

La sensibilidad de la escala de Deseabilidad Social de Wiggins (1959) en la adaptación española del MMPI-2.

Sánchez, G. (Universidad de Salamanca)

Resumen. La deseabilidad social es un factor humano a tener muy en cuenta en cualquier forma de conducta humana. Es aún más importante evaluarlo y detectarlo cuando se encuentra implicado en peritajes relativos al ámbito forense (acogimiento, adopción, guarda y custodia, etc.). En esta investigación hemos trabajado con la Escala de Deseabilidad Social de Wiggins (1959) aplicándola en el MMPI-2 a una muestra española compuesta por 3.079 sujetos (1.823 varones y 1.256 mujeres) con diferentes muestras (Normales: 1.723; Clínica: 571; sujetos normales mostrando “buena imagen”:282; sujetos normales mostrando “mala imagen”:269; sujetos normales contestando sin tener en cuenta la información de los ítems: 200). Los resultados muestran una buena sensibilidad a la detección de los sujetos que intentan mostrar una buena imagen de sí mismo, al mismo tiempo que se correlaciona con otras variables detectoras de la validez del protocolo, como son: L (,683), ODecp (,897) y S (,523).

Introducción

Wiggins (1959) desarrolló su Escala de Deseabilidad social, compuesta por 33 ítems, para discriminar estudiantes que contestaban al MMPI de una manera socialmente deseable de aquellos otros que contestaban al test de forma honesta y sincera. La Escala de Wiggins tiene uno de los efectos mayores en la identificación de estudiantes orientados para ser defensivos (Baer, et als., 1992). La distribución de puntuaciones de los sujetos normales y de la muestra clínica son muy similares en todo el rango completo (citado por Greene, 1997, pg.199 y 200).

Edwards (1957) define la deseabilidad social como la tendencia de los sujetos, cuando describen su propia personalidad, a “atribuirse afirmaciones con valoraciones

socialmente apetecibles y a rechazar las que poseen valores socialmente peyorativos” (pg. VI, citado por Seisdedos, 1985).

Ramanaiah, Schill, & Lock-Sing-Leung. (1977) presentan los resultados concernientes a dos estudios acerca de la estructura interna de la escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (MCSD). En el primer estudio se confrontó que la atribución y la negación son dos de los principales componentes de la Escala factorizando las intercorrelaciones entre los ítems de la MCSD, ofreciendo la confirmación de la hipótesis planteada a través de la muestra de 189 sujetos. En el segundo estudio, con 180 sujetos, se investigó la validez diferencial de estos componentes (atribución y negación) para predecir puntuaciones en la Escala L, Escala K y la escala Represión-Sensibilización, todas ellas derivadas del MMPI. Los componentes de atribución y negación servirían para predecir puntuaciones en la Escala K y en la Escala de Represión-Sensibilización pero no en la escala L. De esta forma los resultados corroboran parcialmente las hipótesis planteadas.

Sobre la validez de la Escala de Marlowe-Crowne y las escalas de Validez del MMPI, Robinette (1991) investigó el constructo de validez de la forma abreviada compuesta por 13 ítems de la escala de Deseabilidad Social iniciada por Reynolds (1982), utilizando las Escalas de validez del MMPI. Con una muestra de 481 militares, la forma abreviada de Marlowe-Crowne replicó las correlaciones entre la escala estándar de Marlowe-Crowne y las escalas de Validez del MMPI inicialmente propuestas por Crowne y Marlowe (1960). Los resultados demuestran que la forma abreviada de la escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne es una medida económica de la deseabilidad social.

PLANTEAMIENTO HIPOTÉTICO

Nuestro planteamiento queda plasmado en poder determinar qué tipo de Escalas o indicadores nos pueden aportar información relevante acerca de la minusvaloración de la sintomatología o mejores ajustes de personalidad. Son aquellas personas que sabiéndose con algún problema psicológico (o psicopatológico) intentan aparecer como “perfectamente” normales y ajustados en su perfil de personalidad. Es el polo opuesto de la hipótesis general anterior.

Nos referimos a las personas que desean aparecer ante los demás, y ante el evaluador como personas equilibradas psicológicamente, minusvalorando su sintomatología, ofreciendo e intentando presentar siempre su “buena imagen”. A este tipo de falsificación lo denominamos “fingimiento positivo”.

Se aprecia especialmente este tipo de sujetos en situaciones de “selección de personal” para ocupar una plaza o puesto de trabajo. Igualmente que en la hipótesis anterior, la evaluación realizada con esta técnica dentro del ámbito de la Jurisprudencia, cobra una especial relevancia, especialmente en los casos de guarda y custodia, acogimiento o adopción de los hijos en donde los padres siempre van a presentar su mejor imagen.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente hipótesis *“Los sujetos que responden a los ítems MMPI-2 fingiéndose positivamente obtendrán valores significativos más altos en la escala de Deseabilidad Social (Wsd) de aquellos otros que no lo hacen.*

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó una gran parte de la muestra empleada en la adaptación castellana (Avila y Jiménez, 1999) para nuestro estudio, especialmente la muestra clínica y gran parte de la población normal. Tanto la muestra de “buena imagen” y “mala imagen” como la inconsistente fue específicamente obtenida teniendo muy claro el objetivo de este estudio. Por razones obvias se rechazaron todos aquellos protocolos que presentaran una edad superior a los 64 años y también aquellos que presentaran una puntuación en “No sé / no puedo contestar (“?”) ≥ 30 .

Los administradores de la prueba son profesionales de la Psicología, con más de 10 años de experiencia, conocedores, ampliamente, de la técnica del MMPI. La muestra de esta investigación se recogió en la casi totalidad de las diferentes comunidades de nuestra geografía española quedando distribuidas por género y especificadas en la Tabla 1.

Los individuos participantes en nuestra investigación, denominados como “grupo normal” está compuesta por 1.723 sujetos considerados como normales (sin evidencia de patología) que han contestado a los ítems del MMPI-2 de forma totalmente sincera y honesta (forma estándar). Estos sujetos presentan una media de edad de casi 30 años (29 años y 10 meses) de los cuales 1.039 son mujeres y 684 varones.

Los participantes denominados, en nuestra investigación, como “*grupo clínico*” son verdaderos pacientes en régimen abierto ambulatorio que acuden al Centro de Salud correspondiente, con diferentes problemas de tipo psicológico o psiquiátrico (de gravedad leve o moderada), solicitando la ayuda del profesional de la psicología. Esta muestra no incluye pacientes crónicos internados en un centro psiquiátrico. El número de sujetos son de 561 pacientes, de los cuales 309 son mujeres y 252 son varones, teniendo una media de edad de 34 años.

Tabla 1.- Muestra según grupos y género

NORMAL		CLINICA		B. IMAGEN		M. IMAGEN		RTAS. INCONSISTENTES.	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
684	1039	252	309	119	163	97	172	100	100
1.723		561		282		269		200	

Los individuos denominados, en nuestra investigación, como “*grupo buena imagen*” son personas consideradas “normales” (sin evidencia de patología) a las que se les instruyó para que realizaran la prueba del MMPI-2 intentando ofrecer una “buena imagen” de sí mismo. El número de sujetos fue de 282, de los cuales 163 fueron mujeres y 119 varones, teniendo una media de edad de 27 años.

Los sujetos denominados en nuestra investigación como de “*grupo mala imagen*” son individuos considerados “normales” (sin evidencia de patología) a los que se les instruyó para que contestaran al MMPI-2 intentando ofrecer una “mala imagen” de sí mismo. El número de sujetos fue de 269, de los cuales 172 fueron mujeres y 97 varones, teniendo una media de edad de casi 27 años (26 años y 11 meses).

Por fin, se generaron manualmente el grupo de “*Respuestas inconsistentes*”. Para ello se cumplieron 200 protocolos sin tener en cuenta el sentido de los ítems, independientes de la edad y sexo. Las respuestas han seguido estrategias diferentes como responder a todo el cuestionario como Verdadero, como Falso, alternativamente Falso/Verdadero (cada 5, cada 10, cada columna de la hoja de respuesta, etc, etc.).

INSTRUMENTOS

El instrumento único es el Cuestionario de Personalidad MMPI-2, en su adaptación española (Ávila & Jiménez, 1999).

En este estudio se tuvieron en cuenta para su análisis las escalas tradicionales de Validez *L*, *F*, *K* y las adicionales *Fb*, *VRIN* y *TRIN*.

RESULTADOS

El objetivo de Wiggins (1959) fue identificar a los que contestaban el MMPI de una forma socialmente deseable en un grupo de estudiantes y así poderlos diferenciar de aquellos que respondían honesta y sinceramente.

Tabla 2: Variable “Wsd”. Percentiles. Análisis por grupos.

Percentiles	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
10	10	10	16,7	4	13
25	12	11	20	6	15
50	14	14	23	8	16
75	16	17	26	12	18
90	19	19	28	16	20

Consultando los resultados percentilados, expuestos en la Tabla 2, dados por los diferentes grupos de sujetos aquí analizados, podemos apreciar que las personas que contestaron intentando ofrecer una imagen favorable de sí mismo son los que presentan sus puntuaciones más elevadas, de tal manera que el 75% de estas personas puntúan tan alto como el 10% de las personas que contestan de forma inconsistente (*Rta. Inc.*), o los otros dos grupos de personas que contentan honestamente (normal y clínico).

Igualmente podemos apreciar que los resultados de las personas que contestan honesta y sinceramente, normal y clínicos, son, prácticamente los mismos. Por tanto, podemos suponer que esta variable *Wsd* no parece discriminar entre estos dos grupos.

La Tabla 3 nos muestra las correlaciones de *Wsd* con el resto de las variables ofrecido por los diferentes grupos. Podemos apreciar que los valores más elevados y positivos son manifestados por las variables del grupo “buena imagen”: *L* (.683), *ODecp* (.897) y *S* (.523). De forma negativa, las correlaciones más altas del grupo “buena imagen” se mostraron con *Ds-r* (-.487), *F-K* (-.407).

Otro tanto sucede con las correlaciones del grupo de mala imagen en las que podemos observar que cambian de signo con respecto a las de buena imagen en *F* (buena imagen: -.356; mala imagen: .431), *VRIN* (buena imagen: -.266; mala imagen: .503), *IR* (buena imagen: .104; mala imagen: -.233) y que en general resultaron ser las correlaciones sensiblemente más elevadas que en el grupo de buena imagen.

El grupo que contestó de forma inconsistente (*Rta. Inc.*) fue el que menos variables (4) resultaron significativas sus correlaciones juntamente con el clínico (6).

Tabla 3. Correlaciones de la variable Wsd.

Variabes	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	.482*	.332*	.683*	.565*	.005
F	-.040	.030	-.356*	.431*	.103
K	.086*	.018	.355*	.307*	-.222
Fb	.071	.005	-.287*	-.418*	.134
VRIN	-.043*	.111*	-.266*	.503*	-.091
TRIN	.283*	.333*	.239*	.288*	.312*
Fp	.221*	.180*	.010	-.272*	.131
S	.115	.072	.523	.522	-.244
Ds	-.068	.003	-.391*	-.472*	.179
Ds-r	-.111	-.054	-.487	-.526	.074
FBS	-.078	-.072	-.092	-.361*	-.141*
ODecp	.799*	.813*	.897*	.902*	.679*
IR	.250*	.210*	.104	-.233*	.253*
Wsd	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
F-K	-.072	.013	-.407*	-.478*	.191
¿	-.132*	-.109	-.144	.077	-.024
/F-Fb/	-.122*	.061	-.285*	-.262*	-.018

* Estadísticamente significativos al $p < .001$

La Tabla 4, referente a las puntuaciones medias, nos ofrece interpretaciones semejantes a las ya formuladas cuando comentamos los resultados percentilados de la Tabla 2. Las personas que intentaron dar una buena imagen de sí mismo son las que obtienen las puntuaciones más elevadas en esta escala. Los grupos que contestaron de forma honesta y sincera, como son el normal y el clínico, no manifiestan diferencias estadísticamente significativas en sus puntuaciones.

Tabla 4: Puntuaciones Medias y St.D. Análisis comparativo entre grupos

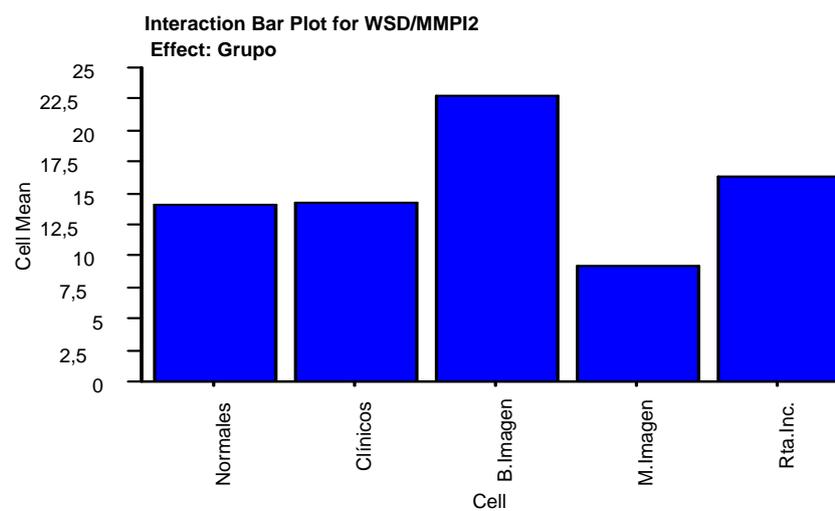
Normal		Clínico		Buena Imagen		Mala Imagen		Rta. Inc.	
Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D
14,043	3,498	14,237	3,789	22,826	4,395	9,178	4,573	16,385	2,860

Las Tablas 5 y 6 nos muestran más explícitamente sus resultados en el análisis de sus diferencias, tanto si se toman los grupos diferenciados por sexos o conjuntamente. Esta variable no discrimina adecuadamente en sus puntuaciones a los sujetos normales de los clínicos, teniéndonos que ayudar de otra, u otras, variables para una mejor precisión en su interpretación.

Tabla 5: ANOVA. Diferencias significativas entre grupos.

Grupos	Dif.Med.	Dif. Crit.	p	Signf. (5%)
Normal vs. Clínico	-,194	,354	,2822	NO
Normal vs. B. Imagen	-8,783	,468	<,0001	SI
Normal vs. M. Imagen	4,865	,477	<,0001	SI
Normal vs. Rtas. Inc.	-2,342	,544	<,0001	SI
Clínico vs. B. Imagen	-8,589	,531	<,0001	SI
Clínico vs. M. Imagen	5,059	,540	<,0001	SI
Clínico vs. Rtas. Inc.	-2,148	,600	<,0001	SI
B. Imagen vs. M. Imagen	13,648	,620	<,0001	SI
B. Imagen vs. Rtas. Inc.	6,441	,673	<,0001	SI
M. Imagen vs. Rtas. Inc.	-7,207	,680	<,0001	SI

Gráfica 1: ANOVA.



Gráfica 2: Análisis intersexos/intergrupos.

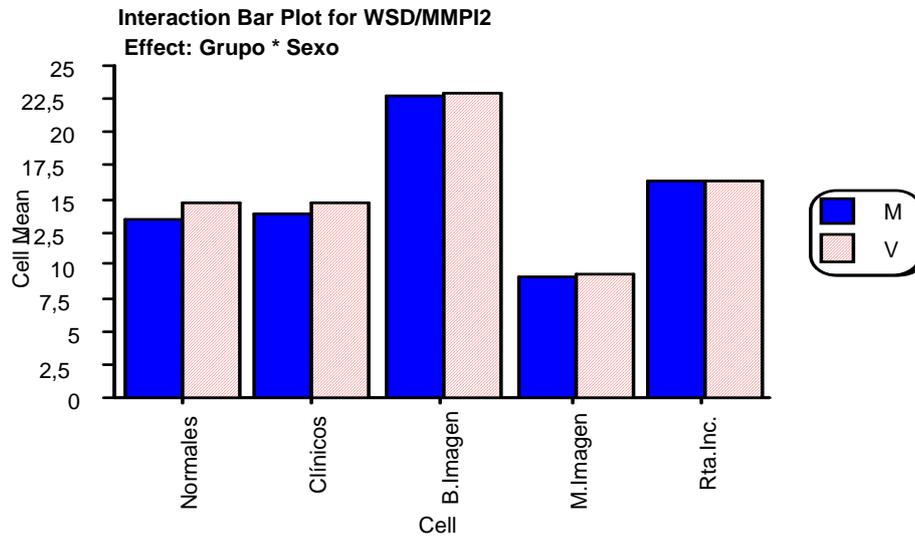


Tabla 6: Variable "Wsd". Diferencias intergrupos/intersexos*.

Fisher's PLSD for Wsd
 Effect: Grupos
 Significance Level: 5 %
 Split By: Género
 Cell: M

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	8,846	,686	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	13,708	,775	<,0001	S
B.Imagen, Normales	9,164	,597	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	6,338	,900	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	4,862	,674	<,0001	S
Clínicos, Normales	,318	,459	,1744	
Clínicos, Rta.Inc.	-2,507	,815	<,0001	S
M.Imagen, Normales	-4,544	,583	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-7,369	,891	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-2,825	,742	<,0001	S

Fisher's PLSD for Wsd
 Effect: Grupos
 Significance Level: 5 %
 Split By: Género
 Cell: V

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	8,286	,827	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	13,510	1,017	<,0001	S
B.Imagen, Normales	8,196	,739	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	6,573	1,009	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	5,224	,889	<,0001	S
Clínicos, Normales	-,090	,548	,7463	
Clínicos, Rta.Inc.	-1,713	,879	,0001	S
M.Imagen, Normales	-5,315	,807	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-6,937	1,060	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-1,623	,796	<,0001	S

* M= mujeres; V= Varones. S= significativo.

CONCLUSIONES:

En forma breve, podemos resumir lo más importante que esta variable ha aportado a nuestra investigación a través de nuestros resultados:

- 1.- Constatamos que es una variable defensiva o de fingimiento positivo que identifica a los sujetos que se valoran de forma positiva.
- 2.- No discrimina adecuadamente el grupo de sujetos normales de los clínicos.

3.- Para una mayor precisión en su interpretación sus valores elevados pueden ser apoyados, ratificados o complementados por los valores, también elevados, de las escalas *L*, *ODecp* y *S*.

4.- De igual manera, tendríamos como referencia que los valores de las variables *Ds*, *Ds-r* y *F-K*, puntuarían en sentido contrario.