

“La falsificación de las técnicas psicométricas: un estudio con el MMPI-2”

Jiménez, F. y Sánchez, G. (Universidad de Salamanca)

Tabla de contenido

I. Perfiles “increíbles” o perfiles distorsionados.	10
II. La evaluación de la manipulación.	14
II.1. El contexto.	14
II.2. Los sujetos y su estrategia.	14
II.3. Las técnicas psicométricas.	17
III. La detección de la manipulación en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (M.M.P.I.2).....	22
III.1. El MMPI original (1943) y su reestandarización (1989).....	22
III.2. Nuestra investigación.	25
III.2.1. La muestra 25	
III.2.2. Las escalas tradicionales de Validez. 27	
III.2.3. Indicadores adicionales de Validez. 42	
III.2.4. Otros “Índices de Validez” investigados..... 53	
Referencias bibliográficas	60
ANEXO PERFILES	74

Introducción

No sé si es una obligación o necesidad imperiosa en todo evaluador... posiblemente. Obtener una buena información se convierte en un objetivo, intentar que sea fiable puede presentarse difícil y si, además, queremos lograr que sea válida para el propósito que nos hemos planteado... puede ser todo un arte. Todo ello se podrá lograr si disponemos de una amplia formación y experiencia, información extensa del caso y del conocimiento y familiaridad que dispongamos en la utilización los instrumentos adecuados.

Cuando preguntamos a una persona sobre un acontecimiento determinado puede contestarnos de diversas formas, incluso con el silencio, pero siempre, esa respuesta, tendrá la peculiaridad de estar condicionada por una serie de motivaciones desconocidas para nosotros moduladas por su peculiaridad personal. Cuando, a través de un Cuestionario, realizamos una serie de preguntas sobre determinados acontecimientos o actividades psicológicas (cognitivas, motoras, psicofisiológicas, etc.) que suelen hacer referencia a momentos de la misma vida del sujeto, el Cuestionario se convierte en un “autoinforme” en el que se refleja su percepción personal sobre diversos acontecimientos.

El objetivo esencial de la evaluación psicológica en los diversos procesos judiciales es poder realizar un estudio específico de las diversas dimensiones psicológicas positivas, o de las más positivas, (capacidades intelectuales, habilidades personales, dimensiones más saludables) y de las negativas, o de las más débiles, (déficits, áreas problemáticas, rasgos o dimensiones psicopatológicas) de la persona en orden a prestar ayuda en la decisión que tome el juez o un jurado. Los psicólogos se acercan a este objetivo utilizando distintos métodos de evaluación, diversas teorías y procedimientos dispares. Un método o teoría conlleva implícitamente a los otros; es decir, dependiendo de la teoría subyacente se van a implementar diversas formas, áreas, técnicas y métodos de evaluación.

El informe presentado por el psicólogo, a través de las técnicas psicológicas, según Weiner (1995), se elabora en dos momentos diferentes. En una primera parte el psicólogo obtiene una información a través de la técnica de la que es especialista y de ahí obtiene unos datos y, posiblemente, diversas hipótesis. En un segundo momento, debe analizar, conjuntar y relacionar esta información, obtenida exclusivamente de las técnicas, con otro tipo de información obtenida por otros caminos distintos a las técnicas (informes de diversos

especialistas, entrevistas a otras personas, etc.). En la práctica deben analizarse conjuntamente ambos tipos de información para poder realizar adecuadamente el informe y más aún con la tendencia actual existente que presentan ya muchas técnicas (MMPI-2, Rorschach, por ejemplo) de la elaboración del informe computerizado basado fundamentalmente¹ en los datos aportados por la misma prueba.

Existen diversas formas para conceptualizar un test psicológico. En sentido amplio, un test no es más que una prueba estandarizada o sistemática de examinar las capacidades, conocimientos, habilidades o características psicológicas de una persona con la finalidad de evaluar, en determinados grados, su presencia o ausencia. La mayor parte de los tests disponen de una serie de ítems a los que, planteando una determinada cuestión o problemática en un formato específico y propio, deben darse una respuesta. Todos los tests psicológicos deben disponer de un amplio e intenso análisis psicométrico que le significan como “instrumento científico” de evaluación. Este análisis psicométrico nos va a aportar información importante sobre la fiabilidad y validez de los datos que, a su vez, debemos exponer adecuadamente en el informe forense realizado como garantía de la información aportada.

Los tests son solamente unos instrumentos de evaluación, aunque científicos, para poder obtener una información fiable y válida de algunas de las características de un determinado individuo. El buen evaluador debe conocer no solamente las características más excelentes de las pruebas que aplica, sino también las limitaciones de las mismas. Todos los tests disponen de fuentes de errores que son susceptibles de cometer por cualquier individuo que, incluso, disponga de la mejor colaboración para la realización de la prueba.

Las puntuaciones obtenidas de las diferentes pruebas, aunque plenamente fiables y válidas, deben ser interpretadas en un contexto bastante más amplio que la simple puntuación baremada de una determinada prueba. Grisso (1986b) considera que debemos estar precavidos al basar nuestra información exclusivamente en las puntuaciones ofrecidas por los tests. Generalmente se debe disponer de otras fuentes de información obtenidas tanto desde el punto de vista de la jurisdicción (sumario, autos, informes carcelarios, reincidencias, historial delictivo, testimonio de otras personas, etc.) como desde el punto de vista psicológico (historia familiar, estado mental, conducta o comportamiento, tipos de enfermedades) de las

¹ No decimos “exclusivamente” ya que algunas pruebas combinan la información obtenida de la misma prueba con otra información obtenida por otros medios (por ejemplo el programa informático de Rorschach -Exner y Weiner, 2000- RIAP).

que nos debemos servir para comprender y elaborar adecuadamente el informe final. Poder analizar, contrastar e integrar adecuadamente toda la información obtenida requiere un análisis detallado de cada uno de las variables que la integran sin perder el objetivo esencial de la evaluación manifestado por la solicitud expresa del Juez. Este análisis requiere una alta dosis de formación y experiencia necesaria para la redacción adecuada del informe pericial.

Consideraciones sobre la evaluación forense.

En los ambientes judiciales, en donde cada parte lucha por defender sus propios intereses, no nos puede resultar extraño que nos formulen una serie de cuestiones referentes al tipo y adecuación de la prueba aplicada, forma de administración, propiedades psicométricas y científicas, validez, fiabilidad, o cualquier otro tipo de preguntas que nos pueden resultar “incómodas” pero que son perfectamente “lógicas” en este contexto y que debemos tener perfectamente fundamentadas, clarificadas y disponer de la argumentación suficiente. No podemos caer en la ingenuidad al pensar que “la otra parte” no se asesora suficientemente con otros profesionales de la Psicología.

Hemos de tener en cuenta que el marco de la evaluación forense posee unas características de rivalidad y criticismo especiales. Hasta entonces, a los informes realizados por el clínico en su cotidiano trabajo, nadie le había criticado o preguntado por las características e hipótesis diagnóstica de su trabajo, pero en el campo de lo forense cualquier detalle del informe aportado puede ser cuestionado y se deben dar las explicaciones coherentes y adecuadas sobre lo expuesto. Por ello el sistema judicial contiene un potencial grado de estrés para cualquier miembro que esté implicado en el proceso. Decimos “nunca se sabe lo que se puede esperar” de cualquier proceso. Quizás las cuestiones más simples, a veces las más evidentes, pueden ser puestas en “tela de juicio” por cualquier abogado que está representando la defensa de su cliente. Cualquier interpretación que al psicólogo le pueda parecer clara y relevante, incluso obvia, en la elaboración de su informe podría ser atacada críticamente y considerada como banal, errónea o perjudicial cuando el abogado cuestione nuestras afirmaciones ante el estrado. No es extraño, pues, que el psicólogo se sienta intimidado, incómodo, vulnerable, irritado e incluso tenga que contener sus contestaciones en estos casos donde su testimonio está siendo fuertemente criticado. Esta actitud obliga al psicólogo a familiarizarse con este ambiente de crítica y oposición donde las posibles objeciones sobre la validez y utilidad legal

de su informe juegan un papel relevante, al mismo tiempo que debe ser capaz de realizar su trabajo de forma científicamente pormenorizada y ajustada a ley.

En este ambiente de crítica y contestación a los informes psicológicos, Simoes (2001) comenta que Ziskin y Faust (1988) y Faust y Ziskin (1988) aconsejan a los abogados que denuncien la “ausencia de conocimientos sólidamente establecidos”, contesten a las “imperfecciones, vulnerabilidades, problemas y deficiencias” y que “destruyan la credibilidad del perito y la evidencia por él presentada”². En este mismo sentido, Tallent (1993) recuerda que un abogado bien preparado y convenientemente aconsejado puede plantear cuestiones pertinentes sobre materias muy técnicas, como la estandarización, la fiabilidad o validez de los instrumentos y conclusiones específicas relacionadas con estudios empíricos concretos.

En estos casos, en los que el informe del psicólogo está siendo fuertemente cuestionado, Butcher (1995) aconseja:

- ✓ Es importante que el psicólogo se encuentre profundamente familiarizado con el procedimiento, técnicas utilizadas y con el agresivo interrogatorio a que puede ser sometido, donde no podrá tener ningún error en el proceso ni en las conclusiones obtenidas de los informes realizados.
- ✓ Saber aceptar las opiniones de la “parte contraria” acerca de la escasa validez, fiabilidad, la crítica a la inconsistencia o a los argumentos contradictorios realizados, tanto en el proceso como de los resultados obtenidos, y no intentar dar cualquier razón o argumento nada convincente con el propósito de enmascarar unos malos resultados.

Estas y otras situaciones “*incómodas*” referentes a cualquier punto de la elaboración de nuestros informes, ya han sido discutidas por algunos autores en sus investigaciones (Goldstein, 1986; Hoffman, 1986; Weiner, 1987). Cuestiones como ¿por qué utiliza esta versión anticuada del MMPI y no la del MMPI-2, más actual y reestructurada?, ¿qué podría decir de la inadecuación de algunos ítems en el MMPI original, por estar anticuados o por falta de comprensión adecuada?³, ¿refleja la baremación española?, ¿qué fundamentos científicos presenta?, ¿cómo controla el fingimiento, tanto positivo como negativo, del cliente?, ¿la aquiescencia?, ¿la deseabilidad social?, ¿el efecto del “halo”?, ¿la “defensividad del sujeto?”, etc., etc.

² Citado por Simoes, M. (2001, p.161).

³ Más adelante podremos apreciar que en la reestructuración realizada en la adaptación española se hicieron una serie de cambios en la mayor parte de las escalas Clínicas.

Estas pueden ser algunos ejemplos de las cuestiones suscitadas en los ámbitos judiciales en torno a la técnica empleada. Es evidente que pueden ser muchas más y diferentes, tanto como la perspicacia de las personas que nos pregunten, pero es evidente que debemos estar muy seguros del tipo de instrumentos que estamos aplicando y de las conclusiones obtenidas en nuestro informe.

Igualmente debemos tener presente el derecho que tiene todo cliente en ser “aconsejado” por su abogado. Este “consejo” puede esperarse en cualquier procedimiento o fase de nuestro trabajo. No nos puede resultar extraño que cuando estemos dispuestos a trabajar con un determinado individuo, ya se encuentre informado sobre qué tiene que decirnos y cómo contestar a nuestras preguntas.

La estandarización, tanto en la administración, corrección e interpretación de las pruebas, cobra una especial importancia en este ámbito de la jurisdicción. La alteración de las normas de administración, de forma intencionada o accidental, (p.e. las instrucciones que debe saber y entender el individuo para realizar la prueba) pueden convertirse en un instrumento de alteración de los resultados finales a obtener. Una vez más, debemos insistir en la formación evaluadora de los psicólogos forenses.

Los evaluadores forenses nos estamos encontrando en nuestro país con un problema, cada vez más acuciante y de difícil solución. Las técnicas de evaluación de las que disponemos actualmente en el mercado español, la mayor parte de ellas no se encuentran debidamente adaptadas a los ámbitos forenses. Los evaluadores forenses disponemos de un amplio número de técnicas para la evaluación clínica pero no están específicamente validadas en el contexto forense, y a veces nos puede resultar “complicado” justificar nuestros resultados solamente con las técnicas de evaluación clínica, aunque sus resultados nos puedan aportar elementos importantes y de gran relevancia en nuestro análisis. Queda un amplio camino por recorrer hasta llegar a disponer de tests específicos para la evaluación de los distintos campos de la evaluación forense.

Exponemos las directrices sugeridas por Heilbrun (1992) para poder elegir la técnica adecuada y poder realizar un uso adecuado de la información:

- ✓ El test debe encontrarse editado íntegramente en sus diferentes componentes explicativos a través de su Manual de aplicación: descripción de la prueba, propiedades psicométricas, baremación y procedimientos de administración y corrección.

- ✓ Se exige la adaptación (española) en su integridad. Por tanto elegiremos una prueba adaptada.
- ✓ Es obligado que la baremación realizada y presentada por la prueba se haya efectuado con población autóctona. De otra manera podemos tener problemas de tipo psicométrico, por ejemplo con el índice de generalizabilidad.
- ✓ Es necesario poder apreciar que la prueba pueda ser administrada en los ámbitos de la jurisdicción.
- ✓ Es necesario, igualmente, poder justificar la idoneidad de la prueba para la evaluación del factor o dimensiones de los que se pretende elaborar el informe solicitado. La relevancia de las investigaciones en este campo nos ayudarían a justificarlo.
- ✓ Es conveniente que sea conocida en la literatura científica como técnica de evaluación para evaluar los factores o elementos solicitados por el informe.
- ✓ Es inevitable, en este contexto de la evaluación forense, seleccionar técnicas que puedan disponer de detectores de criterios, factores o índices de falsificación. Sería correr un alto riesgo elegir una técnica sin estos controles.
- ✓ La fiabilidad y la validez de la prueba son obligadas citar en los informes periciales. Heilbrun (1995) considera que un coeficiente de fiabilidad inferior a 0,80 no es recomendado para la evaluación forense.

Grisso (1986) nos expone sus criterios sobre la elección de la prueba más adecuada:

- ✓ Los instrumentos psicológicos de evaluación han debido ser elaborados expresamente para el ámbito de la evaluación forense.
- ✓ Los instrumentos tradicionales de evaluación clínica, tales como el MMPI o el TAT (Thematic Apperception Test), no deben ser empleados como técnicas de evaluación forense a menos que del análisis de sus escalas, factores o resultados se obtengan características de personalidad o habilidades específicas que se revelen como importantes para el objetivo final del informe forense.
- ✓ Se deben emplear técnicas de evaluación determinadas para cada caso, como por ejemplo técnicas de las que podamos obtener criterios sólidos sobre la idoneidad parental para la guarda y custodia o la adopción de los hijos.

- ✓ Con escasas excepciones los evaluadores deberían seleccionar aquellas técnicas que requieran una forma cuantitativa de expresión en la asignación de un determinado ítem. Por ejemplo una escala de tipo Licker que considere una graduación (0 = “nunca”; 1 = “algunas veces”; 2 = “nunca”).
- ✓ Los instrumentos seleccionados para el objetivo planificado de la evaluación forense deben estar suficientemente documentados en sus investigaciones con publicaciones en revistas, libros, monografías o manuales con una adecuada relevancia científica.
- ✓ Los instrumentos de evaluación no deben ser seleccionados, única y exclusivamente, en base a su frecuencia de utilización por los evaluadores (pgs.55-56).

La Comisión Internacional de Tests (ITC, 1995, 1996)⁴, adoptada por el Colegio Oficial de Psicólogos, en sus directrices para el uso de los tests nos presenta unas directrices fundamentales a tener en cuenta sobre la evaluación en sus diferentes fases: fase de elección de la prueba, fase de corrección, fase de interpretación y en la de elaboración de informes.

Nuestro objetivo.

Tuvimos la intención y el propósito, en la reciente adaptación española del MMPI-2, de contrastar y analizar las diversas aportaciones de fiabilidad y validez que nos muestran las Escalas principales de Validez (L, F, K), las Escalas adicionales aportadas por la reestructuración del MMPI-2 (Fb, VRIN y TRIN) y algunos índices de validez (F-K, Fp y S) que nos encontramos al revisar la literatura científica existente sobre el tema.

Son muchos los interrogantes que se nos plantean cuando abordamos este tema específico de la validez de un perfil. Tradicionalmente, con el MMPI original, nos hemos encontrado con las variables “?” (interrogante), “L” (escala de mentira), “F” (escala de infrecuencia) y “K” (factor corrector o de defensividad). Con la nueva reestandarización y adaptación española del MMPI-2 nos hemos encontrado con tres nuevas escalas dentro del grupo denominado de “Validez”, con las “Fb” (F posterior), con la “VRIN” (Inconsistencia de respuestas variables) y “TRIN” (Inconsistencia de respuestas verdadero). La necesidad de un soporte mayor de investigación con las VRIN y TRIN (Butcher et al., 1989) nos motivaron este trabajo con la finalidad de presentar nuevas aportaciones con estas variables.

⁴ Sustancial para el evaluador profesional.

Esta aportación se ha visto ampliada por la investigación de otras escalas e índices de validez realizadas con los ítems del MMPI y/o MMPI-2⁵. La Escala de Deseabilidad social (Wsd) de Wiggins (1959), la Escala de Inconsistencia de Respuestas (I.R.) de Sewell & Rogers (1994), la escala de Fingimiento Positivo o de Otro Engaño (ODeCP) de Nichols & Glenn (1991), la Escala de “Fake-bad” (FBS) de Lees-Haley, Englis & Glenn (1991), el Índice de Disimulación (Ds) de Gough (1954), el Índice Revisado de Disimulación (Ds-r) de Gough (1957), la Escala Superlativa (S) de Butcher & Han (1995) y la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi & Ben-Porath (1995), y su comportamiento a través del MMPI-2, son las contribuciones que intentamos llevar a cabo en este trabajo. La extensión que disponemos en este marco para expresarnos solamente nos permite exponer algunas de ellas; expondremos las que nos ha parecido más interesantes.

Para poder dar respuesta a estos interrogantes, nos hemos servido de las respuestas ofrecidas al Cuestionario de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) por sujetos que han contestado de una forma coherente y sincera, sujetos que intentan ofrecer coherente e intencionadamente una “buena o mala imagen” de sí mismo, individuos que contestan de forma inconsistente al cuestionario (también al azar) y pacientes ambulatorios que, contestando de forma honesta y sincera, requieren los servicios del psicólogo acudiendo a un Centro de Salud Mental, con una sintomatología psicopatológica diagnosticada.

Para llevar a cabo este análisis nos hemos centrado en la técnica del MMPI-2, exponiendo las principales variables que componen las Escalas de Validez denotadoras de protocolos no fiables para su interpretación. En algunos momentos hemos hecho referencias. También, al MCMI-II de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II).

I. Perfiles “increíbles” o perfiles distorsionados.

La fiabilidad o validez de un perfil y, por consiguiente, la seguridad en la veracidad de sus datos y la subsiguiente interpretación de los factores y diagnóstico, va a venir condicionado por el grado de credibilidad o de distorsión que se ha detectado en el perfil. Cuando hablamos de “distorsión” nos estamos refiriendo a una serie de factores que están interviniendo en la

⁵ Debido a la estructura de este espacio nos ha parecido aconsejable exponer solamente las más interesantes.

elaboración de un determinado evento que lo hace deformado o sospechoso de su credibilidad y fiabilidad.

Furnham (1986, pg. 269) con el término de “distorsión” alude específicamente a aquellas ocasiones en que la persona da deliberadamente respuestas falsas para crear la impresión concreta de que se pondría enferma si no consigue el puesto de trabajo” (citado por N. Seisdedos, 1985, pg. 54), pero el mismo autor diferencia entre “distorsión” como una protección poco honesta de una “deseabilidad social” en la que se intenta presentar, ante los demás, una posición más favorable.

Con el término de “distorsión” queremos especificar una amplia gama de variables que no tienen por qué estar referidas, ni expresa ni específicamente, por el término de “simulación” aunque lo implique y suponga. Es decir, cuando un sujeto contesta a los ítems del cuestionario de una manera inconsistente, no está intentando “simular” nada, simplemente podemos apreciar la falta de motivación por parte del sujeto para colaborar con nosotros en la tarea propuesta. Otro tanto podemos observar cuando en el sujeto apreciamos la tendencia a contestar sus ítems como “verdadero” o como “falso”, dando como resultado un porcentaje elevado de respuestas “verdadero” o falso respectivamente, o simplemente encontramos ciertas incoherencias porque el sujeto no domina el significado de las palabras, o la inadecuación del nivel de lectura, o simplemente se ha producido una falta de concordancia entre los números de las preguntas y los números de las respuestas, etc. De todas estas formas de contestar al cuestionario podemos apreciar que el perfil obtenido se encuentra “distorsionado”.

Es evidente que, cuando un individuo trata de ofrecer una “buena o mala imagen”, exagerando o minusvalorando, la sintomatología que conscientemente sabe que le afecta, también podemos apreciar que el perfil está, no solamente “falseado”, sino también “distorsionado”. Es decir, estamos haciendo referencia a una “intencionalidad” para poder obtener un beneficio secundario. Con ello queremos significar que el término “distorsión” es mucho más amplio que el, simplemente, de “falsificación” o “simulación”.

Nos identificamos plenamente con la concepción de Rogers (1984, 1990^a, 1990, 1991, 1992, 1993, 1997) acerca de la “distorsión”. Rogers (1997) considera que la “disimulación” hace referencia a los intentos conscientes, por parte del individuo, de distorsionar sus respuestas. “Disimular”, para Rogers, es ofrecer cualquier tipo de respuesta que no sea, precisamente, la

honesto. Rogers, pues, en este caso emplea los términos “disimular” y “distorsión” como sinónimos aunque diferencia la distorsión “positiva” (ofrecer buena imagen) de la “negativa” (ofrecer mala imagen).

El 16 PF de Cattell, Eber, & Tatsuoba (1970) nos ofrece una escala denominada “Escala de distorsión motivacional” tratando de detectar aquellos sujetos que intentan dar una buena imagen de sí mismo en su contestación a esta prueba psicométrica de la personalidad. Esta escala fue elaborada a partir de un grupo de 45 sujetos que contestaron al 16PF de tal manera que nos presentaran la imagen más favorable de ellos mismos. Sus resultados fueron analizados comparativamente con una muestra de sujetos que contestaban honestamente. De forma similar, en el mismo 16PF, se elaboró la escala de “Mala imagen” haciendo que los sujetos contestaran a los ítems de la prueba intentando ofrecer una imagen negativa de sí mismos.

A través del análisis de las Escalas de Validez del MMPI-2, vamos a intentar detectar aquellos perfiles que se encuentran “distorsionados”, aunque no todos ellos sean, necesariamente, falseados intencionadamente para obtener un posible beneficio posterior. Un perfil puede resultar distorsionado de múltiples maneras, tanto como la imaginación o idiosincrasia del propio sujeto pueda llegar a hacerlo.

Delimitando conceptos.

Existen múltiples formas por las cuales un determinado perfil se puede apreciar como “distorsionado”. Señalamos algunas:

- ✓ **“Defensividad”**: Este término propuesto por Rogers (1984) sería el término opuesto al de simulación. La “defensividad” consistiría en la negación de síntomas físicos y psíquicos con el objetivo de ofrecer una imagen positiva al evaluador. Hemos de apreciar que el término presenta una notable semejanza con la teoría psicoanalítica, pero, en nuestro caso, nada tiene que ver con los mecanismos de defensa. El significado de nuestra terminología de “defensividad” parte de la base de la existencia de un deseo, consciente, de ofrecer una imagen positiva al evaluador, sin llegar a analizar la motivación que pueda estar subyaciendo. Pero a nuestro entender, este término de “defensividad” según lo expresa Rogers (1984), nos parece restrictivo ya que uno no solamente se “defiende” presentando el lado más favorable de su personalidad (que Rogers supone la “buena imagen”), también puede interesar, a veces,

(un presunto culpable de un homicidio, por ejemplo) una imagen negativa de sí mismo (intentando aparecer como trastornado) y, evidentemente, se está “defendiendo” ante lo que le espera en el dictamen judicial. A través de la extensa bibliografía existente sobre este tema hemos encontrado diversos términos para expresar este concepto: Para Rogers (1984) se identificaría con “underreporting”, “faking good” ”buena imagen” disimulación o “fingimiento positivo”. Para nuestro entender, la “defensividad” es mucho más amplia y variada según ambientes e intereses. En este trabajo vamos a respetar el término de defensividad expresado por los diversos investigadores, teniendo en cuenta que, de forma más precisa vamos a diferenciarlos como “fingimiento positivo” o fingimiento negativo”.

- ✓ **“Fingimiento positivo”**: Cuando el sujeto intenta mostrarse como más ajustado y equilibrado psicológicamente, minimizando su sintomatología, o mostrándose con una personalidad perfecta y equilibrada. Algunos autores (Rogers, 1984) lo denominan “defensividad”. Otros términos asociados: “buena imagen”, “faking good”, “fake good”, “hacerse el bueno” o disimular.
- ✓ **“Fingimiento negativo”**: El sujeto se encuentra especialmente motivado para mostrarse desequilibrado o desajustado psicológicamente, exagerando su sintomatología o mostrando una imagen desfavorable de sí mismo. Otros términos asociados: “malingering”, “mala imagen”, “Faking bad”, “fake bad”, “hacerse el enfermo” o simular.
- ✓ **“Responder al azar”** (“random response”). El sujeto, deliberadamente y por distintas motivaciones personales, responde de una forma aleatoria con el resultado evidente de un perfil distorsionado.
- ✓ **“Deseabilidad social”** (“social desirability”. Crowne & Marlowe, 1960): fingir, de forma deliberada, una buena imagen de sí mismo o también dar la imagen que creo que los demás esperan de mí. Una definición más específica de la “deseabilidad social” la encontramos en Nederhof (1985) como la “tendencia a negar rasgos indeseables y a arrogarse los socialmente deseables, así como la tendencia a decir aquello que, al interlocutor, le coloca en una posición favorable” (citado por Seisdedos, 1995, pg.54). No nos encontramos totalmente seguros de que esta “deseabilidad social” se encuentre enmarcada dentro del apartado de la distorsión deliberada porque, en nuestra opinión,

podemos encontrar elementos, no siempre conscientes y deliberados, cuando una persona trata de aparentar lo que no es. Otros términos asociados: “Defensividad”, “buena imagen”, “Fingimiento positivo”.

II. La evaluación de la manipulación.

Sabemos que no todos los instrumentos psicométricos de evaluación de la personalidad disponen de “detectores” (a veces los que tienen se muestran claramente insuficientes) para evidenciar la manipulación en la realización del protocolo. Cuando nos planteamos llevar a cabo la evaluación de la manipulación de una técnica, debemos tener en cuenta algunos elementos que intervienen e interactúan en ella, tales como el contexto en el que se encuentra inmerso el sujeto y la estrategia utilizada por los individuos manipuladores.

II.1. El contexto.

El contexto en el que se realiza la evaluación puede determinar, en gran medida, los resultados. En el contexto clínico, cuando el paciente solicita ayuda de un profesional de la psicología, damos por supuesto la confianza, sinceridad y la colaboración mutua entre paciente y evaluador clínico. Ello nos ayudará a realizar un acertado diagnóstico y contribuirá a una pronta recuperación del paciente. Sin embargo, en otros contextos, como los jurídicos, e incluso laborales, en donde estén en juego, y dependan mayormente de un informe psicológico pericial, patrimonios importantes, grandes indemnizaciones, interés por la guarda y custodia de los hijos, adopción de niños, años de reclusión en una institución psiquiátrica, penas privativas de libertad, etc., debemos ponernos en guardia ante los supuestos de confianza, sinceridad y colaboración mutua. El profesional puede ser considerado como un obstáculo, como un burócrata “a sueldo” de la Administración, instrumento del sistema, o mera extensión de la organización que contrata sus servicios. Con estas consideraciones podemos entender las dificultades con las que puede pasar el profesional para obtener una información veraz.

II.2. Los sujetos y su estrategia.

Lanyon (1970) elaboró dos tipos de estrategias que son utilizadas por los individuos manipuladores cuando responden a una prueba de este tipo: exagerando el síntoma o seleccionando el síntoma para distorsionarlo.

En el primero de los casos la estrategia del sujeto consiste en exagerar los síntomas e intenta responder en la dirección en la que puntúa una determinada escala (en todos aquellos ítems en los que supone que se cuestiona la presencia de un sintomatología psiquiátrica). El sujeto no presta la adecuada atención a la congruencia de los síntomas, sino que se limita a contestar de forma “aquiescente” a todos ellos, de tal manera que no elige los ítems, sino que va contestando a todos ellos. Esta estrategia, también está contemplada en la elaboración de los ítems correspondiente a la Escala *F* del MMPI en donde se puede apreciar que el sujeto puede estar “exagerando” la sintomatología.

La segunda estrategia elaborada por los simuladores, y puesta de manifiesto por Lanyon (1970), se encuentra referida por la selección de los ítems que denotan o representan, “a priori” (según el simulador) un determinado trastorno o enfermedad que pretende simular. La diferencia con la estrategia anterior es que, en ésta, el sujeto tiene en cuenta determinados ítems. Un ejemplo característico de esta estrategia es la Escala de Disimulación, *Ds*, de Gough (Gough, 1954) en la que el autor considera que la escala *Ds* se encuentra formada por un conjunto de ítems que los sujetos tienden a contestar erróneamente cuando pretenden simular determinados cuadros patológicos.

Ser un buen simulador requiere unas dotes especiales para poder llevarlo a cabo con éxito. Habitualmente se simulan síntomas aislados y de corta duración, como la falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos, hipocondrías, etc., siendo raro encontrarse con simuladores que intentan simular un síndrome completo (entre otras cosas porque desconocen la coherencia del síndrome) y lo que suele suceder es encontrarse con una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas referidos por varias enfermedades. Es, precisamente, esta falta de coherencia en la sintomatología, la base principal para llegar al descubrimiento de la simulación.

El simulador puede adoptar una actitud pasiva y de inhibición comportamental, negándose a realizar cualquier actividad alegando enfermedad. Llevando al extremo esta pasividad, podemos encontrarnos con el simulador “catatónico” que adopta una postura de “mimo paralizado” para simular su enfermedad. El simulador activo puede manifestar cualquier tipo de actividad desproporcionada, desordenada e incoherente a través de gritos, gestos bruscos, agresiones o con comportamientos ridículos, gesticulaciones extravagantes, contestando de forma absurda e ilógica para dar la apariencia o sensación de que están locos (o al menos de la

idea que ellos poseen de la “locura” que no siempre coincide con la coherencia expresada por los diferentes manuales de nosología psiquiátrica, DSM-IV ó CIE-10).

Por todo ello, los clínicos debemos estar atentos ante tal sospecha. De forma escueta y resumida exponemos algunas de las particularidades que suscitan esta sospecha:

- ✓ Falta de colaboración durante la evaluación diagnóstica. Debemos centrar nuestra atención en las incongruencias, contestar de forma vaga o general, dificultades en la precisión, no centrarse en el tema, etc., ante determinadas preguntas.
- ✓ Incoherencia, invalidez o falta de fiabilidad/Validez en los resultados de las diversas pruebas de personalidad que se administran.
- ✓ Confusión en los síntomas de la enfermedad que presenta el sujeto. Simulan síntomas aislados de una enfermedad porque desconocen el síndrome completo. No es extraño que mezclen la sintomatología de diversos trastornos. Esta incoherencia puede apreciarse, en algunas de las técnicas psicométricas de la personalidad (MMPI, por ejemplo) por la distorsión e incoherencia del perfil.
- ✓ A un sujeto diagnosticado de Trastorno antisocial de la personalidad (DSM-IV) no parece importarle mentir o falsear sobre cualquier aspecto que pueda perjudicarlo o si sabe que puede obtener un beneficio.
- ✓ En el ámbito de los Centros Penitenciarios: cualquier estrategia es posible si de su resultado exitoso se pueden obtener beneficios carcelarios (permisos fines de semana, ser internado en un hospital general, etc.).
- ✓ En el ámbito de la jurisdicción:
 - Petición, por parte del fiscal o de la acusación, de una *pena o sanción grave* ante un delito cometido.
 - Petición, por parte de la defensa, de una *indemnización* que represente una cantidad importante de dinero alegando cualquier incapacidad o minusvalía a causa de un accidente laboral o de tráfico.
 - Si en el fondo del tema/delito existen *fuertes sumas o patrimonios* importantes en juego.
- ✓ En los Juzgados de Familia, cuando se lucha por la guardia y custodia de los hijos (o también por la consecución de la casa y la pensión alimenticia).

II.3. Las técnicas psicométricas.

Posiblemente una de las ventajas que poseen las técnicas proyectivas sobre los cuestionarios de tipo psicométrico referente a la evaluación de la manipulación de la propia imagen, es que en aquellas el sujeto no sabe muy bien qué es lo que implica, desde el punto de vista de la evaluación psicológica, su propia respuesta, mientras que en los cuestionarios de tipo psicométrico puede conocer, bajo su óptica particular, las posibles repercusiones de su forma de contestar a los ítems formulados. Por ello los autores que han elaborado este tipo de técnicas han tenido un especial cuidado en la incorporación de variables de control que denoten la posibilidad de falsificación o de simulación de la prueba. La mayor parte de los cuestionarios multifactoriales de evaluación de la personalidad proporcionan alguna medida de evaluación del fingimiento. No es extraño que en la reciente reestructuración del MMPI-2 se hayan ampliado, y se sigan investigando, otras variables detectoras de falsificación. Reflejamos, a continuación, las variables detectoras de algunos cuestionarios fundamentales.

Millon Multiaxial Clinical Inventory (M.C.M.I.).

Para el MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) en sus distintas versiones I, II y III, el *Índice de Validez (Escala V)* es la más sencilla de las distorsiones a evaluar ya que se requiere solamente la identificación de las tendencias extremas de respuesta, aquellas que suponen bien una notable confusión mental o un comportamiento negativista extremo. Debido a la disposición del formato de respuesta del MCMI-II no es probable que el sujeto pierda erróneamente una línea o efectúe una doble marca. Sin embargo los problemas de incomprensión o de respuesta al azar ocurren si los pacientes se encuentran desorientados sobre lo que expresan los ítems o tienen un determinado deseo de tratar de mostrarse sí mismos como consecuencia de los resultados que pueda ofrecer el test. Para identificar a tales pacientes fueron incluidos ítems de contenido inverosímil, aunque no absurdos, comprensibles, en una escala de “respuesta al azar” del MCMI-I. La continua investigación ha reducido la escala a sólo cuatro ítems. Estos cuatro ítems ya incluidos en el MCMI-I constituyen el Índice de Validez. Una investigación de los resultados sobre respuesta al Rta. Inc. indica que cerca del 100 % de los sujetos que puntuaron al azar al contestar el MCMI-I fueron correctamente detectados por este índice. (Avila y Jiménez, 1998)

- ✓ *El Índice de Sinceridad (Escala X)* para el MCMI, es el indicador de Nivel de Sinceridad diseñado para poder apreciar hasta qué punto los pacientes se encuentran inclinados a

ser francos y sinceros (auto-revelarse). Al contrario que con las medidas de “Deseabilidad” y “Alteración”, que son descritas brevemente como el esfuerzo de los pacientes para presentar cualquier rasgo psicológico como “bueno” o “malo”, la Escala de “Sinceridad” pretende ser neutral con respecto a la simulación psicopatológica. El foco se centra en la sinceridad y franqueza, reflejando en un extremo, una tendencia a no ser reservado, y expresarse libremente, y en el otro extremo, a ser reticente, ambiguo o reservado. (Ávila y Jiménez, 1998)

- ✓ *El Índice de Deseabilidad (Escala Y)* del MCMI, este indicador de “Deseabilidad” comprende una combinación de factores tales como: hacer lo posible por causar una buena impresión, aparecer mentalmente saludable y socialmente virtuoso, negando ser poco atractivo, con alguna problemática peculiar, o cosas semejantes.
- ✓ *El Índice de Alteración (Escala Z)*, al igual que la Deseabilidad, el indicador de Alteración, está formado por una combinación de elementos que contribuyen, por parte de algunos pacientes, a la tendencia a degradarse o denigrarse a sí mismos, a acentuar su angustia psicológica y a exhibir su vulnerabilidad emocional. (Ávila y Jiménez, 1998). Esta escala fue diseñada para evaluar fingimiento y es esencialmente la misma en las tres versiones del MCMI. Bagby, Gillis, Toner, & Goldberg (1990) informaron que esta escala era efectiva identificando estudiantes instruidos para fingir en el MCMI-II. Wierzbicki & Daleiden (1993), Wierzbicki & Howard (1992), han analizado la efectividad de las escalas Obvio y Sutil del MCMI para evaluar el fingimiento en estudiantes y prisioneros varones, encontrando que pueden ser útiles para identificar los protocolos fingidos.

Personality Assessment Inventory (P.A.I.)

La *Escala de Impresión Negativa* (NIM; Morey, 1993) del PAI (Personality Assessment Inventory) se utiliza para evaluar fingimiento. La NIM, una escala de infrecuencia, está compuesta por 9 ítems con un contenido altamente improbable, atípico, psicótico, disfórico y orgánico. Una elevación moderada en NIM (73T – 91T) sugiere algún grado de exageración de quejas de problemas, mientras que una puntuación > 91T en NIM indica que la persona está fingiendo y que el test debería ser considerado como no válido. Morey (1993) también ha elaborado otros índices que pueden utilizarse para identificar fingimiento en el PAI. Rogers, Ornduff, & Sewell (1993) encontraron que NIM podía identificar estudiantes que fueron

fingidores de esquizofrenia, pero tenían más dificultades identificando estudiantes que fingían decepción y ansiedad generalizada.

La *Escala de Impresión Positiva* (PIM; Morey, 1991) está compuesta por 9 ítems, diseñada para evaluar a las personas que se presentan a sí mismas relativamente libres de pequeños fallos (puntuaciones moderadas 57T - 67T), o aquellas que niegan exageradamente las faltas más comunes (puntuaciones superiores a 67T). Cashel, Rogers y Sewell (1995) encontraron que PIM tiene una función discriminante relativamente efectiva.

Cuestionario Factorial de Personalidad, 16PF.

El Cuestionario Factorial de personalidad de Cattell comprende 16 factores de primer orden para identificar los rasgos esenciales de personalidad del individuo llevándose a cabo mediante un análisis factorial de distintas variables que intentan describir la conducta humana.

La nueva forma 5 (16 PF-5) es una adaptación y revisión de las mismas 16 escalas primarias de personalidad identificadas por Cattell hace casi 50 años. Existen cambios de denominaciones (los antiguos factores denominados de “segundo orden” ahora se identifican como “dimensiones globales”) (Russell y Karol, 1995) aunque siguen sustentándose en una estructura factorial similar. Uno de los aportes interesantes que presenta este 16PF-5 ha sido el diseño de nuevos índices para evaluar los diferentes sesgos que pueden ofrecer los sujetos a la hora de responder. Son los denominados “estilos de respuestas: “Manipulación de la Imagen” (MI), “Índice de Infrecuencia” (IN) y “Aquiencia” (AQ).

La *Manipulación de la Imagen* (MI) viene a sustituir a las escalas de “distorsión” o “buena/mala imagen” de las ediciones anteriores y cuyo contenido intenta apreciar las conductas, sentimientos y actitudes de tipo más o menos socialmente deseable. Esta manipulación de la imagen (“impression Management”) alude a la manipulación que el sujeto pueda hacer de su imagen tanto de forma consciente e intencionada como inconsciente o no deliberada. Esta escala se compone de 12 elementos cuyos valores más altos están indicando una mayor tendencia a responder de una forma socialmente deseable, mientras que un valor bajo de esta escalas nos sugiere atribuirse de aspectos socialmente menos deseables o una exageración de estas cualidades.

La *Escala de Infrecuencia* (IN) en el 16 PF se encuentra referida por las respuestas sin contestar (ítems omitidos o interrogantes para otros cuestionarios) compuesta por un total de 38 elementos (alternativa B), siendo una puntuación elevada indicativa de diferentes motivaciones que el evaluador debe apreciar adecuadamente teniendo en cuenta variables contextuales, de contenido de los ítems y personales del sujeto.

La *Escala de Aquiescencia* (AQ) en el 16 PF-5 nos muestra la tendencia del sujeto a responder “SI”, o “Verdadero” a los ítems, independientemente del contenido de los mismos. Integrada por la totalidad de los 95 elementos que el 16 PF-5 tiene para responder “verdadero”, su alto porcentaje y su utilidad vendría dada por el descubrimiento de la incoherencia o inconsistencia en las contestaciones del sujeto. Este tipo de respuestas podría reflejar también una mala imagen de sí mismo, incomprensión de los contenidos de los ítems, distracción, falta de motivación, respuestas dadas al azar o dificultad para evaluarse o describirse.

Inventario Psicológico de California (C.P.I.).

La relación del MMPI con el CPI es claramente evidente. En la versión actual de 462 ítems, 194 proceden del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Hathaway & Mckinley, 1940) y el Índice de Gough (F-K) es utilizado también por el MMPI-2 en su interpretación de la validez de un protocolo. En la edición de 1957 (Gough, 1957), el Inventario Psicológico de California (C.P.I.) estaba compuesto por 480 ítems, y se pasó de las 15 escalas de la versión de 1951 a las 18 en la versión de 1957 con la elaboración de “Presencia Social”, “Autoaceptación” y “Autocontrol”. En la versión actual (1987) nos encontramos con 20 escalas ya que se han añadido las nuevas escalas denominadas “Potencial directivo” y “Orientación Laboral”.

La escala de “Buena Impresión” (GI) del CPI fue elaborada siguiendo la estrategia de Ruch (1942) pasándose la prueba a un grupo de personas consideradas como normales para repetírselas, posteriormente, a los mismos sujetos pero con la intención de ofrecer una imagen favorable de sí mismos ya que se trataba de conseguir un puesto de trabajo, o bien de crear en el jefe una imagen como personas admirables. El trabajo se centró en un conjunto de ítems experimentales que fueron identificados previamente por Ruch como los mejores y que, basándose en su intuición y experiencia, podrían valorar lo que las personas intentan presentar para crear una impresión favorable de sí misma.

La escala “*Sentirse bien*” (Well-Being; Wb) del CPI-R (Revisado), está constituida por 38 ítems que enfatizan los aspectos mentales positivos de la salud del sujeto y de un “sentirse bien”. Esta escala puede ofrecernos información sobre el fingimiento. Es virtualmente idéntica a la escala Revisada de Disimulación de Gough (Ds-r; Gough, 1957). Las respuestas desviadas en esta escala se interpretan de diversa forma: las puntuaciones bajas reflejan fingimiento y las elevadas reflejan una descripción de bienestar. Poca investigación existe sobre la validez de Wb como índice de fingimiento (Megargee, 1972).

El CPI (California Personality Inventory) tiene una escala de infrecuencia que fue elaborada por los ítems que fueron contestados por no más del 5% de la muestra normativa. Mientras que altas puntuaciones en el CPI fueron designadas para evaluar rasgos positivos, la respuesta desviada fue invertida para cada ítem y la escala fue renombrada como escala de “Comunalidad” (Cm). Las puntuaciones $T \leq 29$ (en varones) y $T \leq 24$ (en mujeres) en la Cm, generalmente son vistos en las respuestas aleatorias, pero también se pueden observar en el fingimiento.

La “*Comunalidad en lo personal*” (Cm) se basa en la misma estrategia que utilizaron Hathaway y Mckinley para la Escala F del MMPI. Esta escala viene constituida por un conjunto de ítems a los cuales la mayoría de las personas responde como “verdadero”, y se añadió además otro conjunto de ítems, a los cuales en la mayoría de las ocasiones se responde como “verdadero” a la opción negativa; es decir, además de los verdaderos se añadieron otros a los que debe contestar como “falso”. Las altas puntuaciones de Cm sugieren que la persona evaluada ha reaccionado ante el cuestionario de una manera típica, normal, mientras que las bajas puntuaciones nos pueden estar indicando una forma atípica de responder.

Estas tres escalas (Wb, Gi y Cm) del Inventario Psicológico de California (CPI) tienen importantes implicaciones interpretativas cuando se trata de descubrir protocolos invalidados. En la primera edición del CPI fueron propuestas tres ecuaciones para detectar las falsificaciones positivas y los protocolos respondidos al azar presentadas en la Guía para la interpretación del CPI de McAllister (1986).

Como hemos podido comprobar, en esta breve exposición de las principales variables contenidas en los Cuestionarios de personalidad para detectar la fiabilidad y validez de los datos expresados, las técnicas elaboradas mediante una estrategia psicométrica, presentan formas y variables muy semejantes para detectar un protocolo invalidado.

III. La detección de la manipulación en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (M.M.P.I.2).

III.1. El MMPI original (1943) y su reestandarización (1989).

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) es una de las técnicas más ampliamente utilizadas en la evaluación diagnóstica, diseñado para evaluar un gran número de dimensiones de la personalidad y trastornos emocionales, que se gesta y se desarrolla hacia los años 30, en el hospital de la Universidad de Minnesota con un grupo de no pacientes que acompañan, en las salas de espera del hospital, a que los amigos o parientes pasen la consulta con el psicoterapeuta. De esta forma la espera se hacía menos pesada al mismo tiempo que se aprovechaba para poder apreciar los diversos aspectos de la personalidad. Estos sujetos no pacientes eran casados, vivían en pequeñas ciudades o áreas rurales y sus edades estaban comprendidas entre los 16 y 65 años, convirtiéndose en una muestra representativa de la población americana de los años 30.

Stark R. Hathaway, psicólogo clínico y J. Charnley Mckinley, neuropsiquiatra comenzaron sus trabajos a finales de los años 30 con una ayuda de la Universidad de Minnesota. Esperaban que el MMPI fuera un instrumento útil para una evaluación diagnóstica rutinaria. Durante 1930 y 1940 la principal función de los psicólogos y psiquiatras era asignar una etiqueta psicodiagnóstica apropiada a los casos individuales examinados. Para atribuir a cada paciente un diagnóstico previo utilizaron la técnica de la entrevista individual a la que acompañaban con un Examen del Estado Mental del sujeto y otras pruebas psicológicas. Con ello pretendían que la aplicación de un Cuestionario de Personalidad proporcionara una forma más eficaz de establecer un diagnóstico.

A Hathaway y Mckinley no les pasó desapercibido que cualquier técnica psicológica que pretenda evaluar y precisar un diagnóstico fiable, debe poseer ciertos componentes o variables que controlen la veracidad y exactitud de los datos aportados. En los diversos cuestionarios psicológicos que evalúan el ámbito de la personalidad estos mecanismos controladores se convierten en indispensables ya que estas técnicas de evaluación psicológicas pueden ser fácilmente vulnerables a la falta de sinceridad solicitada en las respuestas. Se veía, pues, la necesidad de disponer de una serie de variables que aportan la fiabilidad, validez y seguridad de que los datos recogidos fueran sinceros. Dando respuesta a estas cuestiones, los autores presentan tres indicadores de validez de las respuestas: los ítems dejados sin contestar

(definida por una interrogante), una medida de falseamiento (Escala “L”) y un indicador de respuestas exageradamente desviadas o dadas al azar (Escala “F”). Posteriormente fue añadido un cuarto indicador de validez: la variable “K” (escala de corrección) (Meehl y Hathaway, 1946; Mckinley, Hathaway y Meehl, 1948) para poder apreciar adecuadamente la posibilidad de que los sujetos pudiesen exagerar sus respuestas encubriendo, de esta forma, sus problemas y dificultades. Más tarde esta misma escala va a ser utilizada también como un factor de corrección efectuando la ponderación de cinco escalas clínicas de la prueba.

Es hacia 1950 cuando el MMPI se plasma definitivamente y, a partir de entonces, su aceptación crece de forma rápida en los Estados Unidos traduciéndose a otros idiomas y adaptándose en numerosos países.

50 años después.

Fue en 1989 cuando el equipo de investigación de la Universidad de Minnesota, liderado por J.N Butcher, decide llevar a cabo una revisión profunda del MMPI denominando a esta nueva versión revisada como el MMPI-2. Después de 50 años se han evidenciado cambios sustanciales en la misma vida social y su revisión ha afectado no solamente a los baremos sino también a los mismos ítems componentes del Cuestionario.

Después de 1950 se estableció el formato del MMPI. Su aceptación por las distintas culturas ha obligado a la adaptación y traducción a los diversos idiomas (Butcher, 1996), lo que ha hecho que surjan cuestiones acerca de algunos de los ítems que tratan del ajuste sexual, funciones corporales, temas religiosos y cuestiones étnicas. Dado los cambios producidos en la cultura americana, casi cinco décadas después de que los ítems fueran originariamente escritos por los autores de la técnica, surgieron cuestiones acerca de expresiones idiomáticas anticuadas y referencias a material literario y actividades de recreo cada vez más desconocidas. El extendido uso de la técnica y los diversos cambios culturales hicieron necesario reeditar los ítems del MMPI. Pero aún más importante era la creciente evidencia de que la población estaba ahora respondiendo a algunos de estos ítems de forma sustancialmente distinta (Colligan y otros, 1983; Dahlstrom, Lachar y Dahlstrom, 1986) creando, por ello, la necesidad de una reestandarización con baremos nacionales y actuales.

Tabla 1: Anulaciones y cambios de ítems y su efecto sobre las Escalas Básicas

Escala	Numero de ítems			Tipos de cambio			
	Anulados	Permanecen	Cambiados	A	B	C	D

L	-	15	2	1	1	-	-
F	4	60	12	1	5	6	-
K	-	30	1	-	1	-	-
Hs	1	32	5	-	1	3	1
D	3	57	2	1	1	-	-
Hy	-	60	9	-	4	2	3
Pd	-	50	4	-	2	1	1
Mf	4	56	6	1	2	1	2
Pa	-	40	2	1	-	-	1
Pt	-	48	2	-	-	1	1
Sc	-	78	13	-	1	7	5
Ma	-	46	7	4	2	1	-
Si	1	69	6	-	3	2	1
No pertenecen a ninguna Escala Básica: 16				3	7	3	3

* No pertenecen a ninguna Escala : 16 ítems

NOTA: A: Eliminación por posible terminología sexista. B: Modernización en su idioma y uso. C: Clarificación gramatical (tiempo, voz, adición menor o supresión). D: Simplificación. (Tomado del Manual del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2, pg. 21)

La versión final revisada contiene 567 ítems. La Tabla 1 presenta una visión general de los elementos que fueron suprimidos, cambiados y los mantenidos, siguiendo los diversos criterios esbozados para su reestructuración (lenguaje sexista, actualización al idioma y uso, clarificación gramatical y simplificación) en los diferentes estudios e investigaciones.

La estabilidad psicométrica de los 68 ítems nuevos fue demostrada por Ben-Porath y Butcher (1989a). Igualmente la comparación de las escalas antiguas y nuevas y los perfiles resultantes ha sido satisfactoria (Ben-Porath, 1990, 1991 y Butcher, 1989b y 1990).

La adaptación española.

La traducción española de la primera versión del MMPI contenía un número apreciable de ítems con sentido ambiguo, extraño o desfasados cultural o socialmente, que implicaban, además, sesgos inaceptables de corte ideológico.

La adaptación española realizada con el MMPI original (1975 y reeditado en 1986) mostraba un relativo desajuste entre los baremos oficiales autorizados por la Universidad de Minnesota para su utilización con la población española a lo que se añadieron las "normas 1979", preparada por Seisdodos a partir de una variedad de muestras españolas. La muestra de tipificación española carecía de la estratificación por edades y zonas geográficas de procedencia, estando más frecuentemente integrada por sujetos adolescentes, estudiantes universitarios o sujetos cumpliendo el Servicio Militar, convirtiéndose más en muestras incidentales y asistemáticas.

Todo ello hizo que la revisión del MMPI original en España se hiciera deseable, intentando con ello los objetivos siguientes:

- ✓ Corrección de los defectos formales y contenidos inaceptables legalmente.
- ✓ Actualización del instrumento, incluyendo nuevos ítems y nuevas escalas que tengan interés en los actuales criterios clínicos y psicopatológicos.
- ✓ Ofrecer contrapartidas valiosas para el clínico y mejora de las escalas específicas, ya que de las 18 escalas que eran utilizadas en España con el MMPI original, se ha pasado a un número tres veces superior de escalas con el MMPI-2.
- ✓ Extremar más aún los controles de validez y fiabilidad.

Todos estos argumentos subrayan el interés por poner a punto en España una nueva versión del MMPI.

III.2. Nuestra investigación.

Tuvimos la ocasión de poder investigar con una amplia muestra española sobre la sensibilidad a la detección por parte de las variables de Validez del MMMPI-2 y demostrar la posible eficacia de nuestro intento.

III.2.1. La muestra

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 2.

Tabla 2. Descripción de la muestra española según forma de contestar por grupos y género

Teniendo en cuenta la información del ítem								Sin tener en cuenta la información del ítem.		Total muestra	
Sincera y honestamente		Adiestrados				Rtas. Inconsistentes					
Normal		Clínica		B.Imagen		M.Imagen					
Var.	Muj.	Var.	Muj.	Var.	Muj.	Var.	Muj.	Var.	Muj.	Var.	Muj.
684	1.039	252	309	119	163	98	172	100	100	1.523	1.783
1.723		561		282		269		200		3.036	

El grupo control estaba formado por sujetos que contestaban sincera y honestamente a la prueba (teniendo en cuenta la información contenida en los ítems). Este grupo estaba formado por dos subgrupos: “normales” y “clínico”.

- ✓ Los individuos 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 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 como “*grupo clínico*” son verdaderos pacientes en régimen abierto ambulatorio que acuden a su 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.

El grupo experimental estaba compuesto, a su vez por tres subgrupos: individuos que contestan a los ítems de forma intencionada dando una “buena imagen”, individuos que ofrecen sobre sí mismo una “mala imagen” y otro que contesta de forma inconsistente, sin tener en cuenta el contenido de los ítems.

- ✓ El grupo “*buena imagen*” (BI) 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.
- ✓ El grupo “*mala imagen*” (MI) 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).
- ✓ El grupo de “*Respuestas inconsistentes*” (Rta. Inc.) está formado por la cumplimentación de 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.).

III.2.2. Las escalas tradicionales de Validez.

En circunstancias ideales, el examinador debería poder valorar la tendencia a responder por parte del sujeto intentando asegurar que los sujetos completen la prueba con la honestidad y sinceridad que señalan las instrucciones del test. Por ello es importante poder apreciar la disposición y motivación del sujeto y saber, por parte del profesional administrador, cómo detectar los protocolos sospechosos de validez. Así, ante la sospecha de un protocolo no válido, podría ser útil, por parte del administrador, poder observar la conducta del individuo al realizar la prueba. La falta de congruencia entre el perfil y la conducta observada puede aportarnos alguna idea del tipo, clase o estilo de respuesta que da el sujeto.

Si un protocolo del MMPI-2 se juzga nulo, el examinador debería estar dispuesto a hablar de la situación con el sujeto y volverle a administrar la prueba. Frecuentemente, una segunda vez produce un protocolo válido. Si esto no fuera posible o siguiera dando un protocolo no válido, la interpretación no debería intentarse.

Según Graham (1990), sería tentador poder interpretar que una persona que presenta un protocolo con una buena imagen, en que un número de síntomas y problemas se niegan o rechazan, es realmente una persona inadaptada o desajustada que intenta ocultar ese desajuste. Tal conclusión, sigue comentando Graham (1990), no está justificada. La persona puede estar bien ajustada pero por circunstancias diversas, siente la necesidad de presentarse a sí misma como mejor adaptada. Este tipo de casos no es extraño encontrarlo en ambientes jurídicos y sobre todo en progenitores que intentan conseguir la guardia y custodia de sus hijos.

Algunos usuarios del MMPI-2 consideran un protocolo nulo, y por consiguiente no interpretable, cuando tiene más de 30 ítems sin contestar u omitidos o la puntuación T es mayor de 70 en una o más de las escalas estándar de validez. Aunque esta es una práctica muy prudente no deja de ser una visión muy simplista de resolver el problema. Así, por ejemplo, en el manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) se presentan casos en que la puntuación de la escala F, encontrándose en un rango de puntuación entre 71 a 90, puede estar indicando una psicosis.

Gynther, Altman y Warbin (1973) demostraron que perfiles con puntuaciones $T \geq 100$ en la Escala F pueden estar plenamente correlacionados con algunos comportamientos y tipos de personalidad clínicos (desorientaciones, alucinaciones, ilusiones, escasa atención). Igualmente

decir, la experiencia clínica nos demuestra que encontrar una escala K con puntuaciones $T > 70$ entre las personas con buen nivel educativo no es algo excepcional.

III.2.2.1. No sé/no puedo contestar (“?”).

Las razones que puede tener un individuo para omitir un determinado ítem son numerosas y peculiares. Individuos no cooperativos o defensivos, con problemas depresivos o de lectura pueden dejar sin contestar los ítems. Si el sujeto ha omitido más de 30 preguntas dentro de los 370 primeras, el protocolo se debe considerar nulo (Meehl, 1946). No debemos de olvidar que las Escalas de Validez y Clínicas pueden ser puntuadas hasta el ítem 370. Por ello, si las omisiones ocurren después del ítem 370 (el sujeto puede no contestar todo el MMPI-2) las Escalas Clínicas pueden interpretarse pero las puntuaciones de algunas escalas Suplementarias y de Contenido se encontrarán, probablemente, atenuadas y no deberían interpretarse.

Greene (1997) presenta los datos obtenidos por Butcher et al. (1989) con una muestra de 2.600 sujetos pertenecientes a la población normal y los compara con los obtenidos por Greene (1995) con 3.475 pacientes con trastornos mentales, obteniendo que el 75% de los sujetos normales y de pacientes psiquiátricos contestaron a todos los ítems de la prueba; sin embargo solamente el 90% omitió 2 o menos ítems y sólo el 1% de los sujetos, tanto de la muestra normal como clínica, dejaron de contestar a 15 (muestra normal) o 20 ítems (muestra clínica).

Las pautas de interpretación de la variable “?” las resume Butcher & Williams, (1992), de la siguiente forma:

- ✓ “P.D. ≥ 30 indica que el sujeto ha producido un protocolo nulo y que no debería interpretarse excepto si se dan las circunstancias anotadas anteriormente. Otras escalas del MMPI-2 no deben interpretarse.
- ✓ Si la mayoría de los ítems (“?”) se encuentran en la parte final del cuestionario (después del 370) podrían interpretarse las escalas de Validez y las Clínicas. Sin embargo, las Escalas Suplementarias y las de Contenido, que contienen ítems de la segunda parte del Cuestionario, no deben interpretarse.

Las posibles razones de la omisión de los ítems pueden ser atribuidas a:

- “Actitud defensiva

- Indecisión
- Fatiga, cansancio
- Mal humor
- Falta de motivación
- Distracción
- Bajo nivel de lectura y de comprensión
- Percibir los ítems como irrelevantes” (Butcher & Williams, 1992; pg. 43).

III.2.2.2. La Escala L (Mentira).

Esta escala, denominada originalmente escala de “mentira” fue diseñada para detectar, de forma sencilla, los intentos, por parte de los sujetos, de presentarse a sí mismos de forma favorable. La escala se basa en la idea de que los individuos que intentan reclamar un excelente ajuste psicológico se atribuirán ítems que indican elevadas características morales, éticas y de responsabilidad. Aunque la Escala L puede reflejar algún tipo de engaño en la situación del test, no podemos inferir que el sujeto en su vida personal sea un “mentiroso” o presente una tendencia general a mentir, más bien nos sirve para detectar cómo las faltas menores y los defectos de carácter, que en la mayoría de los sujetos son admisibles, en estos sujetos son difícilmente aceptables.

Esta escala es un buen indicador de respuesta distorsionada o inválida, encontrándose asociada también con características de personalidad que sugieren ingenuidad, pensamiento rígido y una imagen no realista. No es aconsejable la interpretación asilada de esta escala (ni ninguna del MMPI-2), ya que, justamente con la puntuación K (corrección) puede aportarnos matizaciones o clarificaciones de su hipótesis interpretativa.

Aunque la mayoría de los ítems de L no se contestan en la dirección de las puntuaciones (falso) por la mayor parte de la gente, muchos de los sujetos de la población normal atribuyen varios (3) de los ítems en dicha dirección.

Para Graham (1990) también las puntuaciones en la Escala L se encuentran relacionadas con el nivel de educación, estatus socioeconómico y sofisticación psicológica. Cuanto mayor nivel educativo y las personas se encuentren dentro de una categoría social más alta, menor es la puntuación en la escala L. Es decir, si una puntuación bruta de 3 ó 4 en la Escala L debería ser el promedio para una clase media-baja, laboral o por debajo del promedio de inteligencia,

semejante puntuación debería ser considerada “moderadamente alta” para una persona con nivel universitario y procedente de una clase social elevada.

Para Butcher (1990), las puntuaciones elevadas en *L* generalmente tienden a afectar también las respuestas de los ítems de las escalas Clínicas, dando perfiles que infravaloran el número y la gravedad de los problemas que un sujeto puede tener. Entre las personas que presentan estas puntuaciones altas, podemos encontrar los siguientes tipos (Butcher, 1990):

- ✓ Personas que intentan presentarse de forma favorable (situación de selección de personal o casos de custodia) para impresionar al evaluador.
- ✓ Personas con baja inteligencia o carencia de ajuste psicológico.
- ✓ Algunos grupos subculturales o grupos étnicos minoritarios.
- ✓ Sujetos con desórdenes neuróticos o con problemática de somatización.

Las puntuaciones bajas generalmente son indicativas de respuesta franca y sincera a los diferentes ítems, bastante seguros de sí mismos, conocedores de sus limitaciones y conscientes de la aceptación de sus defectos. Estos sujetos con puntuaciones bajas han sido descritos como perceptivos, socialmente responsables e independientes. También parecen ser personalidades fuertes, naturales, tranquilas y pudiendo funcionar con un rol de líder aunque en ocasiones puedan dar la impresión, sobre todo para los demás, de ser algo cínicos y sarcásticos.

A veces las puntuaciones inferiores al promedio en la Escala *L* pueden sugerir una actitud desviada en las respuestas e interpretarse como una exageración de los problemas y de sus características negativas, pero esta interpretación es más propia de la escala *K* como más adelante veremos.

Las puntuaciones elevadas en la Escala *L* pueden encontrarse asociadas con otras escalas del MMPI-2. Así la escala TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero) pueden ayudar al clínico a determinar si una puntuación elevada *L* puede ser debida al conjunto de respuestas de “falso” o “diciendo no” o al conjunto de respuestas de “verdadero” o “diciendo sí”. Otros descriptores asociados con las puntuaciones elevadas serían los siguientes:

- “Falta de buena voluntad para admitir pequeños defectos.
- Proclamación irrealista de virtud
- Denotación de un alto respeto por la moral

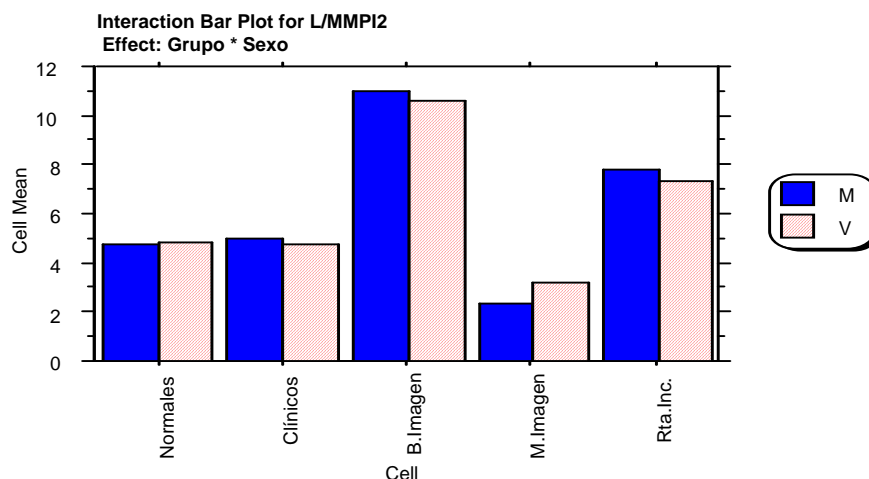
- Visión ingenua de sí mismo
- Esfuerzo notable por engañar a otros sobre los motivos o ajustes
- Problemas de ajuste de la personalidad” (Graham, 1990. pg. 44).

Nuestros resultados:

En nuestro análisis de esta variable hemos encontrado la más alta incidencia en los sujetos que intencionadamente tratan de dar buena imagen (Media: 10,858), tanto para varones como para mujeres, siendo significativamente alta en su análisis comparativo con todos los demás grupos. El grupo siguiente que presenta mayor incidencia es el que responde de forma inconsistente.

Los sujetos que intentan ofrecer una imagen negativa de sí mismos son los que presentan la incidencia más baja. Este resultado puede convertirse en un indicador significativo para este tipo de sujetos al interpretar la escala “L” de nuestro MMPI-2. Para Graham (1990, pgs. 24-25) las puntuaciones bajas en esta escala L, entre otras posibilidades, comenta que “pueden ser indicativas, en algunos casos, de estar exagerando características negativas”. Esta posibilidad queda plenamente confirmada y demostrada en nuestro estudio.

Gráfica 1: Variable “L”. Análisis intersexos/intergrupos.



Con los datos y gráfica aportados, podemos mostrar que no existe diferencia estadística entre los sujetos considerados como normales y los clínicos en su ANOVA, y que sin embargo el grupo de “buena imagen” se destaca notablemente sobre los demás encontrándose diferencias estadísticamente significativas con los demás grupos.

Cuadro1: Variable “L”. Diferencias intergrupos e intersexos*.**Fisher's PLSD for L**

Effect: Grupos
Significance Level: 5 %
Split By: Género
Cell: M

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	6,008	,456	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	8,728	,514	<,0001	S
B.Imagen, Normales	6,310	,397	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	3,281	,598	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	2,720	,448	<,0001	S
Clínicos, Normales	,302	,305	,0523	
Clínicos, Rta.Inc.	-2,727	,541	<,0001	S
M.Imagen, Normales	-2,418	,387	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-5,448	,592	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-3,029	,493	<,0001	S

Fisher's PLSD for L

Effect: Grupos
Significance Level: 5 %
Split By: Género
Cell: V

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	5,896	,555	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	7,436	,683	<,0001	S
B.Imagen, Normales	5,798	,496	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	3,302	,677	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	1,541	,597	<,0001	S
Clínicos, Normales	-,097	,368	,6045	
Clínicos, Rta.Inc.	-2,594	,590	<,0001	S
M.Imagen, Normales	-1,638	,542	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-4,134	,712	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-2,497	,535	<,0001	S

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

Cuando realizamos el análisis diferenciado por sexos (Gráfica 1; cuadro1), podemos apreciar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos normales y clínicos, tanto si realizamos el análisis entre varones de ambos grupos como de mujeres. Al realizar el análisis con los demás grupos, podemos ver que todos son significativos (cuadro 1).

Podemos apreciar igualmente que esta variable “L” no discrimina al grupo clínico del normal ni tampoco de aquellos que intentan mostrarnos una mala imagen de sí mismos. Estos resultados son plenamente coincidentes con los obtenidos por la mayor parte de los investigadores (Butcher, 1990; Greene, 1997; Butcher & Williams, 1992; Graham, 1990 y1993; y Greene,1991).

Contemplando los resultados mostrados por la tabla 3 sobre las correlaciones de esta variable “L” con las demás, podemos comprobar que las correlaciones más altamente positivas se muestran con las variables “S” y “K”, tanto en los grupos que presentan su “buena” (S: .732; K: .648), como su “mala” imagen (S: .739; K: .683). De la misma manera las correlaciones más altamente negativas se obtuvieron con las variables “F-K” (-.604), igualmente en ambos grupos.

Tabla 3: Variable “L”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen.	Mala Imagen.	Rta. Inc
F	-.154	-.212	-.434	-.155	-.329
K	.395	.373	.648	.683	.413
Fb	-0.059	-.180	-.392	-.190	-.478
VRIN	-0.041	.010	-.380	.521	-.029
TRIN	-0.016	-.052	-.066	-.092	-.408

Fp	.178	.033	.066	.037	-.034
S	.451	.450	.732	.739	.440
F-K	-.312	-.312	-.604	-.347	-.450
¿	-.006	.059	-.020	.173	-.016

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Hemos de concluir, pues que con esta variable podemos detectar a los sujetos que intentan mostrar lo mejor de sí mismos ocultando aquellos aspectos desagradables de su persona. Se muestra, pues, como una variable de defensividad.

Resumiendo, teniendo en cuenta nuestros resultados, esta variable nos puede ser útil para:

- ✓ - Detectar a los sujetos que intentan dar una buena imagen de sí mismo.
- ✓ - Apreciar la defensividad del sujeto ante la prueba.
- ✓ - Tenerla en cuenta cuando se trata de dar mala imagen. Solamente cuando se trata de ofrecer una imagen desfavorable de sí mismo, los varones presentan una mayor incidencia en sus puntuaciones que las mujeres.
- ✓ - Precisar su interpretación, siempre que lo hagamos valorando las puntuaciones referentes a las escalas: K, y S.

III.2.2.3. La Escala F (Infrecuencia).

Esta escala, originariamente, fue elaborada para detectar las formas anormales o atípicas de responder (Meehl & Hathaway, 1946; Mckinley, Hathaway, & Meehl, 1948), como una medida de la tendencia a reconocer o admitir una extensa gama de problemas psicológicos o también para “fingirse enfermo” o crear una mala imagen de sí mismo. Un individuo que presenta puntuaciones altas en F está reconociendo un amplio rango de quejas o dolencias que son infrecuentes para la población general reflejando con ello una tendencia a la exageración de los problemas o una presencia real de patología.

Un análisis factorial de la Escala F original (Comrey, 1958) identificó 19 dimensiones de contenidos evaluando diversas características, como el pensamiento paranoico, actitudes o conductas antisociales, hostilidad y pobre salud física. Una persona puede obtener una puntuación alta en F por atribuirse algunos de los ítems pero no necesariamente todos de estas 19 áreas de contenido.

Para Graham (1990, pg. 25) la utilización de la Escala F en la práctica clínica puede servirnos para tres funciones importantes:

- ✓ 1) Es útil para detectar respuestas desviadas.
- ✓ 2) En caso de poder descubrir un perfil invalidado, la Escala F sería un buen indicador de la psicopatología y cuanto mayor puntuación mayor índice de psicopatología.
- ✓ 3) Generar inferencias sobre otras características adicionales y conductas.

Los investigadores (Butcher, 1990; Graham, 1990; Butcher & Williams, 1992) coinciden en considerar que una puntuación alta en F refleja una tendencia a exagerar los problemas. Excesivas confirmaciones a los ítems de esta escala están sugiriendo que una persona está intentando presentar una imagen desfavorable de sí mismo. Cuando nos preguntamos por las razones que pueden tener las personas al contestar de esta forma hemos de decir que, en general reflejan confusión, desorganización o exageración de los síntomas. Según estos investigadores dichas razones pueden obedecer a diferentes aspectos:

- ✓ “Responder al azar a los ítems de la técnica. Al concretarse en los contenidos específicos de esta escala, hace que la incoherencia sea grande.
- ✓ Posible fingimiento de una enfermedad. Las personas que tienen este propósito no saben qué ítems contestar y en qué dirección hacerlo, terminando por atribuirse en sus respuestas un número exagerado de cuestiones correspondientes a esta escala. Los pacientes reales son más selectivos en su patrón de respuestas.
- ✓ El bajo nivel de lectura y de comprensión de los ítems puede ser otra de las causas de elevación en esta escala.
- ✓ Pueden tener distinto nivel cultural. Individuos con notables y diferentes bagajes culturales pueden ofrecer este tipo de puntuaciones elevadas” (Butcher & Williams, 1992)
- ✓ Los adolescentes, en general, suelen tener más altas estas puntuaciones que los adultos. Esto resulta, en parte, porque los adolescentes se identifican más miméticamente con los problemas.
- ✓ Personalidades psicóticas u orgánicamente dañadas que se encuentran confusas o desorganizadas. A menudo esta escala está asociada con problemas severos y crónicos de pacientes psiquiátricos. Consecuentemente se sugiere que el punto de corte para sugerir la invalidez de F alcance el valor de > 100 (Graham, Wats & Timbrook, 1991).

- ✓ Pueden estar contestando a todos los ítems como “verdadero” o como “falso” (Graham, 1990).

De esta forma, las razones que pueda tener una persona para expresar una puntuación alta o baja en la Escala F, a veces resulta difícil de determinar sin considerar otros indicadores de la consistencia y precisión de las respuestas a los ítems del cuestionario del MMPI-2.

Los clínicos, probablemente, llegarían a la conclusión que una $PD > 26$ (110T) en la Escala F no refleja psicopatología, pero sí podría reflejar un patrón de incoherencia de respuestas o de fingimiento. De forma parecida, una $PD = 0$ (40T) podría reflejar la ausencia de psicopatología o defensividad.

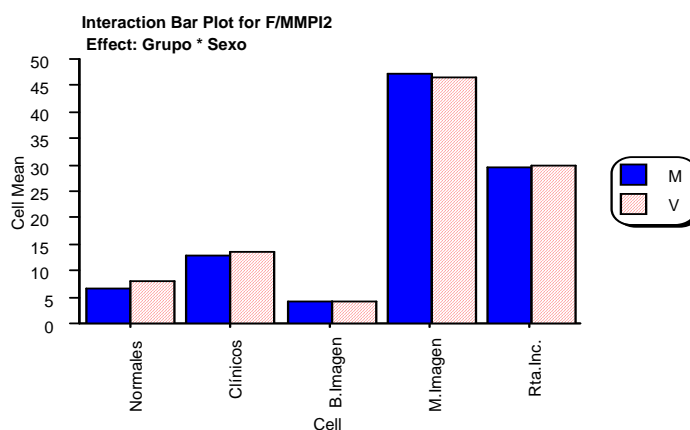
Ya que muchas decisiones clínicas se toman fundamentadas en función de la puntuación obtenida en la Escala F, sería recomendable para los profesionales la utilización de otros indicadores de validez en el MMPI-2 que ayuden a discriminar adecuadamente el por qué del valor conseguido por un sujeto en esta escala.

Nuestros resultados:

Confirman los obtenidos por los investigadores mencionados anteriormente, encontrando una altísima puntuación en el grupo de los simuladores que se fingen con problemas o tratan de ofrecer una imagen negativa de sí mismos. Este grupo se destaca notablemente en su puntuación media (47,045), muy por encima de cualquier otro grupo, presentando diferencias estadísticamente significativas ($<,0001$) con cualquiera de los grupos aquí estudiados, como podemos apreciar en la gráfica 2.

Esta variable también puede detectar a los sujetos que responden inconsistentemente al cuestionario. Después del grupo de mala imagen son los que presentan las puntuaciones más elevadas (media: 29,680) y sus puntuaciones percentiladas aparecen igualmente como las más altas y semejantes a las de mala imagen.

Gráfica 2: Variable “F”. Análisis intersexos/intergrupos.



Cuando contemplamos los análisis realizados tanto por sexos diferenciados en cada uno de los grupos como cuando los tomamos conjuntamente los sexos (cuadro 2), podemos observar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ellos (intergrupos e intersexos). Estamos, pues, ante una variable importante y fundamental en el análisis de la validez y fiabilidad del MMPI-2.

Cuadro 2: Variable “F”. Diferencias intergrupos e intersexos*.

Fisher's PLSD for F					Fisher's PLSD for F				
Effect: Grupos					Effect: Grupos				
Significance Level: 5 %					Significance Level: 5 %				
Split By: Género					Split By: Género				
Cell: M					Cell: V				
	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		
B.Imagen, Clínicos	-8,540	1,175	<,0001	S	B.Imagen, Clínicos	-9,108	1,524	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-43,008	1,327	<,0001	S	B.Imagen, M.Imagen	-42,251	1,874	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-2,304	1,023	<,0001	S	B.Imagen, Normales	-3,588	1,361	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-25,436	1,542	<,0001	S	B.Imagen, Rta.Inc.	-25,294	1,859	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-34,467	1,155	<,0001	S	Clínicos, M.Imagen	-33,143	1,637	<,0001	S
Clínicos, Normales	6,237	,787	<,0001	S	Clínicos, Normales	5,520	1,009	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-16,895	1,397	<,0001	S	Clínicos, Rta.Inc.	-16,186	1,619	<,0001	S
M.Imagen, Normales	40,704	,999	<,0001	S	M.Imagen, Normales	38,664	1,486	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	17,572	1,527	<,0001	S	M.Imagen, Rta.Inc.	16,958	1,953	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-23,132	1,271	<,0001	S	Normales, Rta.Inc.	-21,706	1,467	<,0001	S

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

De la tabla 4, donde se nos muestran los resultados de las correlaciones de la variable F con el resto de las variables, podemos detallar, en primer lugar, la elevada y positiva correlación presentada en aquellas variables que se sirven de la escala F como integrante, por ejemplo la F-K y naturalmente la Fb que es la variable que refleja el mismo concepto y contenido que la F en la segunda parte de la prueba.

Pero debemos destacar también las altísimas correlaciones, de signo positivo, existentes de la escala F con otras variables como la escala psiquiátrica Fp de Arbisi & Ben-Porath (1995,

1998) cuya idea principal era diferenciar a los sujetos que contestan honestamente de aquellos que intentan exagerar sus síntomas psiquiátricos de forma intencionada.

Las variables que correlacionan negativamente con esta variable F, las encontramos con la escala S, Superlativa de Butcher & Han (1995).

Tabla 4: Variable “F”. Correlaciones.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	-.154	-.212	-.434	-.155	-.329
K	-.449	-.496	-.520	-.213	-.316
Fb	.737	.792	.854	.913	.316
VRIN	.371	.134	.673	-.275	.025
TRIN	.136	.263	.014	-.100	.316
Fp	.704	.769	.738	.929	.454
S	-.476	-.565	-.559	-.374	-.334
F-K	.874	.927	.902	.954	.856
¿	-.046	-.059	.004	.016	.039

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Por último destacar las altísimas correlaciones, de signo positivo, que presenta el grupo que intenta ofrecer una mala imagen de sí mismo con la mayor parte de las variables que hemos comentado en los párrafos anteriores (Fp: ,929; F-K: ,954). Las correlaciones negativas de este grupo pueden apreciarse en la tabla 4 que igualmente son muy ilustrativas.

Podemos llegar a concluir, por nuestros resultados, que esta variable nos puede ayudar a detectar a los sujetos que:

- ✓ - Intentan ofrecer una imagen distorsionada de sí mismos, bien exagerando sus síntomas o presentando una mala imagen de sí mismo.
- ✓ - Con sus bajas puntuaciones, en esta escala, pueden ofrecer una buena imagen.
- ✓ - En definitiva, puede ser considerada como una escala de falsificación o fingimiento.
- ✓ - En una administración con sujetos normales, hemos de tener en cuenta que los varones presentan una mayor incidencia que las mujeres. Cuando se trata de otros grupos, tanto los varones como las mujeres, se comportan de manera semejante ante esta variable.
- ✓ - Para una adecuada precisión de su interpretación se debe acompañar de las puntuaciones obtenidas en las variables: Fb, F-K y Fp.

III.2.2.4. La Escala K (Corrección).

La experiencia con la Escala L del MMPI pronto indicó que parecía ser totalmente insensible a la distorsión de algunos perfiles. La escala K fue elaborada como algo más sutil y efectiva ante los intentos del sujeto de negar o simular síntomas psicopatológicos deseando con ello presentarse de forma más favorable e incluso poder, en un sentido opuesto, exagerar su patología para evidenciar una mala imagen de sí mismo (Meehl y Hathaway, 1946; Mckinley & Hathaway, 1948). De esta manera las puntuaciones elevadas dadas en la escala K fueron consideradas como una forma de defensividad ante el abordaje del test, considerando que las puntuaciones bajas fueron pensadas para poder apreciar una inusual franqueza y autocrítica.

La escala K originariamente estaba compuesta por 30 ítems que fueron empíricamente identificados contrastando las respuestas a los ítems de sujetos patológicos que producían perfiles normales (falsos negativos) con las respuestas dadas por sujetos normales. La versión del MMPI-2 sigue manteniendo el mismo número de ítems aunque uno de ellos fue cambiado. Los 30 ítems, componentes de esta escala, cubren una amplia área de contenidos diversos en los que una persona puede llevar a cabo una negación de sus problemas (hostilidad, recelo, discordias familiares, ausencia de confianza, excesiva preocupación).

Investigaciones posteriores con el MMPI aportaron nueva información sobre esta escala K. Además de esta actitud defensiva, la escala muestra una relación con el nivel educativo y el estatus socioeconómico, de tal modo que los sujetos con mejor educación y mayor nivel socioeconómico presentaban puntuaciones elevadas (Dahlstrom, Welsh & Dahlstrom, 1975; Dahlstrom, Lachar & Dahlstrom, 1986). Los sujetos con estatus o reputación social considerable pueden dudar sobre hacer revelaciones que podrían suponer una pérdida de ese estatus o reputación al admitir francamente problemas emocionales, personales, matrimoniales, dudas, todo tipo de inseguridades o tener problemas con la familia. Moderadas elevaciones en la escala K a veces, reflejan un yo fuerte y personas con buenos ajustes psicológicos que no les importa evidenciar, y hasta expresar de forma sincera, los desajustes personales. Resulta difícil, pues, poder diferenciar si un sujeto actúa de forma defensiva o por el contrario se trata de un sujeto psicológicamente sano con un buen ajuste y equilibrio psicológico. De todas formas los ítems de esta escala son más sutiles que los de la Escala L y, por consiguiente, menos probable que una persona defensiva reconozca el propósito de los ítems y tratará de evitar que le descubran.

Por ello es importante poder interpretar estas puntuaciones dentro de un contexto de otras informaciones sobre el sujeto. Los datos biográficos, experiencias, formación, nivel cultural pueden aportarnos luz sobre esta dificultad. También puede ser que se realice la comparación de los perfiles clínicos sin la corrección de las K (Graham, 1987; Greene, 1989). El uso de las ponderaciones de la escala K, al corregir algunas de las escalas Clínicas del perfil, se diseñó, precisamente, para tener en cuenta el impacto de estas orientaciones al contestar a los ítems del cuestionario.

Para Graham (1990), las puntuaciones elevadas en K denotan el intento, por parte del sujeto, de mantener una apariencia de suficiencia, control y eficacia. Los sujetos inhibidos, tímidos e indecisos que no se complican emocionalmente con otras personas, también presentan puntuaciones elevadas en esta escala. La delincuencia es improbable entre la gente con puntuaciones altas en esta escala K. Cuando estas puntuaciones elevadas se encuentran acompañadas con puntuaciones elevadas de las escalas Clínicas, es probable que la persona presente serios trastornos psicopatológicos y no tenga conciencia de ello. Cuando las puntuaciones son moderadamente altas podemos hipotetizar que no padecen estos trastornos psicológicos y que parecen presentar un buen ajuste psicológico, un yo fuerte u otro tipo de características positivas para su personalidad.

Siguiendo las pautas del mismo autor, las puntuaciones medias en la escala K sugieren un saludable equilibrio entre la autoevaluación positiva del sujeto y su propia autocrítica. Tales personas tienden a estar bien ajustadas psicológicamente y manifiestan pocos síntomas propios de desequilibrio emocional. Se manifiestan como independientes, seguros de sí mismos y capaces de tratar los problemas de la vida diaria de forma equilibrada. Parecen mostrar un buen nivel de habilidades intelectuales y amplios intereses, se manifiestan algo ingenuos, emprendedores, versátiles y ocurentes. Son personas que manifiestan un pensamiento claro y abordan los problemas de forma razonable y sistemática. En situaciones sociales, se relacionan bien con las demás personas, son entusiastas, verbalmente elocuentes e influyentes ante los demás.

Finalmente, las puntuaciones bajas en esta escala K pueden indicar que estas personas han podido contestar al cuestionario de varias formas distorsionadas, bien intentando presentar una imagen desfavorable, bien contestando a todo como “verdadero”, bien experimentando cierta confusión en su mente, tanto funcional o de naturaleza orgánica, o bien exagerando sus propios problemas como indicativo de una petición de ayuda. Este tipo de puntuaciones bajas

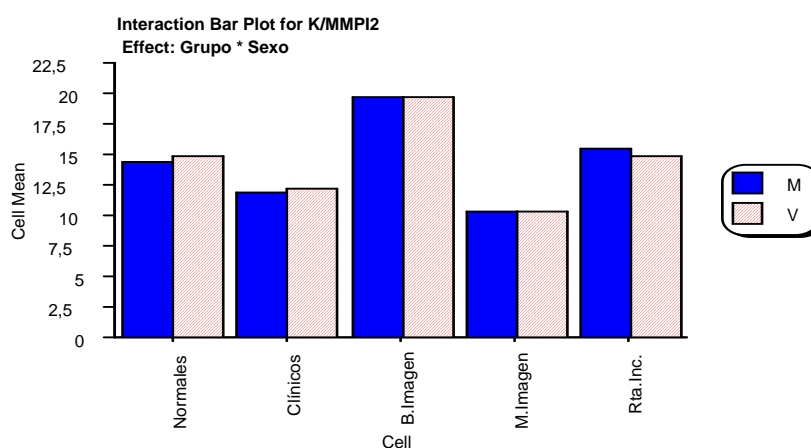
pueden revelar también que estamos tratando con personas muy críticas consigo mismos y con los demás encontrándose, de alguna forma, insatisfechos. Pueden ser personas ineficaces a la hora del tratamiento de los problemas de la vida diaria dudando sobre sus propias motivaciones y comportamientos. Se presentan como socialmente conformistas y tienden a ser demasiado sumisos con la autoridad. Son inhibidos, reservados y superficiales manteniendo una actitud ante la vida cargada de cinismo, escepticismo, crítica y desconfiada, tendiendo a ser suspicaces sobre las motivaciones de los demás.

Nuestros resultados:

Confirman los datos aportados por Graham (1990) sobre las puntuaciones elevadas. Los sujetos a los que se les instruyó, al contestar los ítems del MMPI-2, para que presentaran una imagen favorable de sí mismos son los que presentan la puntuación media más elevada (19,677) de entre todos los grupos aquí investigados, siendo estadísticamente significativa ($p < ,0001$) en sus análisis comparativos.

Si analizamos los resultados teniendo en cuenta la diferencia de sexos, solamente el grupo de sujetos normales son los que muestran una diferencia estadísticamente significativa entre varones y mujeres, siendo superior en sus puntuaciones aquellos. Solamente cuando analizamos el comportamiento de los varones normales y de Rta. Inc., podemos apreciar que no existen diferencias estadísticamente significativas (cuadro 3).

Gráfica 3: Variable “K”. Análisis intersexos/interupos.



Podemos determinar, por nuestros resultados, que esta variable K no discrimina entre sujetos que contestan de manera inconsistente al cuestionario del MMPI-2 de los que lo hacen de una

forma consistente y sincera. En todos los demás grupos las diferencias medias de sus puntuaciones se muestran altamente significativas.

Cuadro 3: Variable “K”. Diferencias intergrupos e intersexos*.

Fisher's PLSD for K Effect: Grupos Significance Level: 5 % Split By: Género Cell: M				Fisher's PLSD for K Effect: Grupos Significance Level: 5 % Split By: Género Cell: V					
	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		
B.Imagen, Clínicos	7,730	,818	<,0001	S	B.Imagen, Clínicos	7,514	,995	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	9,343	,924	<,0001	S	B.Imagen, M.Imagen	9,308	1,223	<,0001	S
B.Imagen, Normales	5,320	,712	<,0001	S	B.Imagen, Normales	4,895	,888	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	4,279	1,074	<,0001	S	B.Imagen, Rta.Inc.	4,749	1,213	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	1,613	,804	<,0001	S	Clínicos, M.Imagen	1,793	1,068	,0010	S
Clínicos, Normales	-2,410	,548	<,0001	S	Clínicos, Normales	-2,620	,659	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-3,451	,972	<,0001	S	Clínicos, Rta.Inc.	-2,765	1,057	<,0001	S
M.Imagen, Normales	-4,023	,696	<,0001	S	M.Imagen, Normales	-4,413	,970	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-5,064	1,063	<,0001	S	M.Imagen, Rta.Inc.	-4,559	1,274	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-1,041	,885	,0211	S	Normales, Rta.Inc.	-,146	,957	,7651	S

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

Contemplando la tabla 5, con respecto a las correlaciones de la variable K con las demás variables y en los distintos grupos, apreciamos que, esta variable presenta las correlaciones positivas más elevadas con S, y L. Siendo el grupo de sujetos de “buena imagen” el que cuenta con las correlaciones más elevadas.

Curiosamente podemos apreciar, por nuestros resultados, que también correlaciona, de forma negativa, con una gran parte de las variables aquí analizadas: F, Fb y F-K.

Los resultados obtenidos por los investigadores de la Universidad de Minnesota Butcher et al., (1989, citado por Greene, 1997), con una población que contestó de forma honesta y sincera, son unos valores correlacionales muy semejantes a los obtenidos por nuestro estudio. Con la población normal, las correlaciones con la variable “L” fue de ,32 (nuestros resultados: ,395), con la variable “S” fue de ,82 (nuestros resultados: ,813). Como podemos ver los resultados son notablemente semejantes.

Tabla 5: Variable “K”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	.395	.373	.648	.683	.413
F	-.449	-.496	-.520	-.201	-.316
Fb	-.461	-.537	-.473	-.248	-.510
VRIN	-.211	.047	-.489	.516	.035
TRIN	-.251	-.348	-.171	-.179	-.399
Fp	-.221	-.278	-.188	-.065	-.161
S	.813	.809	.845	.844	.549
F-K	-.826	-.786	-.837	-.484	-.761

ζ	-0.005	.053	-.029	.092	.000
---------	--------	------	-------	------	------

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Resumiendo, la variable K, la podemos considerar, y siempre según nuestros resultados, como:

- ✓ - Una variable que detecta la defensividad del sujeto que intenta presentar una buena imagen de sí mismo.
- ✓ - No discrimina, adecuadamente, entre grupos que contestan de forma inconsistente al cuestionario de aquellos sujetos varones normales que contestan honesta y sinceramente. Las mujeres normales si presentan diferencias estadísticamente significativas.
- ✓ - Que debe ser interpretada, para su adecuada y mejor precisión, conjuntamente con otras variables como son la L, y S.

III.2.3. Indicadores adicionales de Validez.

Los trabajos de reestructuración y reestandarización del MMPI realizadas por el equipo de la Universidad de Minnesota (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) aportaron tres nuevas escalas de validez en el MMPI-2 para ayudar en la evaluación de actitudes invalidantes: Fb, VRIN y TRIN. De esta manera el definitivo MMPI-2 se nos muestra con un total de 7 escalas (“?”, L, F, K, Fb, VRIN y TRIN) que nos pueden aportar información suficiente para detectar la distorsión del perfil.

III.2.3.1. La escala Fb (F posterior).

La escala Fb (“F Back scale”) es un índice adicional de validez del test y originariamente fue desarrollada en la versión revisada del MMPI para detectar la posible desviación de las respuestas motivadas por la extensión de la prueba a través del cuadernillo experimental utilizado en la recogida de datos normativos del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemer, 1989). Este procedimiento utilizado para desarrollar la escala Fb fue similar al usado con la elaboración de la Escala F estándar. La escala Fb incluía originalmente 64 ítems, apareciendo posteriormente en la edición experimental del cuadernillo con un 10% de respuestas en la dirección de la puntuación cuando fue contestada por la población normal. La versión definitiva para el MMPI-2 de esta escala se quedó en 40 de los 64 ítems originales.

Una puntuación elevada, y distinta de la F, puede sugerir que el sujeto dejó de prestar atención a los ítems del test, por cansancio o fatigabilidad (no olvidemos que esta prueba

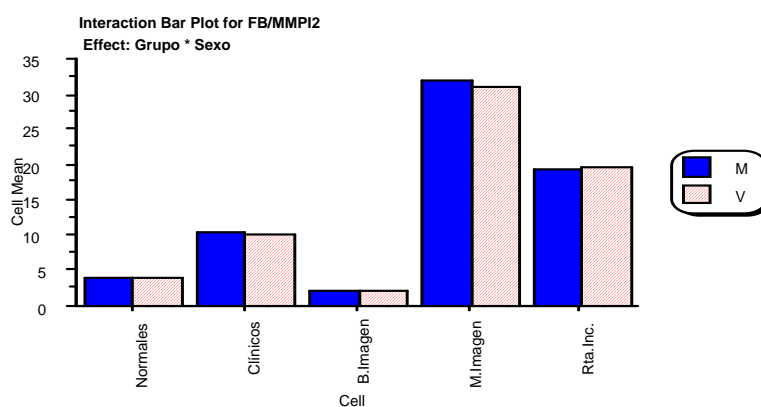
puede ser aplicada a pacientes con diversas patologías tanto en su sintomatología como en su intensidad). Caso de que la Fb presente una puntuación semejante hemos de referirnos a la interpretaciones de la Escala F.

No hemos de perder de vista que las puntuaciones de esta escala afectan a las Escalas Suplementarias y de Contenido. Una puntuación Fb de $T \geq 120$ invalidaría totalmente el protocolo, sin embargo cuando las puntuaciones son $T \geq 80$ sugieren alguna clase de respuesta desviada de los ítems y sería necesaria una cuidadosa interpretación de las escalas Suplementarias y de Contenido en los cuales se basan estos ítems, precisamente.

Nuestros resultados:

Nuestros resultados ofrecen un paralelismo semejante con la variable “F” (véase gráfica 2). Contemplando los resultados con la variable Fb, plasmados en la gráfica 4, podemos apreciar que las puntuaciones medias más elevadas son expresadas, en primer lugar, por el grupo de mala imagen, seguido por los que contestan de forma inconsistente (Rta. Inc.), las personas con problemas clínicos, los sujetos normales que contestan honestamente a la prueba y en último lugar las personas que intentan aparentar una buena imagen de sí mismos.

Gráfica 4: Variable “Fb”. Análisis intersexos/intergrupos.



Igualmente observamos a través del cuadro 4 que, al realizar el análisis de la varianza (ANOVA) bien por sexos o conjuntamente, todas su puntuaciones medias han resultado ser altamente significativas cuando se contrastan sus diferencias entre sí y entre grupos diferentes.

Cuadro 4: Variable “Fb”. Diferencias intergrupos e intersexos*

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-8,097	,999	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-29,543	1,129	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-1,688	,870	,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-17,266	1,311	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-21,446	,982	<,0001	S
Clínicos, Normales	6,409	,669	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-9,168	1,188	<,0001	S
M.Imagen, Normales	27,855	,850	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	12,277	1,298	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-15,577	1,081	<,0001	S

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-7,787	1,306	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-29,049	1,606	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-1,820	1,166	,0022	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-17,434	1,593	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-21,263	1,403	<,0001	S
Clínicos, Normales	5,967	,865	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-9,647	1,388	<,0001	S
M.Imagen, Normales	27,229	1,274	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	11,615	1,673	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-15,614	1,257	<,0001	S

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

Con respecto a las correlaciones, los valores y resultados fueron igualmente semejantes (puede verse la tabla 4). Los resultados de la correlación con otras variables ofrecidos por la variables Fb (tabla 6) vemos que son valores elevados y positivos con las variables F, Fp y F-K, pero sobre todo en el grupo de mala imagen, mientras que se muestran elevadas y negativas con: L, K y S.

Tabla 6: "Fb". Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	-.059	-.180	-.392	-.190	-.478
F	.737	.792	.854	.913	.316
K	-.461	-.537	-.473	-.248	-.510
VRIN	.359	.080	.635	-.273	.012
TRIN	.220	.310	.073	-.040	.398
Fp	.711	.651	.764	.889	.417
S	-.461	-.574	-.507	-.414	-.447
F-K	.715	.796	.785	.891	.494
¿	-.034	-.066	-.004	.003	.011

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Resumiendo, no podemos decir nada diferente que no hayamos dicho ya con la variable F. Únicamente referir que las conclusiones sobre esta variable Fb se encuentran referidas a la segunda parte de la prueba haciendo referencia especialmente a los grupos de escalas Suplementarias y de Contenido.

III.2.3.2. Escala VRIN (Inconsistencia de Respuestas Variables)

Es obligado recordar que se puede falsificar el Cuestionario de forma "coherente", pero esto mismo no implica necesariamente que sea honesto y sincero en sus contestaciones. El perfil (manipulado) puede ser "coherentemente falsificado", con tal que pueda mantener el control

de contestar con una estrategia predeterminada. Es así como VRIN podría convertirse en un detector de perfiles, considerados aparentemente coherentes por las escalas de infrecuencia (F y Fb), pero que muestra sus respuestas como incoherentes. Igualmente también puede ayudar a demostrar que la persona ha respondido a los ítems de forma coherente a pesar de las puntuaciones elevadas en F y Fb (Evans & Dinning, 1983; Gallucci, 1985; Maloney, Duvall, & Friesen, 1980; Wetter, Baer, Berry, Smith, & Larsen, 1992). Estos descubrimientos indican que VRIN y las Escalas de infrecuencia no evalúan idénticos procesos en la prueba de actitudes (Fekken & Holden, 1987) y, consecuentemente, no pueden ser sustituidas por otras escalas.

Aunque VRIN es útil para identificar patrones inconsistentes de respuestas, hemos de tener en cuenta que una puntuación aceptable solamente indica que la persona ha respondido de forma coherente, pero no necesariamente con precisión o exactitud (honestidad) ya que un sujeto puede, de una forma coherente, mostrar su fingimiento o su defensividad. Además, VRIN evalúa solamente la consistencia de las respuestas de las personas, no detectará (como aprecia Greene, 1997, 2000) patrones de respuesta “todo verdadero” (VRIN =5) o “todo falso” (VRIN = 5), que son consistentes pero no es la realidad del patrón de realización de la prueba.

Esta escala se elaboró para el MMPI-2 como un indicador adicional de validez (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemer, 1989) con el objetivo de detectar la tendencia de los sujetos a responder de una forma inconsistente o incoherente a los ítems. Esta escala VRIN se encuentra compuesta por 49 pares de ítems con contenido similar u opuesto. Cada vez que un sujeto responde a los ítems (se confronta con su par) de forma incoherente o inconsistente se anotará el valor de un punto para la escala VRIN. Se produce incoherencia o inconsistencia si el sujeto contesta a los ítems en la dirección propuesta al elaborar esta escala.

Aunque las indicaciones de los autores (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) que llevaron a cabo la elaboración de esta escala nos advierten de su experimentalidad hasta encontrar datos empíricos más consistentes, no obstante, en sus investigaciones, sugieren que una puntuación directa igual o mayor a 13 (> 14 para la adaptación española; Avila y Jiménez, 1999) nos puede estar indicando incoherencia o inconsistencia en sus respuestas y posiblemente puede estar invalidando los resultados de la prueba.

Para Graham (1990), esta escala VRIN se muestra más eficaz cuando es utilizada conjuntamente con la puntuación obtenida en la escala F. Una puntuación alta en F y una

puntuación elevada en VRIN debería sugerir la idea de que el sujeto ha respondido aleatoriamente a los ítems del MMPI-2. Sin embargo, una puntuación alta en F unida a una puntuación baja o moderada en VRIN debería sugerir la no existencia de aleatoriedad o confusión. Por otro lado, uno debería sospechar del protocolo que procede de una persona severamente perturbada que responde válidamente a los ítems, así como de la persona que intenta aparecer más trastornado de lo que realmente está.

En el trabajo llevado a cabo por Greene (1997) comparando una muestra de población normal de 2.600 sujetos (Butcher et al., 1989) con 3.475 pacientes con trastornos mentales graves y 2.500 sujetos que contestan aleatoriamente a los ítems (Greene, 1995), se pudo apreciar que con una PD=13 (equivalente a 80T) en la escala VRIN era contestado por el 0,2% de los sujetos de la población considerada como normal, por el 2,4% de los pacientes con trastornos y por el 84,4% de los sujetos que contestaban de forma inconsistente. Esto nos puede dar idea de la sensibilidad de esta escala.

Una de las ventajas, sumamente interesantes, de VRIN sobre las escalas de infrecuencia (F y Fb), en esta evaluación de la coherencia de respuestas, es que VRIN no se ve afectada por la presencia, el tipo o la severidad de la sintomatología psicopatológica, como se aprecia en el trabajo de Greene (1997, pg.176 y 2000, pg. 57) al comparar las puntuaciones medias y las desviaciones estándar similares en el MMPI-2 para el grupo normativo y los pacientes con trastornos mentales. Estas puntuaciones son notablemente similares a las obtenidas por nuestro estudio con el grupo de población normal.

Igualmente, para este autor (Greene 1997, 2000), VRIN tampoco parece afectado por el fingimiento o la defensividad ya que la persona ha de atribuirse los ítems de forma coherente para poder cambiar sus respuestas. Al mostrarse bastante más coherente de lo que debía esperarse, la escala VRIN se convierte en un potencial indicador de fingimiento y defensividad del MMPI-2; consecuentemente esta escala nos puede proporcionar una buena estimación de la consistencia de las respuestas a los ítems.

Estos mismos patrones son fácilmente detectables por TRIN en los que se pueden obtener puntuaciones excesivamente altas o baja (23 ó 0, respectivamente). Las razones que tiene una persona para contestar de esta forma incoherente, pueden ser múltiples y variadas y, si deseamos profundizar en sus causas, tendremos que realizar un estudio más profundo de la persona a través de otras técnicas de evaluación.

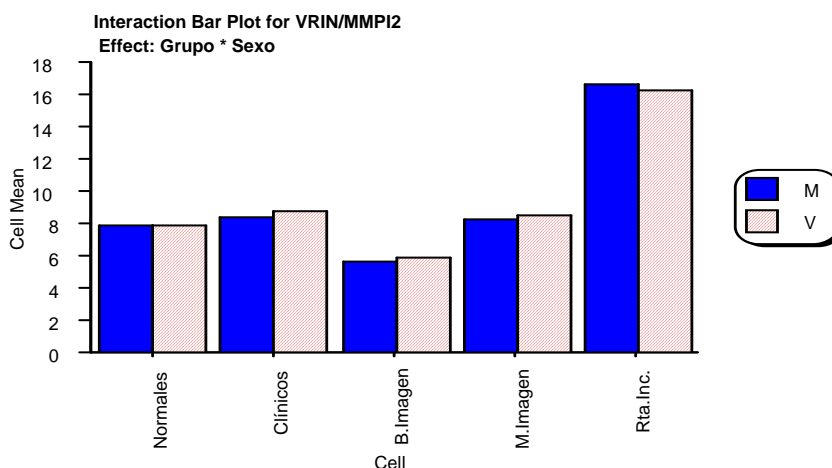
Nuestros resultados

Nuestros resultados son muy semejantes y coincidentes con los aportados en las investigaciones de Butcher, J.; Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemer, B. (1989) con 2.600 sujetos considerados como normales y de Greene (1997) con 3.475 sujetos que presentan graves trastornos mentales. La puntuación media de los sujetos normales establecida en los resultados de Butcher et al. (1989) es de 5,05 y St.D. de 2,56 (nuestros resultados: 7,82 y St.D. de 3,074). Más coincidente son las puntuaciones con los 2.500 sujetos que contestaron aleatoriamente en el trabajo de Greene (1997) al ser comparados con los 200 sujetos nuestros (Greene: media=16,80, St.D.=3,24; nuestros resultados: Media = 16,445 y St.D. 3,551).

Según los resultados presentados por Greene (1997, pg. 176) la variable VRIN no parece encontrarse afectada por la presencia de psicopatología, al comparar las puntuaciones medias y las desviaciones estándar similares en el MMPI-2 para el grupo normativo y los pacientes con trastornos mentales. Si, en nuestro estudio, analizamos el comportamiento de nuestra población clínica (no estrictamente psiquiátrica) y lo comparamos con la población considerada como “normal”, podemos apreciar que las diferencias son estadísticamente significativas (a distintos niveles tanto si los analizamos por sexos o conjuntamente, pero siempre superior al 5%).

Cuando efectuamos un análisis de la población que intencionadamente quiere mostrarse de forma negativa (mala imagen) podremos apreciar que sus resultados no se diferencian estadísticamente de la población que ha contestado de forma sincera y honesta (normales y clínicos), por lo que esta variable VRIN se ha de servir de las aportaciones de otras para poder discriminar a los grupos adecuadamente.

Gráfica 5: Variable “VRIN”. Análisis intersexos/intergrupos.



Es así como VRIN podría convertirse en una variable detectora de perfiles aparentemente coherentes (al menos con la población de mala imagen), pero que en realidad no lo son, y sus puntuaciones deben ser contrastadas con las de otras variables. Sin embargo, si nos fijamos en el grupo de buena imagen, podemos observar que sus diferencias son estadísticamente significativas ($p < ,0001$) al ser comparadas con los grupos normales y también clínicos, tanto si su análisis se realiza separadamente por sexos (cuadro 5).

Cuadro 5: Variable “VRIN”. Diferencias intergrupos e intersexos*.

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-2,795	,596	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-2,612	,673	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-2,281	,519	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-11,028	,783	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	,183	,586	,5404	
Clínicos, Normales	,514	,399	,0117	S
Clínicos, Rta.Inc.	-8,233	,709	<,0001	S
M.Imagen, Normales	,331	,507	,2009	
M.Imagen, Rta.Inc.	-8,416	,775	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-8,747	,645	<,0001	S

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-2,885	,730	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-2,677	,897	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-1,985	,652	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-10,381	,890	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	,208	,784	,6022	
Clínicos, Normales	,901	,483	,0003	S
Clínicos, Rta.Inc.	-7,496	,775	<,0001	S
M.Imagen, Normales	,692	,712	,0566	
M.Imagen, Rta.Inc.	-7,704	,935	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-8,396	,702	<,0001	S

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

A través de los resultados mostrados en la tabla 7, podemos apreciar que las correlaciones más elevadas, de signo positivo, las hemos encontrado en el grupo de buena imagen, no presentando correlación estadísticamente significativa con el grupo que ha contestado de forma inconsistente (Rta. Inc.) con el resto de las variables mostrada por los distintos grupos.

Las correlaciones más altas, de cualquier signo, las presentan los grupos de buena y mala imagen, siendo los demás grupos, bastantes más bajas.

Tabla 7: Variable “VRIN”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	-.041	.010	-.380	.521	-.029
F	.371	.134	.673	-.275	.025
K	-.211	.047	-.489	.516	.035
Fb	.359	.080	.635	-.273	.012
TRIN	-.008	.058	.000	.082	-.205
Fp	.302	.177	.477	-.167	-.013
S	-.163	.090	-.548	.591	.134
F-K	.348	.075	.678	-.403	-.002
¿	-.055	-.107	.000	.027	.036

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

- ✓ Altamente positivos con las variables L, K y S, en los sujetos que muestran mala imagen, y que, al mismo tiempo se corresponden con correlaciones negativas en los sujetos que ofrecen una buena imagen de sí mismos.
- ✓ Altamente positivos con las variables F, Fb, F-K y Fp en los sujetos que nos ofrecen una buena imagen de sí mismos y que, al mismo tiempo, se corresponden con correlaciones altamente negativas en los sujetos que nos presentan una imagen negativa.

Las puntuaciones de VRIN solamente nos indican si una persona ha contestado de forma coherente pero no necesariamente honesta ya que puede, de forma coherente, mostrar su fingimiento o defensividad. Como podemos apreciar, en los perfiles correspondientes a “normal/buena imagen” y “normal/mala imagen”, las puntuaciones medias de VRIN se encuentran dentro de la normalidad.

Hemos podido comprobar en nuestros resultados que el contestar de forma inconsistente puede producir una puntuación T muy elevada en VRIN (> 100). En protocolos que se han respondido a todos los ítems como “todo verdadero” (V% elevado) o como “todo falso” (F% elevado) las puntuaciones VRIN se encuentran dentro de las puntuaciones medias (50T). Igualmente, sujetos que de forma deliberada intentan ofrecer una mala o buena imagen en el MMPI-2 producen puntuaciones T medias en VRIN. (ver anexo perfiles).

Haciendo un breve resumen de las aportaciones de esta variable, podemos decir que:

- ✓ De forma general, nos ayuda a detectar a los sujetos que contestan al cuestionario sin tener en cuenta el contenido de los ítems.

- ✓ Sin embargo, no detecta adecuadamente a los sujetos que contestan al cuestionario de la forma “todo verdad” o “todo falso”.
- ✓ Pero sí aquellos que alternativamente contestan “verdadero/falso” o “falso/verdadero”.
- ✓ Los sujetos que intencionadamente expresan su mala imagen no se muestran estadísticamente diferentes (5%) de los sujetos clínicos ni de los normales cuando el análisis se hace separadamente por sexos, y solamente se muestra diferente con los normales cuando se conjuntan los sexos (pero no llega al 1%).
- ✓ Para su correcta interpretación de que esta variable VRIN pueda mostrar una mala imagen, sus puntuaciones deben ser contrastadas con las (elevadas) puntuaciones en: F, Fb, F-K y Fp, (correlaciones elevadas y significativas)..
- ✓ Para su correcta interpretación de mostrar una buena imagen, las puntuaciones de esta variable deben ser contrastadas con las (elevadas) puntuaciones en: L, K y S, (correlaciones elevadas y significativas).

III.2.3.3. Escala TRIN (Inconsistencia de las Respuestas Verdadero)

La escala de Inconsistencia de respuestas Verdadero (TRIN) fue desarrollada en el MMPI-2 con el propósito de poder identificar a los sujetos que responden de forma incoherente o inconsistente a los ítems dando respuestas de “verdadero” de forma indiscriminada (aquiescencia, conformidad, consentimiento). En estos casos el resultado de los perfiles deben ser invalidados y no interpretados.

Esta escala TRIN se compone de 20 pares de ítems que son opuestos en sus contenidos. Dos respuestas “verdadero” para algún par de ítems o dos respuestas “falso” para otro par de ítems indican inconsistencia o incoherencia en las respuestas.

Las puntuaciones de TRIN pueden estar en un rango de 0 a 23. Puntuaciones elevadas nos están indicando una tendencia a dar respuestas “verdadero” de forma indiscriminada, y puntuaciones directas bajas nos muestran una tendencia a responder a los ítems como “falso”, igualmente, de forma indiscriminada. Cuando las puntuaciones directas son convertidas a las puntuaciones baremadas T, las puntuaciones directas superior e inferior al promedio, se

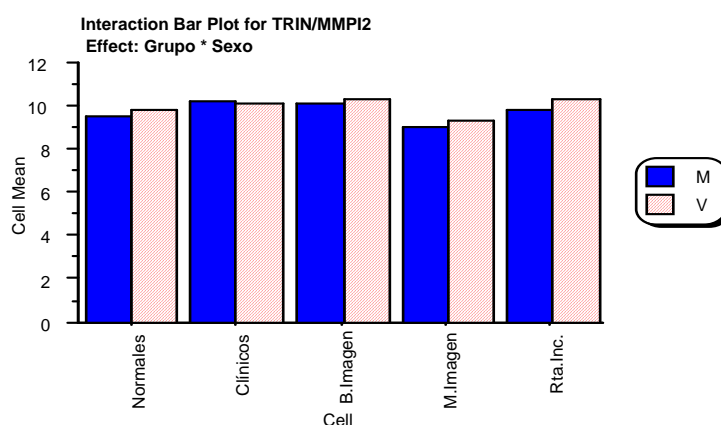
convierten en puntuaciones T altas, que van seguidas por una “V⁶” o una “F” para indicar la dirección de la inconsistencia de respuesta.

Nuestros resultados

Para el equipo de Butcher et al. (1989) las puntuaciones elevadas en esta variable, nos pueden estar indicando una tendencia del sujeto (aquiescencia) a dar respuestas “verdadero” de forma indiscriminada, mientras que para puntuaciones bajas el sujeto puede presentar una tendencia (aquiescencia) a dar respuestas “falso”, igualmente de forma indiscriminada. Nuestros resultados corroboran igualmente estos datos de Butcher, J.; Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemer, B. (1989).

Llama la atención la uniformidad en los resultados mostrados por la gráfica 6 a través de los diferentes grupos analizados en nuestro estudio.

Gráfica 6: Variable “TRIN”. Análisis intersexos/intergrupos.



Al realizar el análisis ANOVA, por sexos, esta variable TRIN no diferencia adecuadamente a los sujetos clínicos de los de buena imagen, ni los que presentan buena imagen de aquellos que contestan de forma inconsistente, ni tampoco al comparar al grupo clínico de los que contestan inconsistentemente (cuadro 6).

Cuando comparamos varones y mujeres, el cuadro 6 nos muestra las diferencias entre los diferentes grupos, pudiendo apreciar que sólo los varones no se muestran diferentes entre los grupos normales y clínicos.

⁶ “verdadero” en castellano; “T” (true) en inglés.

Cuadro 6: Variable “TRIN”. Diferencias intergrupos e intersexos**Fisher's PLSD for TRIN**

Effect: Grupos
Significance Level: 5 %
Split By: Género
Cell: M

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-,050	,349	,7771	
B.Imagen, M.Imagen	1,121	,394	<,0001	S
B.Imagen, Normales	,557	,304	,0003	S
B.Imagen, Rta.Inc.	,342	,458	,1430	
Clínicos, M.Imagen	1,171	,343	<,0001	S
Clínicos, Normales	,608	,234	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	,392	,415	,0636	
M.Imagen, Normales	-,564	,297	,0002	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-,779	,453	,0008	S
Normales, Rta.Inc.	-,215	,377	,2632	

Fisher's PLSD for TRIN

Effect: Grupos
Significance Level: 5 %
Split By: Género
Cell: V

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	,238	,439	,2879	
B.Imagen, M.Imagen	1,069	,540	,0001	S
B.Imagen, Normales	,451	,392	,0244	S
B.Imagen, Rta.Inc.	,026	,536	,9250	
Clínicos, M.Imagen	,831	,472	,0006	S
Clínicos, Normales	,213	,291	,1521	
Clínicos, Rta.Inc.	-,212	,467	,3723	
M.Imagen, Normales	-,619	,429	,0047	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-1,044	,563	,0003	S
Normales, Rta.Inc.	-,425	,423	,0489	S

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

Solamente los protocolos que muestran una alta tendencia a contestar “verdadero” o “falso” presentan unas puntuaciones elevadas. Podemos indicar que los perfiles se encuentran altamente distorsionados presentando la mayor puntuación en TRIN. El perfil “verdadero/falso (alternativamente)” presentan una alta inconsistencia (75T), mientras que cuando el sujeto contesta “falso/verdadero (alternativamente)”, la puntuación de TRIN es perfectamente normal (53T). (Ver anexo perfiles).

Por tanto, esta variable puede detectar, solamente, la tendencia a contestar “verdadero” o “falso” y las consecuencias en la interpretación de las puntuaciones que puedan encontrarse en las demás Escalas Clínicas, Suplementarias o de Contenido.

Tabla 8: Variable “TRIN”. Correlaciones*

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	-.016	-.052	-.066	-.092	-.408
F	.136	.263	.014	-.100	.316
K	-.251	-.348	-.171	-.179	-.399
Fb	.220	.310	.073	-.040	.398
VRIN	-.008	.058	.000	.082	-.205
Fp	.158	.250	.058	-.059	.211
S	-.203	-.275	-.121	-.102	-.449
F-K	.222	.338	.095	-.035	.433
¿	-.076	-.114	-.085	.063	.049

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Al contemplar la tabla 8, podemos apreciar el hecho de no encontrar tan elevadas correlaciones como se nos ha mostrado en otras tablas con otras variables. Constatamos que con las variables VRIN e ¿, sus correlaciones no encuentran significación estadística alguna e

igualmente, con las poblaciones que intencionadamente han intentado expresar de sí misma su buena o mala imagen, observamos la ausencia casi total de correlaciones significativas.

Los datos aportados por Greene (2000, Tabla 3.14, pg. 57) con población normal, referentes a las correlaciones de esta escala con sus respectivas infrecuentes (F y Fb), muestran unos valores escasos, aunque positivos. Así TRIN tiene una correlación con F de ,193 (nuestros resultados: ,136) y con Fb muestra un valor de ,214 (nuestros resultados: ,220).

Resumiendo, esta variable TRIN:

- ✓ - No atiende al contenido, ni a la información del ítem, detectando solamente la tendencia a responder como “verdadero” o “falso”. Esto nos permite poder detectar, por una parte, la aquiescencia de las respuestas y, por otra, identificar adecuadamente aquellos protocolos contestados como “todo verdadero” o como “todo falso”.
- ✓ - No parece discriminar adecuadamente los sujetos que intentan falsificar, fingir o mostrar algún tipo de defensividad en los protocolos.
- ✓ Es una variable que podemos considerarla como “extraña” ya que aporta escasos y, posiblemente contradictorios o no suficientemente analizados los resultados en esta investigación.

III.2.4. Otros “Índices de Validez” investigados

Nuestro estudio amplió una serie de variables denotadoras de falsificación denominados como “Índices de Validez” y que a continuación exponemos.

III.2.4.1. Variable “F-K” (Índice de Simulación de Gough, 1947, 1950):

Gough (1947, 1950) se dio cuenta que restando las puntuaciones obtenidas en la escala K de las obtenidas por la F, era posible obtener un “Índice de simulación” F-K. A través de sus resultados Gough pudo apreciar que este índice era útil para desechar y poder detectar protocolos que no son válidos, siendo a veces utilizado como una medida de respuesta disimulada o de exageración de síntomas psicopatológicos. Es la única variable que puede presentarse con signo positivo o negativo en sus puntuaciones.

Gough propuso utilizar la diferencia entre las puntuaciones directas F y K de forma que, si el resultado es positivo y mayor de 9 (> 9) indicaría fingimiento en el sentido de ofrecer “mala imagen”, mientras que si es negativo y menor de 9 (< -9) indicaría una tendencia a ofrecer una “buena imagen” de sí mismo como estrategia de defensividad del sujeto. Si la puntuación se

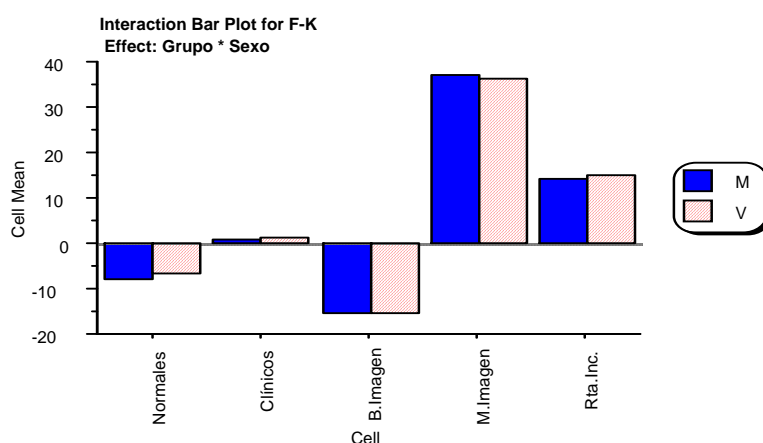
encontraba entre estos valores (0-9), el perfil del sujeto podría considerarse como válido. Investigaciones posteriores han corroborado estos mismos resultados aunque discrepan en el establecimiento del “punto de corte” para detectar un perfil válido de otro falseado.

Nuestros resultados

Nuestros resultados muestran de forma manifiestamente sensible cómo este Índice de simulación de Gough puede diferenciar aquellos sujetos que intentan ofrecer una buena o mala imagen de sí mismos a través de sus valores positivos o negativos.

El grupo clínico, pacientes que solicitan ayuda psicológica en un Centro de Salud y que han contestado honesta y sinceramente, son los que presentan una puntuación media más baja y positiva (+1,064), aspecto que contrasta de forma estadísticamente significativa con los sujetos de “mala imagen” (36,699) (gráfica 7).

Gráfica 7: Variable “F-K”. Análisis intersexos/intergrupos.



Cuadro 7: Variable “F-K”. Diferencias intergrupos e intersexos.

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-16,271	1,686	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-52,351	1,904	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-7,624	1,467	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-29,714	2,212	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-36,080	1,657	<,0001	S
Clínicos, Normales	8,647	1,129	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-13,444	2,004	<,0001	S
M.Imagen, Normales	44,727	1,434	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	22,637	2,190	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-22,090	1,824	<,0001	S

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-16,623	2,121	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-51,559	2,609	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-8,483	1,894	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-30,043	2,587	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-34,936	2,279	<,0001	S
Clínicos, Normales	8,140	1,405	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-13,420	2,254	<,0001	S
M.Imagen, Normales	43,076	2,069	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	21,516	2,718	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-21,560	2,041	<,0001	S

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

La tabla 9, que muestra las correlaciones entre las distintas variables y los distintos grupos de la variable F-K, resulta interesante. Por una parte podemos apreciar las elevadas correlaciones (de ambos signos) que presenta el grupo de “mala imagen” con el resto de las variables. Por otra observamos que, en general, existen unas correlaciones sumamente elevadas y positivas especialmente con las variables F, Fb y Fp. Las variables que correlacionan negativamente son la L, K, y S, siendo justamente el grupo de “buena imagen” el que, entre éstas últimas, presentan las negativas más elevadas.

Tabla 9: Variable “F-K”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	-.312	-.312	-.604	-.347	-.450
F	.874	.927	.902	.954	.856
K	-.826	-.786	-.837	-.484	-.761
Fb	.715	.796	.785	.891	.494
VRIN	.348	.075	.678	-.403	-.002
TRIN	.222	.338	.095	-.035	.433
Fp	.564	.668	.568	.850	.398
S	-.742	-.753	-.784	-.591	-.528
¿	-.026	-.065	.018	-.040	.026

* Los valores en **rojo**, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Haciendo un breve resumen de lo que hemos hallado en nuestros resultados, podemos decir que:

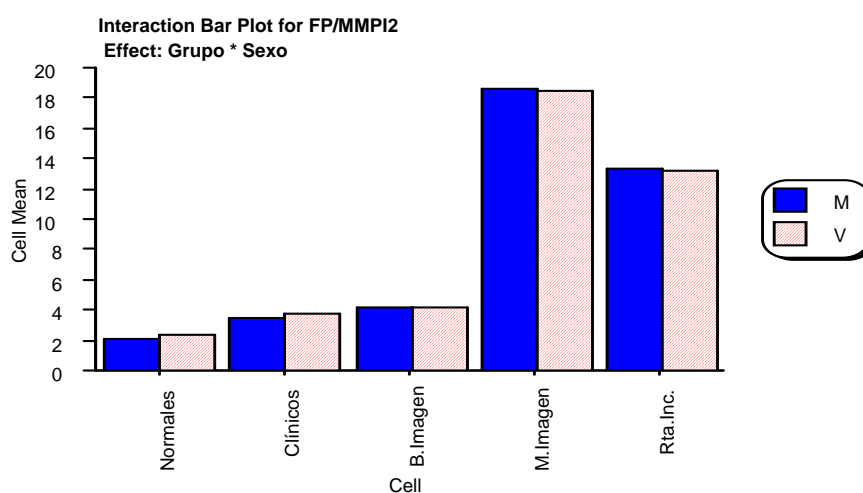
- ✓ Esta variable, a través de sus valores positivos y elevados, detecta a sujetos que están intentando mostrar su aspecto más desfavorable de sí mismos (mala imagen).
- ✓ Contrariamente, mostrando puntuaciones elevadas y negativas, esta variable va a detectar a los sujetos que intentan mostrar una imagen favorable de sí mismos (buena imagen).
- ✓ Podremos detectar a los sujetos clínicos a través de sus valores sumamente bajos (próximos a 0).
- ✓ Los sujetos considerados como normales van a presentar siempre un valor negativo (próximo a -7,4).
- ✓ Para una mejor interpretación de esta variable, en casos necesarios, puede ayudarse de la variable Fp, con las que correlaciona de forma altamente positiva. En contraste, con las variables que correlacionan negativamente son la L y S.

- ✓ De todos los grupos analizados solamente el de mala imagen con la variable VRIN presenta una correlación negativa elevada y significativa estadísticamente.

III.2.4.2. Variable "Fp" (Escala Psiquiátrica de Arbisi & Ben-Porath, 1995, 1998).

Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) elaboraron esta escala, compuesta por 27 ítems con la intención de detectar a los simuladores. En realidad, ni siquiera los pacientes con trastornos mentales graves presentaban puntuaciones elevadas. Por supuesto, los sujetos normales que contestaban de una forma coherente y honesta obtenían las puntuaciones más bajas. Es fundamentalmente, una escala para detectar a los sujetos, incluso pacientes psiquiátricos, que exageran sus síntomas. Las puntuaciones elevadas en esta escala no deben encontrarse ni siquiera dentro de una psicopatología severa.

Gráfica 8: Variable "Fp". Análisis intersexos/intergrupos.



Cuando el análisis ANOVA se ha realizado diferenciando los sexos, podemos apreciar que son los varones los que no se muestran estadísticamente significativos al nivel de confianza mínimamente exigido en esta investigación (5%) entre los grupos de buena imagen y clínicos (cuadro 8).

Una de las indicaciones de los autores Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) es que para detectar mejor al simulador se debe acompañar la interpretación con los resultados ofrecidos en la variable F cuando ésta se muestra elevada. Nuestros resultados confirman (tabla 10) que las correlaciones más elevadas y positivas se obtienen, precisamente, con las F (,929) y Fb (,889), especialmente con el grupo de mala imagen. Pero también podemos apreciar, en esta misma

tabla 10, otras elevadísimas correlaciones positivas con otras variables aquí analizadas, como por ejemplo con F-K.

Cuadro 8: Variable “Fp”. Diferencias intergrupos e intersexos.

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	,644	,495	,0109	S
B.Imagen, M.Imagen	-14,426	,559	<,0001	S
B.Imagen, Normales	2,094	,431	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-9,216	,650	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-15,070	,487	<,0001	S
Clínicos, Normales	1,451	,331	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-9,860	,588	<,0001	S
M.Imagen, Normales	16,521	,421	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	5,210	,643	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-11,310	,536	<,0001	S

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	,308	,687	,3793	
B.Imagen, M.Imagen	-14,326	,845	<,0001	S
B.Imagen, Normales	1,700	,614	<,0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	-9,022	,838	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-14,634	,738	<,0001	S
Clínicos, Normales	1,392	,455	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-9,330	,730	<,0001	S
M.Imagen, Normales	16,026	,670	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	5,303	,881	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-10,722	,661	<,0001	S

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

Al mismo tiempo es interesante hacer notar cómo todos los grupos presentan una correlación negativa de esta variable con K y S.

Tabla 10: Variable “Fp”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	.178	-	-	-	-
F	.704	.769	.738	.929	.454
K	-.221	-.278	-	-	-
Fb	.711	.651	.764	.889	.417
VRIN	.302	.177	.477	-	-
TRIN	.158	.250	-	-	-
S	-.214	-.295	-.194	-	-
F-K	.564	.668	.568	.850	.398
?	-	-	-	-	-

* Se exponen solamente las que resultaron ser significativas al $p < .001$

Resumiendo, podemos determinar a través de nuestros resultados, que la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998):

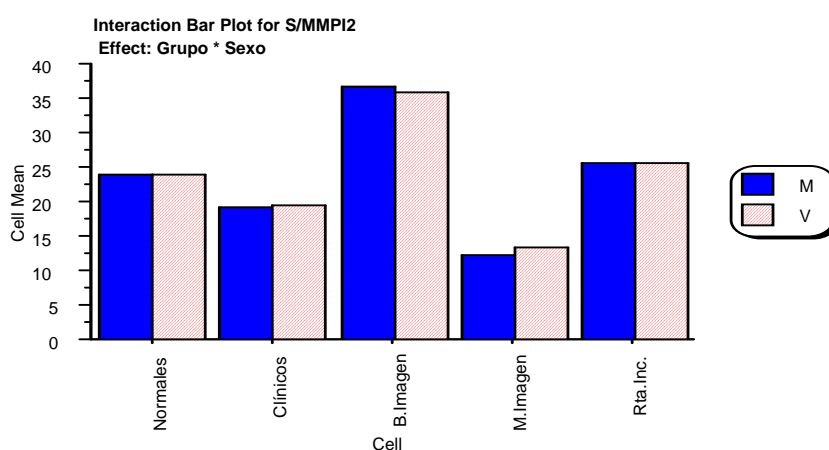
- ✓ Parece poder detectar a los sujetos que de forma voluntaria y coherente falsean sus respuestas intentando presentar su imagen más desfavorable.
- ✓ No podría discriminar suficientemente a los sujetos que intentan presentar una buena imagen de sí mismos de aquellos otros que presentan problemas clínicos, al menos entre los varones.

- ✓ Para ayudarnos a mejor interpretar el falseamiento o disimulación, los resultados de esta variable pueden acompañarse de los resultados de las variables como F, Fb, y F-K.
- ✓ Los sujetos clínicos aquí analizados (pacientes necesitados de ayuda psicológica y tratamiento ambulatorio), que han contestado honesta y sinceramente al Cuestionario, presentan puntuaciones bajas.

III.2.4.3. Variable "S" (Escala Superlativa de Butcher y Han, 1995):

Butcher & Han (1995) elaboraron esta escala para evaluar la tendencia de algunas personas de mostrarse extremadamente virtuosos, equilibrados y ajustados psicológicamente a través del MMPI-2. Esta forma de presentarse la encontramos en sujetos ante situaciones generales en las que se necesite ensalzar la figura personal como en los casos de selección de personal, atribución de guarda y custodia de los hijos, adopción, etc.

Gráfica 9: Variable "S". Análisis intersexos/intergrupos.



Butcher & Han (1995) concluyen que las puntuaciones elevadas obtenidas en la escala S son ofrecidas por personas no realistas, que informan positivamente de sí mismo, muy bien equilibrados psicológicamente y sin problemas. Pero estos investigadores no aportan dato alguno acerca de si esta variable puede detectar perfiles defensivos o perfiles de buena imagen (Graham, 2000).

Cuando realizamos el análisis ANOVA separando los sexos (cuadro 9) podemos apreciar que existen diferencias significativas entre los sexos. Por esto mismo, a la hora de interpretar adecuadamente las variables y disponer de un criterio plenamente fiable, deberíamos acompañarnos de todas aquellas otras variables que correlacionan con ella de forma positiva y/o eventualmente negativa.

Semejantes resultados obtuvieron los investigadores Baer, Wetter, Nichols, Greene & Berry (1995) al llegar a la conclusión que los datos aportados por la escala S añadidos a los de las escalas L y K pueden discriminar entre personas que contestan a la prueba de forma honesta y sincera de aquellas que contestan de una forma pretendidamente perfecta y bien ajustadas psicológicamente.

Cuadro 9: Variable “S”. Diferencias intergrupos/intersexos*.

Fisher's PLSD for S Effect: Grupos Significance Level: 5 % Split By: Género Cell: M				Fisher's PLSD for S Effect: Grupos Significance Level: 5 % Split By: Género Cell: V					
	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value		
B.Imagen, Clínicos	17,460	1,387	<.0001	S	B.Imagen, Clínicos	16,423	1,689	<.0001	S
B.Imagen, M.Imagen	24,479	1,566	<.0001	S	B.Imagen, M.Imagen	22,525	2,077	<.0001	S
B.Imagen, Normales	12,847	1,207	<.0001	S	B.Imagen, Normales	11,878	1,508	<.0001	S
B.Imagen, Rta.Inc.	11,356	1,820	<.0001	S	B.Imagen, Rta.Inc.	10,314	2,059	<.0001	S
Clínicos, M.Imagen	7,019	1,363	<.0001	S	Clínicos, M.Imagen	6,102	1,814	<.0001	S
Clínicos, Normales	-4,612	,928	<.0001	S	Clínicos, Normales	-4,545	1,118	<.0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-6,104	1,648	<.0001	S	Clínicos, Rta.Inc.	-6,109	1,794	<.0001	S
M.Imagen, Normales	-11,632	1,179	<.0001	S	M.Imagen, Normales	-10,647	1,647	<.0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	-13,123	1,802	<.0001	S	M.Imagen, Rta.Inc.	-12,211	2,163	<.0001	S
Normales, Rta.Inc.	-1,492	1,500	,0513		Normales, Rta.Inc.	-1,564	1,625	,0592	

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

Butcher & Han (1995) encontraron elevadas correlaciones (citado por Graham, 2000, pg.36) con la escala K del MMPI-2 con muestras normales (.81 para varones; .92 para mujeres), y algo más bajas con la escala L (.46, para varones y .64 para mujeres). Si contemplamos la tabla 11 (aunque conjuntando sexos), podemos intuir que nuestros resultados pueden ser coincidentes, en todos los grupos analizados, con los de Butcher & Han (1995) con respecto a las variable K y L, siendo más elevada en la primera.

Tabla 11: Variable “S”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	.451	.450	.732	.739	.440
F	-.476	-.565	-.559	-.374	-.334
K	.813	.809	.845	.844	.549
Fb	-.461	-.574	-.507	-.414	-.447
VRIN	-.163	.090	-.548	.591	.134
TRIN	-.203	-.275	-.121	-.102	-.449
Fp	-.214	-.295	-.194	-.204	-.194
F-K	-.742	-.753	-.784	-.591	-.528
¿	-.030	.019	-.080	.114	.045

* Los valores en negrita, resultaron ser estadísticamente significativos al $p < .001$

Igualmente hemos podido apreciar en nuestra tabla 11, donde se exponen las diversas correlaciones entre los grupos y con las distintas variables, que existe un nutrido grupo de variables con las que se mantiene una correlación negativa: F, Fb, y F-K. Lo cual nos lleva a poder apreciar la sensibilidad hacia el fingimiento positivo y de intentar ofrecer buena imagen más que el ofrecer el aspecto desfavorable de sí mismo.

Cuando realizamos el análisis ANOVA separando los sexos (cuadro 5) podemos apreciar que existen diferencias significativas entre los sexos. Por esto mismo, a la hora de interpretar adecuadamente las variables y disponer de un criterio plenamente fiable, deberíamos acompañarnos de todas aquellas otras variables que correlacionan con ella de forma positiva y/o eventualmente negativa.

A tenor de nuestros resultados, podemos decir que:

- ✓ Es una variable que detecta a los sujetos que intentan presentarse con su imagen más favorable.
- ✓ No discrimina adecuadamente los sujetos normales que contestan honesta y sinceramente al cuestionario de aquellos otros que lo realizan sin tener en cuenta el contenido de los ítems .
- ✓ Para ayudarnos de una mejor interpretación diagnóstica, podemos acompañarnos de los resultados elevados de las variables K, y L, y, de forma contraria, de las puntuaciones más bajas ofrecidas por F, y la F-K que correlaciona de forma altamente negativa.

Referencias bibliográficas

- Arbisi, P.; Ben-Porath, Y. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: the infrequency-psychopathology Scale, F(p). *Psychological Assessment*; vol. 7(4) 424-431.
- Avila, A. & Jiménez, F. (1994). MMPI-2 Spanish validation (Spain): main clinical and Psychometric indicators. Trabajo presentado al VII Congreso Europeo de Psicología de la Personalidad. Madrid, Julio, 1994.
- Ávila, A. & Jiménez, F. (1996). The Castilian Version of the MMPI-2 in Spain: Development, Adaptation and Psychometric properties. In J.N. Butcher (de.) *International Adaptations on the MMPI-2*. University of Minnesota Press, Minneapolis (pp.305-329).
- Avila, A. & Jiménez, F. (1998). Adaptación española del Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. TEA, ediciones, Madrid .

- Avila, A. & Jiménez, F. (1999). *Adaptación española del MMPI-2: Manual*. TEA Ediciones, Madrid.
- Avila, A. y Jiménez, F. (1992). Evaluación clínica de la personalidad-II. El MMPI y sus derivados. En A. Avila (ed.) *Evaluación en Psicología Clínica-I. Proceso, Método y Estrategias psicométricas*, (pp.297-336). Salamanca. Amarú ediciones.
- Baer, R.; Wetter, M.& Berry, D. (1995). Effects of information about validity scales on underreporting of symptoms on the MMPI-2: An analogue investigation. *Assessment*. Jun; Vol 2(2): 189-200
- Bagby, R; Gillis, J. & Dickens, S. (1990) Detection of dissimulation with the new generation of objective personality measures. *Behavioral Sciences and the Law*. Win; Vol 8(1): 93-102.
- Ben-Porath, Y.; Butcher, J. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*; Dec Vol 1(4) 345-347.
- Ben-Porath, Y.; Butcher, J.& Graham, J. (1991). Contribution of the MMPI-2 content scales to the differential diagnosis of schizophrenia and major depression. *Psychological Assessment*; Dec Vol 3(4) 634-640.
- Ben-Porath, Y.; Hostetler, K.; Butcher, J.; Graham, J. (1989). New subscales for the MMPI-2 Social Introversion (Si) scale. *Psychological Assessment*; Sep Vol 1(3) 169-174.
- Ben-Porath, Y.; McCully, E. & Almagor, M. (1993). Incremental validity of the MMPI-2 Content Scales in the assessment of personality and psychopathology by self-report. *Journal of Personality Assessment*; Dec Vol 61(3) 557-575.
- Berry, D.; Wetter, M.; Baer, R.; Larsen, L.; et als (1992). MMPI-2 random responding indices: Validation using a self-report methodology. *Psychological Assessment*; Sep Vol 4(3) 340-345.
- Butcher, J.,& Graham, J. (1994). The MMPI-2: a new standar for personality assessment and research in counseling setting. *Measurement and evaluation in Counseling and Development*, Oct. Vol.27(3). 131-150.
- Butcher, J. & Kyunghée H. (1996). Methods of Establishing Cross-Cultural Equivalence. In J.N. Butcher, *International adaptations of the MMPI-2*. University Of Minnesota Press. (pp.44-67).
- Butcher, J. & Pancheri, P. (1976). *A handbook of cross national MMPI research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. & Pope, K. (1992). The research base, psychometric properties, and clinical uses of the MMPI-2 and MMPI-A. *Canadian Psychology*; Jan vol.33(1) 61-93.
- Butcher, J. & Tellegen, A. (1966). Objections to MMPI ítems . *Journal of Consulting Psychology*, 30, 527-534.
- Butcher, J. & Williams, C. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretations*". University of Minnesota Press. Minneapolis.
- Butcher, J. (1969). *MMPI. Research development and clinical Applications*. New York. McGraw Hill.
- Butcher, J. (1972). *Objective personality Assessment: changing perspectives*. New York. Academic Press.

- Butcher, J. (1985^a). Interpreting defensive profiles. In J.N. Butcher & J.R. Graham (Eds.), *Clinical applications of the MMPI (n.º. 3)*. Minneapolis: Department of Conferences, University of Minnesota.
- Butcher, J. (1989). User's guide for the MMPI-2 Minnesota Report: Adult Clinical System. Minneapolis: National Computer System.
- Butcher, J. (1990). "MMPI-2 in Psychological Treatment". Oxford University Press, New York, Oxford.
- Butcher, J. (1990^a) What interpretative changes do the educational differences between the original MMPI and MMPI-2 normative sample require?. *MMPI-2 News and Profiles*. 1(1), 2.
- Butcher, J. (1990b). Educational level and MMPI-2 measured psychopathology: A case of negligible influence. *MMPI-2 News and Profiles*, 1(2), 2.
- Butcher, J. (1991). Screening for psychopathology Industrial applications of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). In Jones, B.D., Steffey y D. Bray (Eds.): *Applying psychology in business: the manager's handbook*. Boston: Lexington Books.
- Butcher, J. (1996). Translation and Adaptation of the MMPI-2 for international Use. In J.N. Butcher, *International adaptations of the MMPI-2*. University Of Minnesota Press. (pp. 26-44).
- Butcher, J. N. (1999). *A beginner's guide to the MMPI-2*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Butcher, J. N. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. In Hess, A.; Weiner, I.B. et al. (ed.). *The handbook of forensic psychology* (2nd ed.) (pp. 104-126). New York. NY. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Butcher, J. N.; Lim, J.; Nezami, E. (1998). Objective study of abnormal personality in cross cultural settings: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). *Journal of Cross Cultural Psychology*.; 29(1): 189-211.
- Butcher, J.& Finn, S. (1983). Objective personality Assesment in clinical settings. In Hersen, M. Kazdin, A.E. y Bellack, A.S. (Eds). *The clinical Psychology Handbook*. New York, Pergamon Press. (pp. 329-344).
- Butcher, J.(1992). The MMPI-2: A step in the right direction. *National Psychologist*, 1, 12.
- Butcher, J., Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemer, B. (1989). *Manual for the reestandaridized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis University of Minnesota Press.
- Butcher, J.; & Han, K. (1995). Development of an MMPI-2 scale to assess the presentation of self in a superlative manner: The S scale. In J.N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assesment* (vol. 10, pp.25-50). Hillsdale, NJ: LEA Press.
- Butcher, J.; Aldwin, C.; Levenson, M.; Ben-Porath, Y.; et als. (1991). Personality and aging: A study of the MMPI-2 among older men. *Psychology and Aging*; Sep Vol 6(3) 361-370.
- Butcher, J.; Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press. Mineapolis, Minnesota.

- Butcher, J.; Graham, J.; Dahlstrom, W. & Bowman, E. (1990). The MMPI-2 with college students. *Journal of Personality Assessment*; Spr Vol 54(1-2) 1-15.
- Butcher, J.; Graham, J.; Williams, C. & Ben-Porath, Y. (1989). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.; Graham, J.; Williams, C. & Ben-Porath, Y. (1990). "Development and use of the MMPI-2 Content Scales". University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher, J.; Morfitt, R.; Rouse, S. & Holden, R. (1997). Reducing MMPI-2 defensiveness: The effect of specialized instructions on retest validity in a job applicant sample. *Journal of Personality Assessment*. Apr; Vol 68(2): 385-401.
- Butcher, J.; Williams, C.; Graham, J.; Archer, R.; Tellegen, A.; Ben-Porath, Y. & Kaemer, B. (1992). "MMPI-A. Manual for Administration, Scoring and Interpretation". University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher, J.; Williams, C.; Graham, J.; Ben-Porath, Y. & Kaemer, B. (1993). "MMPI-2. Manual for Administration, Scoring and Interpretation". University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Butcher, J. (1996^a). *International adaptations of the MMPI-2*. University Of Minnesota Press.
- Butcher, J. (1996^b). Understanding abnormal behavior across cultures: The use of objective Personality Assessment Methods. In J.N. Butcher, *International adaptations of the MMPI-2*. University Of Minnesota Press. (pp. 3-26).
- Cassisi, J. & Workman, D. (1992). The detection of malingering and deception with a short form of the MMPI-2 based on the L, F, and K scales. *Journal of Clinical Psychology*; Jan Vol 48(1) 54-58.
- Castilla del Pino, C. (1980). *Introducción a la psiquiatría*. Alianza Universidad Textos, Madrid.
- Cattell, R.; Eber, H. & Tatsuoba, M. (1970). Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). IPAT. Campaing.
- Comrey, A.L. (1958^a). A factor analysis of items on the F scale of the MMPI. *Educational and Psychological Measurement*, 18, 621-632.
- Crowne, D.P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of Social Desirability Independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Dahlstrom, W.; Welsh, G. & Dahlstrom, L.E. (1975). *An MMPI handbook. Volume II.: Research developments and interpretations (Ed. Revisada)*. Minneapolis; University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Lachar, D. Y Dahlstrom, L.E. (1986). *MMPI patterns of American minorities*. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- Drake, L. E. (1946). A social I.E. scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 51-54.
- Drake, L. E. Y Thiede, W.B. (1948). Further validation of the social I.E. scale for the MMPI. *Journal of Educational Research*, 41, 551-556.
- Evans, R.G.; Dinning, W.D (1983). Response consistency among high F scale scorers on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*; Mar Vol 39(2) 246-248

- Fals, S.W. (1995). The effect of defensive responding by substance-abusing patients on the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of personality Assessment*, 64(3), 540-551.
- Faust D., y Ziskin J. (1988). The expert witness in psychology and psychiatry. *Science*, 241, 31-35.
- Fekken, G.C., & Holden, R.R. (1987). Assessing the person reliability of an individual MMPI protocol. *Journal of Personality Assessment*, 51, 123-132.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Tomos I y II. Pirámide, Madrid.
- Ford, Ch.V. (1983). *The somatizing Disorders*. Elseiver. New York.
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and individual differences*, 7, 385-400.
- Gallucci, N.T. (1985). Influence of dissimulation on indexes of response consistency for the MMPI. *Psychological Reports*, 57, 1013-1014.
- Gallucci, N.T. (1985). Influence of dissimulation on indexes of response consistency for the MMPI. *Psychological Reports*, 57, 1013-1014.
- Goldstein, R.L., (1986). Psychiatrists and personal injury litigation. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1487-1488.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal Consulting Psychology*, 14, 408-413.
- Gough, H.G. (1954) Some common misconceptions about neuroticism. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 287-292.
- Gough, H.G. (1957). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto, California Consulting Psychologists Press.
- Graham, J. (1987). "MMPI. Guía práctica". El Manual Moderno, México.
- Graham, J. (1990). "MMPI-2, assessing Personality and Psychopathology". Oxford University Press, New York, Oxford.
- Graham, J. (1992). Interpretation of MMPI-2. Validity and Clinical Scales. Workshop, Brujas.
- Graham, J. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd.ed.) London: Oxford University Press.
- 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. (1978), An empirical derived MMPI carelessness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 407-410.
- Greene, R. L. (1988) Assessment of malingering and defensiveness by objective personality inventories. In Rogers, Richard (Ed); et al. *Clinical assessment of malingering and deception*. (pp. 123-158). New York, NY, USA: Guilford Press.

- Greene, R. L. (1988b) The relative efficacy of F-K and the obvious and subtle scales to detect overreporting of psychopathology on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*. Mar; Vol 44(2): 152-159.
- Greene, R. L. (1988c) *The MMPI: Use with specific populations*. New York: Grune & Stratton.
- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiscale inventories. In Rogers, Richard (Ed); et al. *Clinical assessment of malingering and deception* (2nd ed.). (pp. 169-207). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Greene, R. L.; Clopton, James R.(1999). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). In Maruish, Mark E. (Ed); et al. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed.). (pp. 1023-1049). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Greene, R. L.; Weed, N.C.; Butcher, J. N.; Arredondo, Rudy; et al (1992). A cross-validation of MMPI-2 substance abuse scales. *Journal of Personality Assessment*; Apr Vol 58(2) 405-410.
- Greene, R.L. (1982) "Some reflections on MMPI short forms: A literature review" *Journal of Personality Assessment*, 46(5), 486-487.
- Greene, R.L. (1988). *The MMPI: Use with specific populations*. New York: Grune & Stratton.
- Greene, R.L. (1989). *The MMPI: An interpretative manual*. (2nd ed.) New York: Grune & Stratton. (1ª. Ed., 1981).
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI-2. An interpretative manual* (2nd. Ed.). Allyn and Bacon, Boston.
- Grisso, T (1986b) Psychological assessment in legal contexts. In W.J. Curran, A.L. McGary and S.A. Shah (eds), *Forensic psychiatry and psychology*. New York, Philadelphia: F.A. Davis Company, pp. 103-128.
- Gynther, M.D.; Alman, H., & Warbin,.W. (1973). Interpretation of uninterpretable Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 78-83.
- Hathaway, S.R. & Mckinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hathaway, S.R. (1947). A coding system for MMPI profiles. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 334-337.
- Hathaway, S.R. (1956). Scales 5 (masculinity-feminity), 6 (paranoia), and 8 (schizofrenia). In G.S. Welsh y W.G. Dahlstrom (Eds.). *Basic readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. *Construction of the schedule*. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota): III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14, 73-84.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1943, 1961). *Cuestionario de personalidad MMPI*. Madrid, Tea Ediciones (ed., 1970, 1975).

- Hathaway, S.R. y Meehl, P.E. (1951). *An atlas for the clinical use of the MMPI*. Minneapolis . University of Minnesota Press.
- Heilbrun, K. (1992). The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behaviour*, 16, 257-272.
- Hoffman, H., & Jackson, D.N. (1976). Substantive dimensions of psychopathology derived from MMPI content scales and the Differential Personality Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 862.
- Jiménez, F. & Avila, A. (2002). Adaptación española del MMPI-A. TEA, ediciones, S.A.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (200). La contribución de las subescalas obvio-sutil del MMPI-2 en la detección del fingimiento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11 (1), 111-123.
- 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), 119-136.
- Jiménez, F.; Sánchez, G. & Merino, V. (1997). Basic styles of aggressive implications personality in the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II and their reference with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. 4th. European Conference on Psychological Assessment, Lisbon, Portugal, 7-10, September.
- Kurlychek, Robert-T.; Jordan, L. (1980). MMPI profiles and code types of responsible and non-responsible criminal defendants. *Journal of Clinical Psychology*; Apr Vol 36(2) 590-593.
- Lanyon, R. (1978). *Psychological Screening Inventory: Manual* (2ª. Ed.). Port. Huron, MI: Research Psychologist Press.
- Lees-Haley, P. R.; English, L. T.; Glenn, W. J. (1991). A Fake Bad Scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. *Psychological Reports*; Feb Vol 68(1) 203-210.
- Lees-Haley, P.R. (1991a). MMPI-2 F and F-K scores of personal injury malingerers in vocational neuropsychological and emotional distress claims. *American Journal of Forensic Psychology*, 9(3), 5-14.
- Maloney, M.P.; Duvall, S.W.; Friesen, J. (1980). Evaluation of response consistency on the MMPI. *Psychological Reports*; Feb Vol 46(1) 295-298
- McAllister, L.W. (1986). *A practical guide to CPI interpretation*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Mckinley, J.C. y Hathaway, S.R. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota). II. A diferencial study of hipocondriasis. *Journal of Psychology*, 10, 255-268.
- Mckinley, J.C. y Hathaway, S.R. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota). IV. Psychasthenia. *Journal of Applied Psychology*, 26, 614-624.
- Mckinley, J.C. y Hathaway, S.R. (1944). A multiphasic personality schedule (Minnesota). V. Hysteria, Hypomania, and Psychopathic deviate. *Journal of Applied Psychology*, 28, 154-174.
- Mckinley, J.C. y Hathaway, S.R. (1948). A multiphasic personality schedule (Minnesota). VI. The K scale. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 20-31.

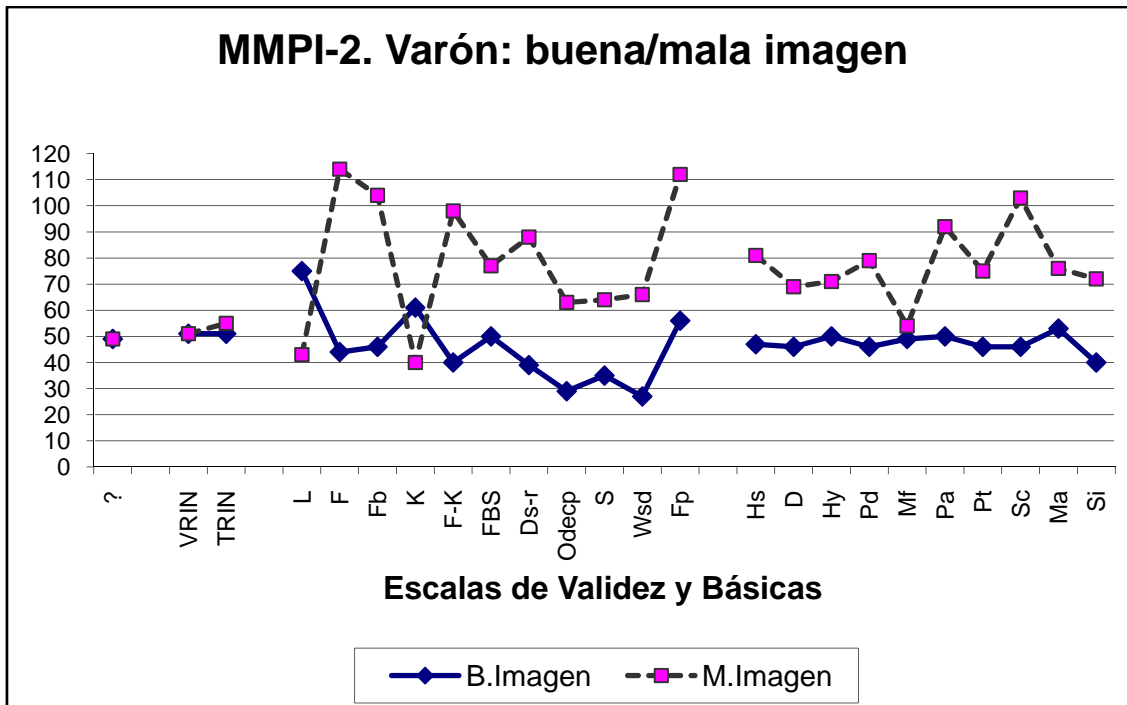
- McKinley, J.C.; Hathaway, S.R. & Meehl, P.E. (1948). The MMPI: VI. The K scale. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 20-31.
- Meehl, P.E., & Hathaway, S.R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 30*, 525-564.
- Megargee, E. I. (1972). *The Psychological Inventory handbook*. San Francisco: Josey-Bass.
- Millon, Th. (1992). Millon Clinical Multiaxial Inventory: I and II. *Journal of Counselling and Development, 70*(3), 421-426.
- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. New York: Willey (Traducción castellana: *Personalidad y evaluación*. México, Trillas, 1973).
- Morey, L. C. (1993). *Defensiveness and malingering indices for the PAI*. Paper presented at the 101st annual meeting of the American Psychological Association. Toronto.
- Nichols, D.S. & Greene, R.L. (1991). New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2. Paper presented at the 26th Annual Symposium on Recent Development in the Use of the MMPI (MMPI-2/MMPI-A). St. Petesburg Beach, Fl.
- Rogers, R. & Kelly, K (1997). Denial and Misreporting of substance abuse. In R. Rogers (Ed.). *Clinical Assessment of malingering and deception* (2ª. Ed., pgs. 108-129). Guilford Press. New York.
- Rogers, R. (1984). Toward an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences and the Law, 2*, 93-112.
- Rogers, R. (1990ª). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 18*(3), 323-333.
- Rogers, R. (1990b) Models of feigned mental illness. *Professional Psychology, 21*, 182-188.
- Rogers, R. (1997). *Clinical Assessment of malingering and deception* (2ª.Ed.). New York. London. n. 2 : A systematic examination of fake bad indicators. *Assessment*; Mar Vol 2(1) 81-89
- Rogers, R.; Bagby, R. & Chakraborty, D. (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2. Detection of coached simulator. *Journal of Personality Assessment, 60*, 215-226.
- Rogers, R.; Dion, K.; & Lynett, E. (1992). Diagnostic validity of antisocial personality disorder. *Law and human Behavior, 16*, 677-689.
- Rogers, R.; Dolmesch, R. Cavanaugh, J.L. (1983). "Identification of random responders on MMPI protocols" *Journal of Personality Assessment, 47*(4), 364-368.
- Rogers, R.; Gillis, J.; Dickens, S. & Bagby, R. (1991). Standardized assessment of malingering: validation of the Structure Interviews of Report Symptoms. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and clinical Psychology, 3*, 89-96.
- Rogers, R.; Hinds, J. & Sewell, K. (1995). *Feigning psychopathology among adolescent offenders: validation of the SIRS, MMPI-A and SIMS*. Paper presented at the 103rd meeting of the American Psychological Association. New York.
- Rogers, R.; Nussbaum, D. (1991). Interpreting response styles of inconsistent Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles. *Forensic Reports, Oct-Dec; Vol 4*(4): 361-366.

- Rogers, R.; Sewell, K., & Salekin, R. (1994). *A meta-analysis of malingering on the MMPI-2*. *Assessment*, 1, 227-239.
- Rogers, R.; Sewell, K.; Morey, L. & Ustad, K. (1996) Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment*. Dec; Vol 67(3): 629-640.
- Roman, D.; Tuley, M.; Villanueva, M. & Mitchell, W. (1990). Evaluating MMPI validity in a forensic psychiatric population: distinguishing between malingering and genuine psychopathology. *Criminal Justice and behaviour*, 17 (2), 186-198.
- Ruch, F.L. (1942). A technique for detecting attempts to fake performance on the self-inventory type of personality tests. In Q. McNemar & M.A. Merrill (Eds.), *Studies in personality* (pp. 229-234). New York: McGraw-Hill.
- Russell, M.T. & Karol, D.L. (1994) 16PF Fifth Edition, Administrator's Manual. IPAT. Institute for Personality and Ability Testing Champaign Illinois. (Adaptación española realizada por Nicolás Seisdedos Cubero, 1995).
- Sánchez, G. (2002). Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- 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.; Avila, A. & Merino, V. (1999). Psicopatología y fiabilidad: un análisis comparativo de las escalas de validez entre el MCMI-II y el MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, nº. 1, 115-125.
- Seisdedos, N. (1985). *16PF, monografía técnica*. TEA Ediciones, Madrid.
- Simoës, M. (2001). Informes psicológicos en contexto forense. En F. Jimenez (coord). *Evaluación psicológica forense.3: ámbitos delictivos, laboral y elaboración de informes* (pp.157-186). Amarú, ediciones, Salamanca.
- Tallent, N. (1993). *Psychological report writing* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Differential Personality Questionnaire*. Minneapolis: University Of Minnesota Press.
- Tellegen, A. (1988a). The análisis of consistency in personality assessment. *Journal of Personality*, 56, 621-623.
- Weiner, I.B. (1987). Writing forensic reports. In I.B. Weiner & A.K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 511-528). New York: John Wiley.
- Weiner, I.B. (1995). Psychometric issues in forensic applications of the MMPI-2. In Y.S. Ben-Porath, J.R. Graham, G.C. N- Hall, R.D. Hirschman & M.S. Zaragoza (eds), *Forensic Applications of the MMPI-2*. London: Sage Publications, pp. 48-81.
- Welzler S. & Marlowe, D (1990). Faking-bad on the MMPI, MMPI-2, and Millon-II. *Psychological Reports*, 67(3), 1117-1118.
- Wetter, M.; Baer, R.; Berry, D.; Smith G. et als., (1992). Sensivity of MMPI-2 validity scales to random responding and malingering. *Psychological Assessment*, 4(3), 369-374.

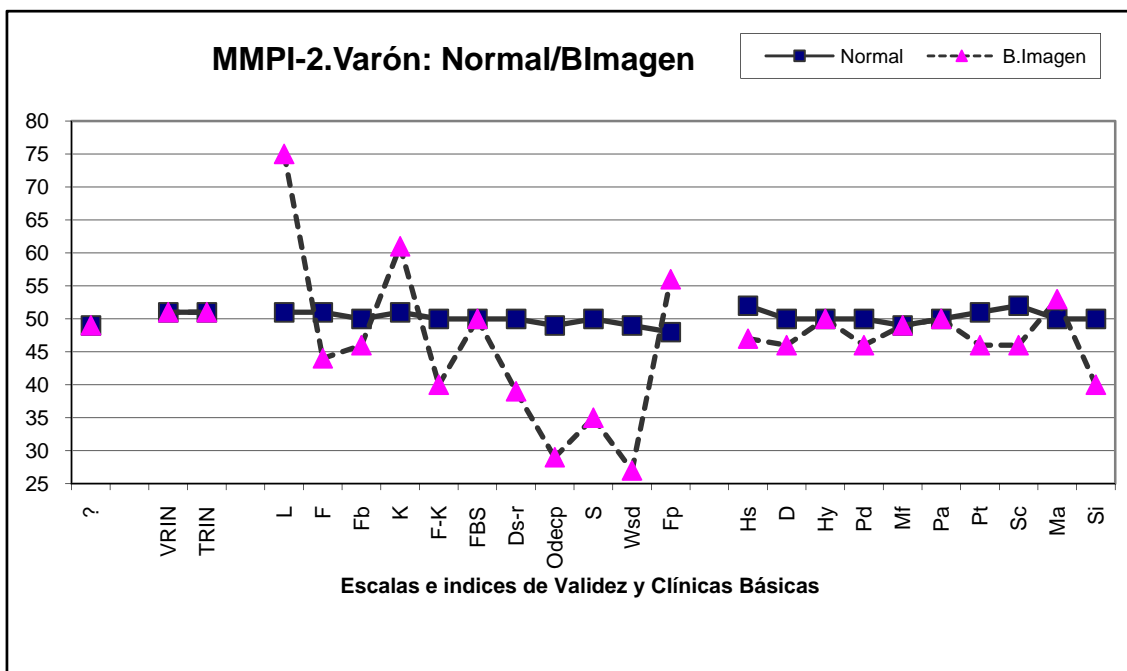
Wiggins, J.S. (1959). Interrelationships among MMPI measures of dissimulation under standard and social desirability instructions. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 419-427.

Ziskin J. y Faust D. (1988). *Coping with psychiatric and psychological testimony* (vols. 1-3, 4th. Ed.). Marina del Rey, CA: Law and Psychology Press.

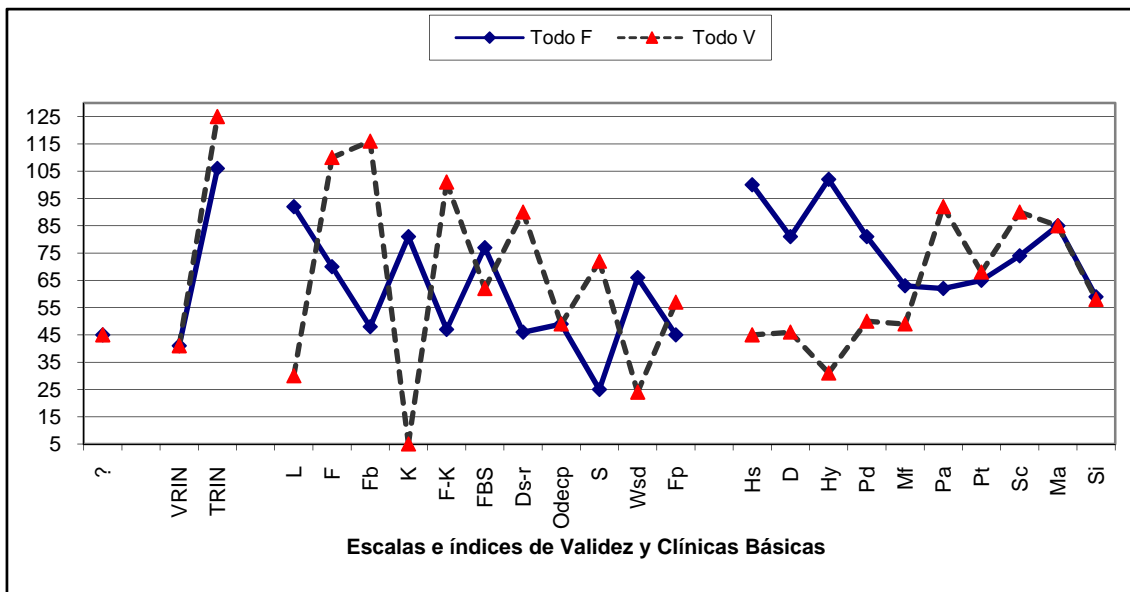
ANEXO PERFILES



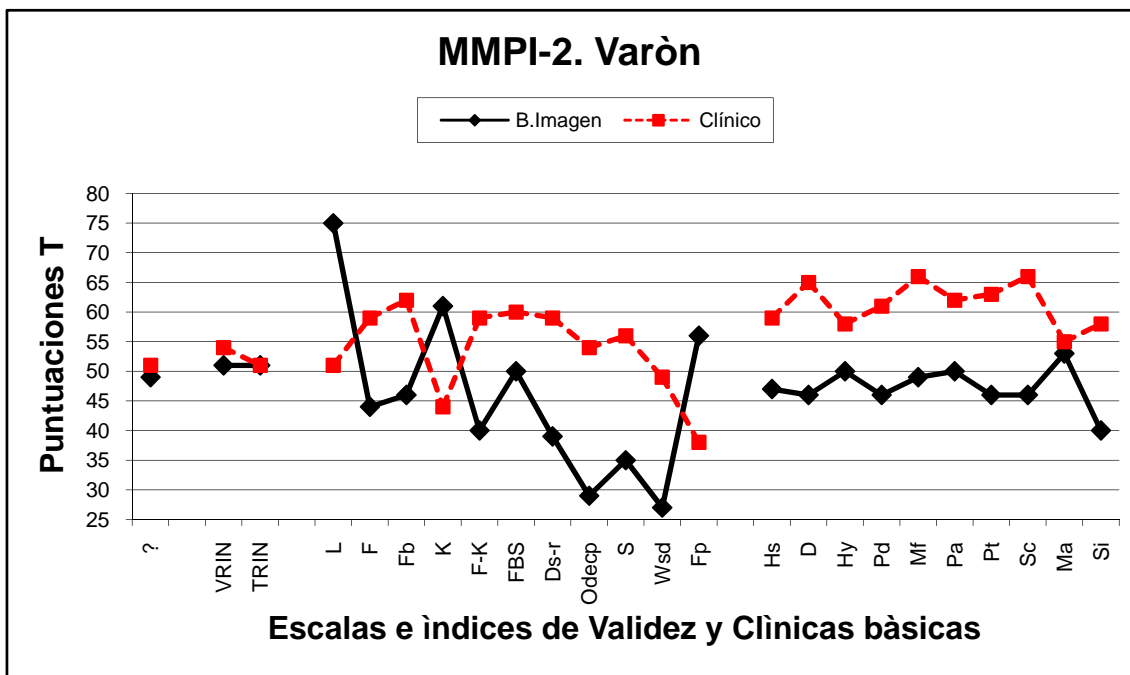
Gráfica 10: Comparación de los perfiles medios del MMPI-2. Grupos buena/mala imagen.



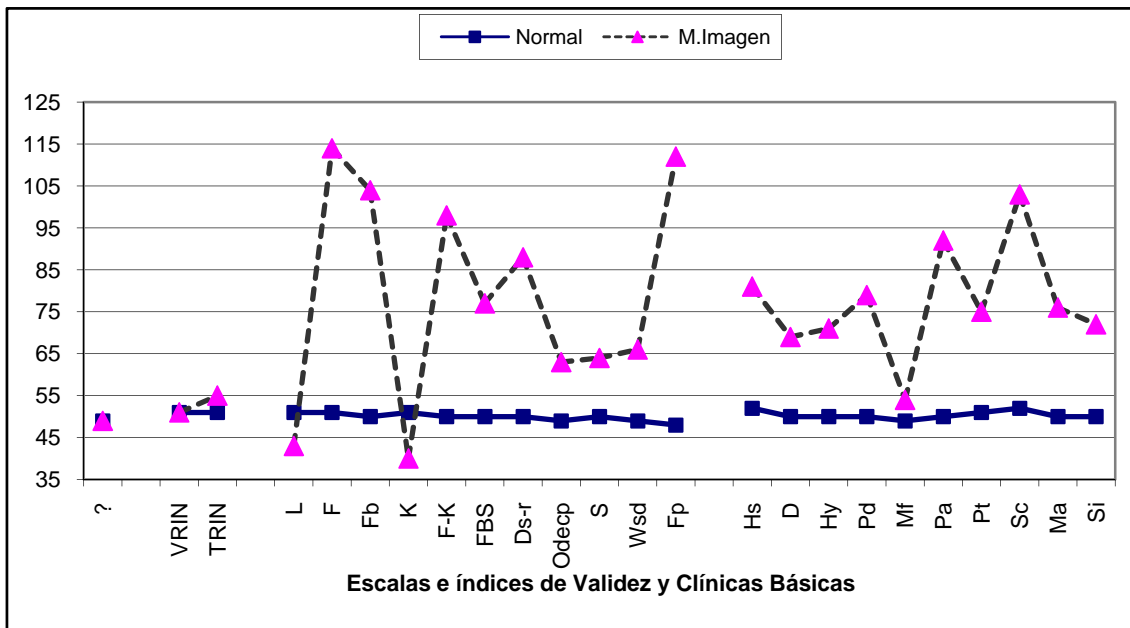
Gráfica 11. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2. Grupos normal/buena imagen



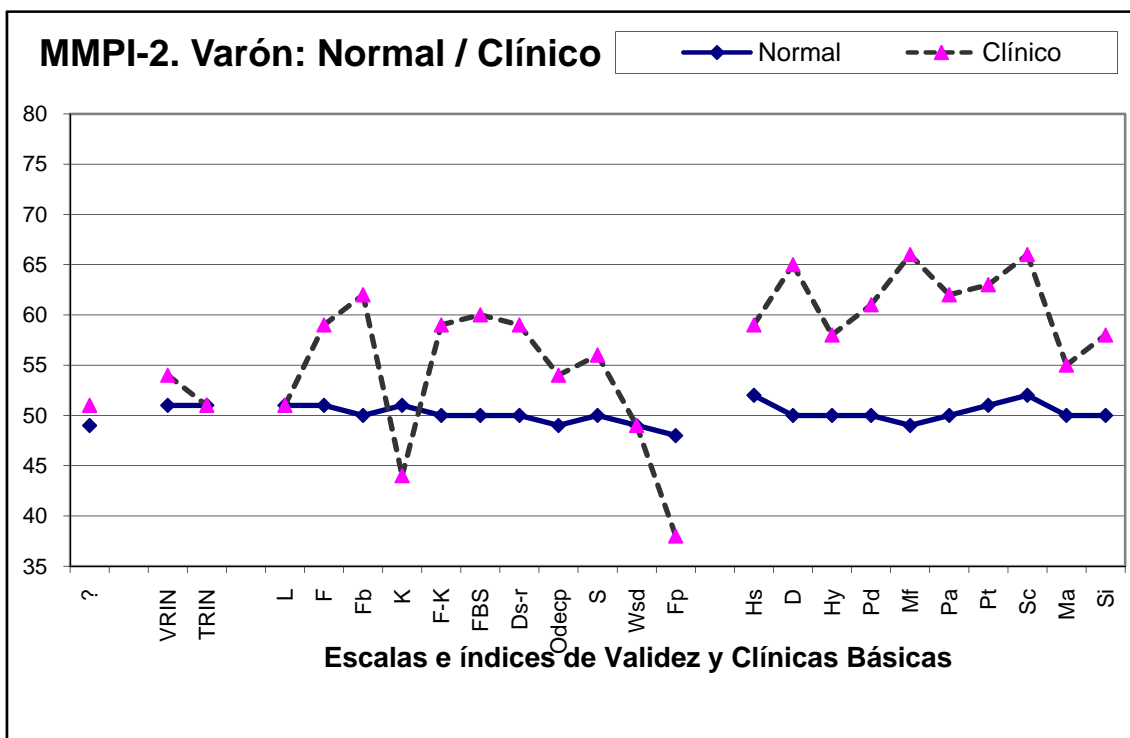
Gráfica 12. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2 . Grupos todo verdad/todo falso



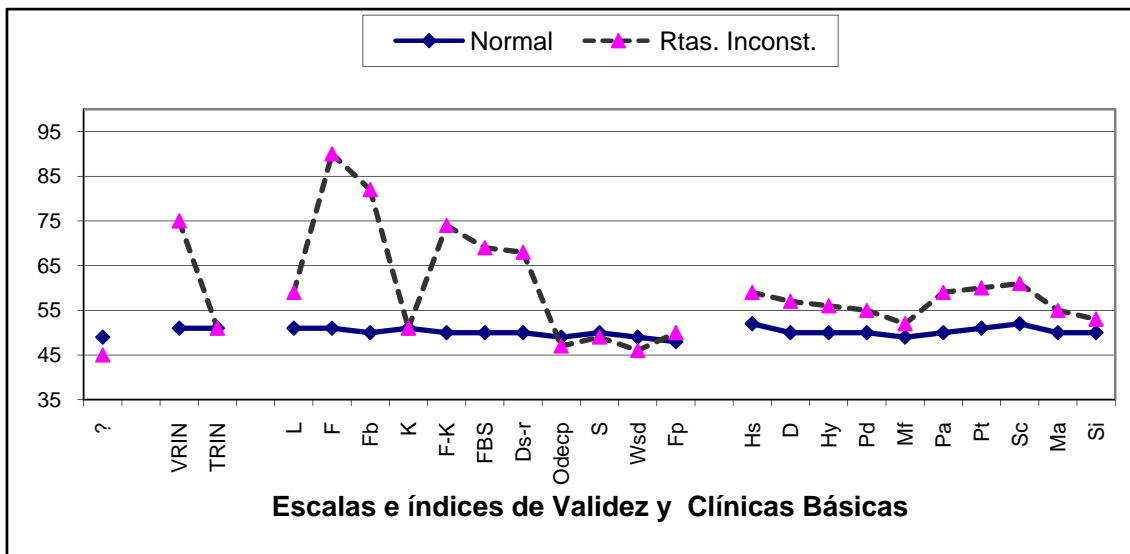
Gráfica 13. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2. Grupos buena imagen/clínico



Gráfica 14. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2 . Grupos normal/Mala imagen.

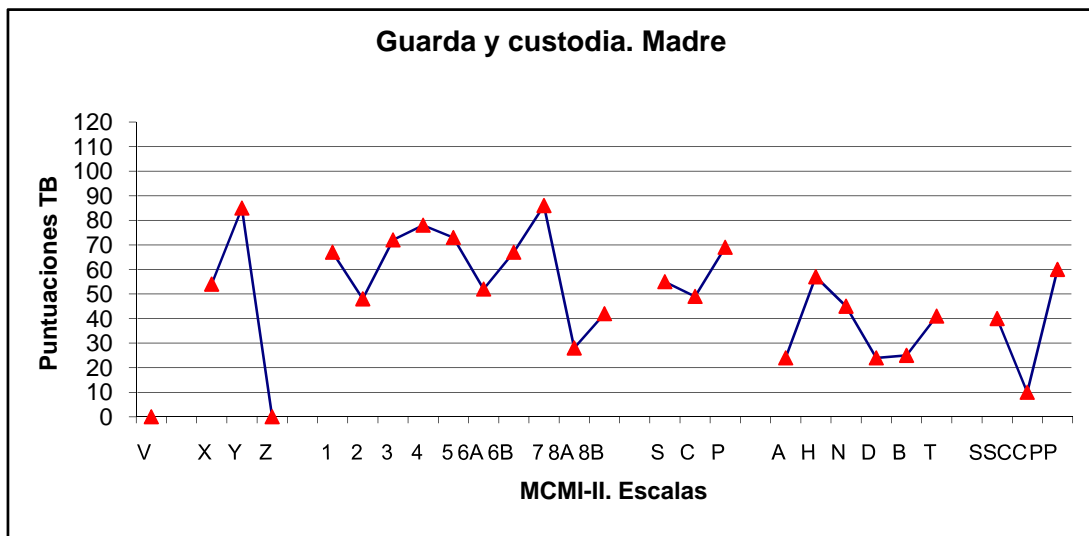


Gráfica 15. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2. Grupos normal/Clínico

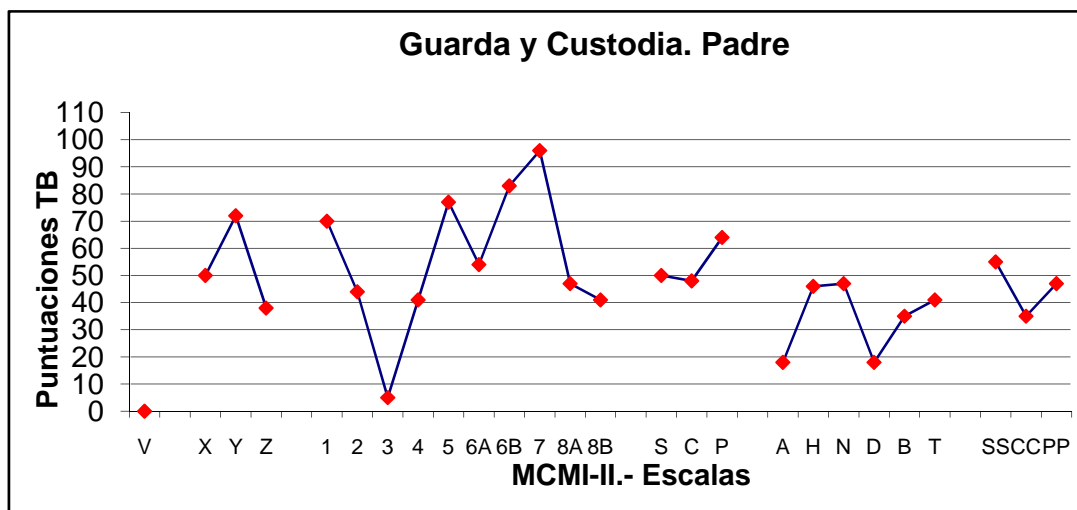


Gráfica 16. Comparación de los perfiles medios del MMPI-2. Grupos normal/Rta. Inconsistente

GUARDA Y CUSTODIA DE ESPOSOS EN LITIGIO POR SUS HIJOS



Gráfica 17. Guarda y custodia con el MCMII-II. Perfil de la madre



Gráfica 17. Guarda y custodia con el MCMII-II. Perfil del padre.