta al MMPI-2 (avalado por los resultados de la *VRIN*), ha resultado ser el que ha presentado la puntuación media más elevada (26,09) tras el subgrupo de simuladores de Buena imagen (31,83). Es decir, podría derivarse de estos resultados, que hasta puede resultar como “normal” presentarse ante los demás con un cierto grado de deseabilidad social, hipótesis nada despreciable y avalada por la investigación de Paulhus (1986).

Igualmente se ha demostrado la existencia de 5 factores principales que componen la escala *So*, coincidiendo con Greene (2000) y confirmando que los ítems no hacen referencia a síntomas propios de psicopatología. Esta contribución resulta fundamental, ya que es fácil negar una patología cuando se trata de ofrecer lo mejor de sí mismo en un test de evaluación de trastornos psicológicos (MMPI-2) donde se entienden perfectamente las preguntas y lo que se debe responder en función de los intereses personales de cada uno. Este argumento viene corroborado también por la elevada correlación (0,747) con la variable de Defensividad (*K*), refrendado por otros investigadores (Butcher et al., 1989; Caldwell, 1997a; Fordyce, 1956; Hanley, 1956; Greene, 2000; Sánchez y Jiménez, 2003), sin olvidar que tiene un 10,81 % de presencia en la Escala *So*. Igualmente, en dicha escala se obtiene una correlación positiva, aunque menos elevada (0,584) que la *K*, con la escala de Validez *L* (Mentira) y, en este caso, no se encuentra integrada en los ítems de la escala *So*. Cuando se comparan los datos obtenidos por las correlaciones con los resultados obtenidos por Butcher et al. (1989) con sujetos normales, se puede apreciar que la correlación con esta variable *K* es prácticamente idéntica (Butcher et al.: 0,72; y en este estudio: 0,727). Contrastando estos datos con Caldwell (1997a) han resultado ser semejantes, ya que con una muestra psiquiátrica la correlación es de 0,76, mientras que en este estudio, con una muestra clínica, su valor es algo más bajo (0,697). Es claramente evidente la notable coincidencia de la asociación positiva elevada que existe entre ambas escalas (*So* y *K*) en los diferentes estudios. Con la escala de Validez del MMPI-2 *L* (Mentira) los resultados de sus correlaciones con la *So*, han sido similares: Butcher et al. (1989) con una muestra de sujetos normales obtiene un valor

de 0,21 (en este análisis, 0,281) y Caldwell (1997a), con pacientes psiquiátricos, 0,27 (en este estudio, 0,281).

La investigación llevada por Robinette (1991) realizada en el Centro de Salud Mental de las Fuerzas Aéreas de S. Antonio de Texas, con una muestra de 481 personas (307 varones y 174 mujeres) con dificultades en el aprendizaje y que solicitaron los servicios de Salud Mental encontró, al relacionar la escala reducida (13 ítems) de Marlowe-Crowne (M-C, forma C) con la escala de Edwards una correlación de 0,41, y de 0,47 en los trabajos de Reynolds (1982; con la escala de 33 ítems de Marlowe-Crowne). Los resultados, al correlacionar (M-C, forma C, 13 ítems) con las escalas de validez del MMPI-2 fueron muy semejantes, en signo pero no tanto en valor ($L = 0,59$; $F = -0,52$; y $K = 0,54$), y los resultados de este estudio (Tabla 4) son algo diferentes (grupo Clínico: $L = 0,24$; $F = -0,71$; $K = 0,70$; y grupo Normal: $F = 0,28$; $L = -0,58$ y $K = 0,73$). Con la escala *F* (Infrecuencia), se puede apreciar su correlación negativa (Tabla 4) en todos los grupos, siendo corroborado con los estudios principales sobre esta variable (Butcher, et. al., 1989; Greene, 2000) por su detección de imagen desfavorable.

Paulhus (1986) sugirió que la escala de Edwards (*So*) y la de *K* (Defensividad) evalúan el “auto-engaño”; es decir, una “disposición” general a pensar sobre sí mismo de una forma ligeramente favorable en el MMPI, mientras que la *L* (Mentira) y la escala *Sd* (Deseabilidad Social) de Wiggins (1959) muestran el “intento deliberado” de distorsionar las respuestas para crear una imagen favorable de sí mismo.

Con el resto de las escalas de Validez integradas actualmente en el MMPI-2, *VRIN* (Inconsistencia de Respuestas Variables) y *TRIN* (Inconsistencia de Respuestas Verdadero), sencillamente, la Escala *So* no tiene nada que compartir, puesto que ambas detectan la “inconsistencia” o incoherencia de las respuestas emitidas por las personas que contestan al MMPI-2.

En resumen, se puede concluir de forma general que, la escala de Deseabilidad Social de Edwards (*So*) contribuye de forma específica, a la detección de los sujetos que muestran una imagen deseable socialmente en el MMPI-2, sirviendo de complemento a las interpretaciones de las escalas de Validez *L* (Mentira) y *K* (Defensividad) del MMPI-2 que, específicamente, no siempre van a detectar una imagen deseable con sus puntuaciones elevadas. Más específicamente, esta investigación ha contribuido a demostrar la discriminación de la *So* con cualquiera de los subgrupos analizados, demostrando que los elementos que la componen, además de una fiabilidad aceptable, se encuentran

ausentes de síntomas psicopatológicos e indicando, a través del análisis de la curva (ROC) una precisión diagnóstica, sensibilidad, especificidad y poder discriminativo igualmente aceptables. Todo ello puede hacer reflexionar la conveniencia de que esta escala de Edwards (*So*) pueda ser añadida al conjunto de escalas de Validez del MMPI-2 para que los profesionales de la evaluación en contextos judiciales y organizacionales, básicamente, puedan detectar la deseabilidad social.

Referencias bibliográficas

- Andrews, P. & Meyer, G. (2003). Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and short Form C: Forensic norms. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 483-492.
- Ávila, A. y Jiménez, F. (1999). Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota -2 (MMPI-2): Manual. TEA, Ediciones, Madrid (Adaptación española del *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*, de Butcher et al. 1989)
- Baer, R. A., Wetter, M. W., y Berry, D. T. R. (1992). Detection of underreporting of psychopathology on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 12*, 509-525.
- Bagby, R.M. & Marshall, M.B. (2004). Assessing underreporting response bias on the MMPI-2. *Assessment, 11*, 115-126.
- Bagby, R; Gillis, J. & Dickens, S. (1990) Detection of dissimulation with the new generation of objective personality measures. *Behavioral Sciences and the Law, 8*(1): 93-102.
- Barrick, M.R., & Mount, M.K. (1996). Effects of impression management and Self-deception on the predictive validity o personality constructs. *Journal o Applied Psychology, 81*, 261-272.
- Berry, D.; Wetter, M.; Baer, R.; Widiger, T.; et al. (1991). Detection of random responding on the MMPI-2: Utility of F, back F, and VRIN scales. *Psychological Assessment, 3*(3) 418-423.
- Butcher, J., Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis University of Minnesota Press. (Adaptación española, Ávila, A. y Jiménez, F. -1999-. TEA Ediciones, Madrid).
- Butcher, J.N., Graham, J., Tellegen, A., Dalhstrom, W., & Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration, scoring and interpretation.-Revised edition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cadwell, A.B. (1997a). *MMPI-2 data research file for clinical patients*. Unpublished raw data (citado por R. L. Greene, 2000, *The MMPI-2. An interpretative manual*, pg.99).
- Christiansen, N. D., Burns, G. N. & Montgomery, G. E. (2005). Reconsidering forced-choice interformats for applicant personality assessment. *Human Performance, 18*, 267-307.
- Cornell, J.M.; Dunlap, W.P. (1994). On the questionable soundness of factoring ipsative data: a response to Saville and Wilson. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 67*, 89-100.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of clinical Psychology, 24*, 349-354.
- Edwards, A. L. (1953). *Manual for the Edwards Personal Preference Schedule*. New York: Psychological Corporations.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.
- Edwards, A.L. (1962). Social desirability and expected means on MMPI scales. *Educational and Psychological Measurement, 22*(1), 71-76.
- Edwards, A. L. & Edwards, L. K. (1992). Social Desirability and Wiggins's MMPI Content Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 147-153.
- Elvekrog, M. & Vestre, N. (1963). The Edwards Social Desirability scale as a short form of the MMPI. *Journal of Consulting Psychology, 27*(6), 503-507.
- Ferrando, P. & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne. *Psicothema, 12*(3), 383-389.
- Fordyce, W.E. (1956). Social Desirability in the MMPI. *Journal of consulting Psychology, 20*, 171-175.
- Graham, J. (2000). *MMPI-2, assessing Personality and Psychopathology*. Third Edition. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Graham, J.; Watts, D. & Timbrook, R. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of personality Assessment, 57*(2), 264-277.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2. An interpretative manual* (2nd. Ed.). Allyn and Bacon, Boston.

- Hanley, C. (1956). Social desirability and responses to items on three MMPI scales: D, Sc and K. *Journal of Applied Psychology*, 40, 324-328.
- Heilbrun, A. (1964). Social-Learning theory, Social desirability and the MMPI. *Psychological Bulletin*, 61, 377-387.
- Hogan, J. Holland, B. (2003). Using theory to evaluate personality and job performance relations: A socioanalytic perspective. *Journal of Applied Psychology*, 88, 100-112.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2002) Sensibilidad al fingimiento de la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) en la adaptación española del MMPI-2 *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 14(2), 117-134.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). Fingimiento de la imagen e Índice de Simulación F-K de Gough en la adaptación española del MMPI-2. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 305-317.
- Nichols, D. S. & Greene, F.L. (1991). *New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2*. Paper presented at the 26th annual symposium on recent developments in the use of the MMPI. St. Petersburg Beach, Fl.
- Nicholson, R.A.; Mouton, G.J.; Bagby, R.M.; & Buis, T. (1997). Utility of MMPI-2 Indicators of Response Distortion: Receiver Operating Characteristic Analysis. *Psychological Assessment*, 9(4), 471-479.
- Paulhus, D.L. (1986). Self-deception and impresión management in test responses. In a. Angleitner & J. S. Wiggins (Eds.), *Personality assessment via questionnaires: Current issues in theory and measurement* (pp. 143-165). Berlin: Springer-Verlag.
- Pelegrina, M.; Ruiz-Soler, M; López, E.; y Wallace, A. (2000). Análisis de variables mediante curvas ROC y modelos categóricos. *Psicothema*, 12(2), 427-430.
- Preti, A.; Rocchi, M.; Sisti, D.; Mura, T.; Manca, S.; Siddi, S.; Petretto, D.; & Masala, C. (2007). The psychometric discriminative properties of the Peters et al Delusions Inventory: a Receiver Operating Characteristic Curve Analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 62-69.
- Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.
- Robinette, R. (1991). The relationship between the Marlowe-Crowne for C and the validity scales of the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 396-399.
- Salgado, J. (2005). Personalidad y Deseabilidad Social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la Psicología del trabajo y las Organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 92, 65-75
- Salkind, N. J. (1998). *Métodos de investigación* (3a.Ed.). México: Prentice Hall.
- Sánchez, G. Jiménez, F.; Ferreira, R y Silva, D. (2007). Contribución de la escala revisada de Disimulación de Gough (Ds-r) a la validez del MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 23, 101-120.
- Sánchez, G. y Jiménez, F. (2003). La Escala Superlativa S de Butcher y Han (1995). Un estudio sobre el fingimiento en la adaptación española del MMPI-2. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Humanidades XXI*(1), 5-39.
- Sánchez, G.; Jiménez, F. Merino, V.; y Ampudia, A. (2007a). La contribución de la escala de inconsistencia de Respuesta (I.R.) de Sewell y Rogers (1994) a la validez del MMPI-2. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 60, 103-117.
- Sánchez, G.; Jiménez, F. Merino, V.; y Ampudia, A. (2007b). Una pobre contribución de la Escala Fingirse enfermo (FBS) a la adaptación española del MMPI-2. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 60, 299-313.
- Swets, J.A. & Pickett, R.M. (1982). Evaluation of diagnostic systems: methods from signal detection theory. New York: Academic Press.
- Wiggins, J.S. (1959). Interrelations among the MMPI measures of Dissimulation under standard and Social desirability instructions. *Journal of consulting Psychology*, 23, 419-427.
- Zweig, M.H. & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39, 561-577.