

“Una pobre contribución de la escala *fingirse enfermo* (FBS) a la adaptación española del MMPI-2” (“An poor contribution of the fake bad scale (FBS) to the MMPI-2 in its spanish adaptation”).

Sánchez, G.; Jiménez, F.; Merino, V.
(Universidad de Salamanca)
y Ampudia, A.
(Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM)

Resumen. Esta investigación analiza la contribución que puede aportar la escala Fingirse enfermo (Fake Bad Scale; FBS) de Lees-Haley, English & Glenn, (1991) al MMPI-2 en su adaptación española. Este estudio se realizó con una muestra total de 1.845 sujetos, comparando los resultados de aquellos sujetos que contestaron sinceramente a la prueba (n = 1.100), considerados como grupo control, con otros grupos a los que se adiestraron para que manipularan sus respuestas (buena imagen - mala imagen), considerados como grupo experimental (n = 545). Al mismo tiempo se escogió una muestra (n = 200) que respondieron al cuestionario de una forma inconsistente, sin tener en cuenta la información contenida en los ítems del MMPI-2. Los resultados muestran una baja consistencia de los ítems de la escala FBS y una insuficiente sensibilidad, especificidad y poder predictivo para detectar a los sujetos supuestamente enfermos.

Palabras clave: FBS, MMPI-2. Simulación.

Summary. This investigation analyzes the contribution of the Fake Bad Scale (FBS) by Lees-Haley, English and Glenn (1991) to the MMPI-2 in its Spanish adaptation. This study was carried out with a total sample of 1,845 subjects, comparing the results of those subjects that answered sincerely to the test (n= 1,100), considered as the control group, with other groups which were trained to manipulate their answers (good image - bad image), considered as the experimental group (n = 545). At the same time a sample was chosen (n = 200) which responded to the questionnaire in an inconsistent way, without keeping in mind the information contained in the items of the MMPI-2. The results show a low consistency of the items corresponding to the FBS scale and a insufficient sensibility, specificity and value predictive to detect the supposedly sick subjects.

Key words: FBS, MMPI-2, Malingering.

Introducción

Dentro del contexto de la evaluación forense, para cualquier psicólogo que intente obtener información sobre la personalidad de un individuo implicado en un proceso jurídico utilizando la estrategia del autoinforme, podría resultar problemático emitir un informe fiable si no dispone de variables detectoras de manipulación sobre los datos obtenidos.

Una de las técnicas más utilizadas por los psicólogos forenses, que evalúan la posibilidad de discriminación de trastorno psicopatológico de la personalidad, es el Inventario Multiphásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI). Detectar la posibilidad de fingimiento a través de las variables tradicionales de Validez *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia) y *K* (Defensividad) ha sido una de las tareas más prolíficas en la literatura del MMPI. En la última actualización del MMPI (Butcher, Dalstrom, Graham, Tellegen & Kaemer, 1989; adaptación española: Ávila y Jiménez, 1999) se han añadido otras escalas detectoras de la validez, como *VRIN* (Inconsistencia de Respuestas Variables), *TRIN* (Inconsistencia de las Respuestas Verdadero), y otras más actuales como la Escala *S* (Superlativa, de Butcher y Han, 1995), y la Escala de Psicopatología infrecuente (*Fp*, de Arbisi y Ben-Porath, 1995, 1998), aportando, de esta forma, una estimable fiabilidad y seguridad a los psicólogos que trabajan con el MMPI-2 tanto desde el ámbito de la clínica como en el de la evaluación forense.

La literatura científica, aportada por el MMPI, ha empleado fundamentalmente algunos términos para identificar el fingimiento intencionado de una enfermedad, incapacidad o incompetencia, tales como *fingirse enfermo*

deliberadamente (malingering) o mala imagen (Fake-bad).

El grupo de investigadores de Lees-Haley, (Lees-haley, English & Glenn, 1991; Lees-haley, 1992) elaboró una escala denominada *Fingirse enfermo* (Fake Bad Scale, FBS), seleccionado, de forma lógica, 43 ítems del MMPI, con el objetivo de detectar a las personas que, dentro de un contexto jurídico, intentan ofrecer una imagen desfavorable de sí mismos.

Esta Escala, entre los investigadores (Arbisi & Butcher, 2004; Butcher, Arbisi, Atlis & McNulty, 2003; Greiffenstein, Baker, Axerol, Peck & Gervais, 2004; Larrabee, 2003a, Larrabee, 2003b, Larrabee 2003c; Lees-Haley & Fox, 2004), ha suscitado diversos tipos de polémica centradas, fundamentalmente, en los diferentes tipos de muestra seleccionadas, diferentes *puntos de corte*, tipos de malestar (somático/psiquiátrico) o si con esta Escala podría detectarse la intencionalidad de engañar por un sujeto.

Así, el estudio inicial realizado por Lees-Haley, English & Glenn, (1991) se compararon las puntuaciones obtenidas en diferentes grupos (personas con daño cerebral reclamando judicialmente algún tipo de indemnización, pacientes ambulatorios que simulan estrés emocional y pacientes psiquiátricos), situando el *punto de corte* en la puntuación directa de 20 (para ambos géneros), y siendo este valor el que correctamente clasificaba al 96% de los sujetos diagnosticados de *Fingirse enfermo* y al 79% de los pacientes simuladores de diversos trastornos.

Posteriormente (Lees-Haley, 1992), realizó una investigación con las escalas de Validez del Cuestionario de personalidad Millon Multiaxial Clinical Inventory –II; MCMI-II), comparando 55 pacientes (32 varones y 23 mujeres), alegando un falso trastorno por estrés postraumático (*PTSD*), con 64 sujetos como grupo control, y encontró que los *puntos de corte*, que

diferenciarían a los fingidores de los que realmente tenían trastorno, deberían ser diferentes para varones ($FBS \geq 24$) que para mujeres ($FBS \geq 26$). La diferencia de género, para algunos autores (Butcher, Arbisi, Atlis & McNulty, 2003), parece ser digna de referencia.

La polémica sobre el tipo de sintomatología (malestar corporal, ansiedad y/o problemas psiquiátricos), no fue ajena a la investigación llevada a cabo por Larrabee (1998) cuyo objetivo fundamental de su estudio se focalizó en detectar a las personas que exageran y/o prolongan su *malestar corporal* cuando se encuentran inmersas en procesos judiciales. Pretendía evaluar la sensibilidad del MMPI/MMPI-2 en sujetos con sospecha de *fingirse enfermo* que intentan mostrar o exagerar su sintomatología somática. Para ello, a cada uno de los 12 sujetos con daño cerebral que reclamaban una indemnización por encontrarse enfermos, además del MMPI-2, se les administró una entrevista clínica, una batería neuropsicológica y otras pruebas que detectaban la validez de los datos aportados. Los resultados demostraron que 3 de los 12 sujetos presentaron puntuaciones elevadas en las escalas de Validez *F* (Infrecuencia) y en las escalas Clínicas *Hs* (Hipocondría) e *Hy* (Histeria). Igualmente, pudo demostrar que 11 de los 12 sujetos presentaron elevaciones en la Escala *FBS* de Lees-Haley (1991). La conclusión final a que llega Larrabee (1998) es que debería considerarse el *fingirse enfermo* (*somatic malingering*) cuando las puntuaciones *Hs* (Hipocondría) e *Hy* (Histeria) se muestren superiores a 80T y la Escala *FBS* se encuentre significativamente elevada.

Algunos investigadores de esta Escala (Lees-Haley, 1991; Elhai, Gold, Frueh & Gold, 2000) también sugieren que la

Escala *FBS* podría tener utilidad para detectar a los simuladores de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD). El estudio realizado por Elhai, Gold, Frueh & Gold, (2000) al comparar una muestra clínica de 124 pacientes varones veteranos de guerra con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (PSTD) con otra no-clínica de 84 adultos, estudiantes instruidos y entrenados para que pudieran simular el mismo trastorno, llegando a la conclusión de la no existencia de diferencias significativas en esta Escala *FBS*, entre ambos grupos, al comparar sus puntuaciones medias (puntuaciones T). Sin embargo en el resto de variables que analizaron (*F*: Infrecuencia; */F-Fb/*: Diferencia entre las Infrecuencias en valor absoluto; *F-K*: Índice de Gough, 1947-1950; *Fp*: Psicopatología infrecuente, *Ds2*: Disimulación de Gough, revisada; *O-S*: Obvio-Sutil; y *OT*: Obvio-Total) sus datos resultaron ser estadísticamente significativos.

Con una muestra de sujetos con daño cerebral, con sintomatología entre atípica-ilógica y gravedad moderada-severa, clasificando a éstos últimos entre *litigantes* y *no-litigantes* con la justicia, Greffenstein, Baker, Gola, Donders & Miller, (2002) analizaron su comportamiento con esta Escala *FBS*, llegando a la conclusión de que dicha escala presenta mayor sensibilidad para detectar a los falsificadores que la *F* (Infrecuencia) y *F-K* (Índice de Gough, 1947-1950). Las puntuaciones más elevadas en *FBS* estuvieron asociadas con las quejas *somáticas* (*Hs*: Hipocondría, *Hy*: Histeria) y menos con las quejas *psicóticas* (*Pa*: Paranoia, *Sc*: Esquizofrenia) del MMPI-2.

Tradicionalmente, con el MMPI/MMPI-2, se ha detectado la exageración de la sintomatología psicopatológica a través de la *tríada psicótica* (*Sc*: Esquizofrenia; *Ma*:

Paranoia y *Pt*: Psicastenia), acompañadas con elevaciones en las variables *F* (Infrecuencia) y *Fb* (Infrecuencia posterior). Posteriormente a la técnica de Minnesota se le añadió la escala *Fp* (Psicopatología infrecuente, de Arbisi & Ben-Porath, 1995), y los estudios de Berry et al. (1995) se encargaron de demostrar su validez con el MMPI-2. No obstante, Greffenstein et al. (2004), al comparar la Escala *FBS* con estas mismas variables, demuestra la superioridad de la Escala *FBS* sobre las *F* (Infrecuencia), *Fb* (Infrecuencia posterior) y *Fp* (Psicopatología infrecuente) en contextos judiciales sin que por ello se encuentren implicadas variables psiquiátricas.

Arbisi & Butcher (2004) respondiendo a las críticas propuestas por Greve & Bianchini (2004) y Lees-Haley & Fox (2004) sobre la distinción entre diagnóstico e identificación del término de *malingering* (intención de engañar), se preguntan qué es en realidad lo que está midiendo esta Escala *FBS*, si detecta *malingering* problemas neurocognitivos (Larrabee, 2003c; Larrabee, 2003d), Trastorno por Estrés Postraumático (Elhai, Gold, Sellers & Dorfman, 2001), malestar corporal (*Hy*: histeria; *Hs*: hipocondría; *HEA*: preocupaciones por la salud), síntomas de ansiedad (*A*, *PK*, *PS*, *WRK*) o malestar psiquiátrico (*Pa*: Paranoia; *Sc*: Esquizofrenia), ya que de los resultados de las investigaciones de Greffenstein et al. (2002, 2004) se argumentan contra el uso mismo de esta Escala *FBS* al no poder distinguir entre individuos litigantes inmersos en procesos judiciales (con intención de engañar) y no-litigantes. Esta polémica de *intencionalidad* con la Escala *FBS*, surgió de los planteamientos de Butcher et al. (2003), ya que él mismo pudo demostrar, con una amplia muestra ($n = 108.791$), valores superiores en las personas que mantenían procesos con la

justicia sobre otros cuatro grupos sin implicaciones judiciales (pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio, individuos implicados en un programa de dolor crónico, pacientes de medicina general, veteranos de guerra en régimen ambulatorio). La conclusión de Butcher et al. (2003) es que esta Escala *FBS* debería ser considerada, más como un desajuste y malestar general de tipo somático, antes que una escala de *deliberada* mala imagen, es decir con la intencionalidad de engañar y obtener un beneficio personal.

A partir de este estudio han aparecido comentarios y críticas realizadas por diversos investigadores (Arbisi & Butcher, 2004; Greve & Bianchini, 2004; Lees-Haley & Fox, 2004) que han oscurecido un poco la identidad fundamental de esta Escala *FBS*.

El estudio realizado por Sánchez (2002) sobre esta misma Escala *FBS* con una muestra española total de 3.079 sujetos, diferenciando grupos *control* y *experimental*, ya detectó y diferenció, de forma estadísticamente significativa, a los que pretenden mostrar una imagen desfavorable sobre sí mismos de aquellos otros que contestaban de forma honesta y sincera. Las conclusiones obtenidas de este trabajo de Sánchez (2002) y las diferentes polémicas habidas con esta escala ha sido motivo para profundizar en las cualidades y características de esta Escala *FBS* de Lees-Haley, English & Glenn (1991).

El objetivo general de este estudio pretende aportar un poco de claridad sobre el tipo de contribución que puede mostrar esta Escala *FBS* cuando, distintos grupos de personas, contestan de diversa forma al cuestionario del MMPI-2. Los objetivos específicos se centran en: 1) Se considera prioritario, detectar a los sujetos que distorsionan deliberadamente sus respuestas y, por ello, las hipótesis van

explicitadas en esta dirección; 2) interesa delimitar las peculiaridades de enfermedad ofrecida (somáticas, psiquiátricas); y, 3) apreciar la sensibilidad, especificidad y poder predictivo de la Escala FBS, detectando con ello su aportación al MMPI-2.

METODOLOGÍA

Planteamiento de hipótesis

Nuestro planteamiento formula dos propuestas que pueden contribuir a detectar a los sujetos que contestan, intencionadamente, de forma no sincera al cuestionario del MMPI-2:

1ª). “Los sujetos que contestan al cuestionario del MMPI-2 mostrando una *mala imagen* de sí mismos obtendrán valores diferencialmente significativos y más elevados en la escala *Fingirse enfermo* (FBS) de aquellos otros que contestan de forma sincera y honesta: normales y clínicos”.

2ª). “Los sujetos que contestan al cuestionario del MMPI-2 mostrando una *buen imagen* de sí mismos obtendrán valores diferencialmente significativos y más bajos en la escala *Fingirse enfermo* (FBS) de aquellos otros que contestan de forma sincera y honesta: normales y clínicos”.

Participantes

Para poder llegar a demostrar estos planteamientos se obtuvo una muestra total de 1.845 participantes que contestaron de forma diferente al cuestionario del MMPI-2. Estos sujetos fueron divididos, inicialmente en dos grupos: control y experimental.

El grupo denominado como *control* lo constituyen personas que contestan a la prueba de forma sincera y honesta (estándar) y teniendo en cuenta la información contenida en los ítems del cuestionario. Este *grupo control* está formado, a su vez, por dos subgrupos: *normal* y *clínico*.

Los individuos denominados como *grupo normal* son 541 sujetos (213 varones con una media de edad: 31,67, con edades comprendidas entre 19 y 58 años y con una Dt. de 11,263; y 328 mujeres con una media de edad de 30,31, con edades comprendidas entre 19 y 60 años y una Dt. de 10,293) sin evidencia de patología que han contestado a los ítems del MMPI-2 de forma sincera y honesta (estándar). Con el objetivo de homogeneizar su número con la muestra clínica obtenida, este grupo de 541 sujetos fue seleccionado aleatoriamente (utilizando el paquete estadístico SPSS, v.15.0) de la muestra total 1.906 (28,38%) que, igualmente, fueron utilizados para la baremación española.

Los participantes denominados como *grupo clínico* lo constituyen 559 sujetos (252 varones, con una media de edad de 34,58, entre 19 y 64 años, con una Dt. de 11,424; y 307 mujeres, media de edad: 34,09, entre 19 y 65 años y con una Dt. de 11,982) siendo 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 ayuda del profesional de la psicología. Esta muestra no incluye pacientes crónicos internados en un centro psiquiátrico. Contestan al cuestionario igualmente de forma honesta y sincera. Dicha muestra clínica es la misma ($n = 525$) que fue utilizada en la baremación española del MMPI-2 realizada por Ávila y

Jiménez (2002) y a los que se añadieron 34 sujetos más.

El grupo *experimental* está compuesto, a su vez por tres subgrupos: de *buena imagen*, de *mala imagen* y aquellos que ofrecen *respuestas inconsistentes*.

El grupo *buena imagen* son personas consideradas normales (sin evidencia de patología) a las que se les instruyó adecuadamente para que realizaran la prueba del MMPI-2 intentando ofrecer una buena imagen de sí mismos con la siguiente instrucción: “*Tienen Vds. ante sí un cuestionario al que deben responder como verdadero o falso a las preguntas que se le plantean, pero mostrando en todo momento una imagen favorable, o buena imagen, de sí mismos*”. El número total de sujetos fue de 278 (117 varones con una media de edad de 28,09 y una Dt. De 9,523 con un intervalo entre 19 y 63 años; y 161 mujeres con una media de edad de 26,65, una Dt. De 8,113 y edades entre 19 y 59 años).

El grupo *mala imagen* son personas, igualmente consideradas como normales, a las que se les instruyó adecuadamente para que contestaran al MMPI-2 intentando ofrecer una imagen desfavorable de sí mismos con la siguiente instrucción: “*Tienen Vds. ante sí un cuestionario al que deben responder como verdadero o falso a las preguntas que se le plantean, pero mostrando en todo momento una imagen desfavorable, o mala imagen, de sí mismos*”. El número de sujetos fue de 267 (95 varones, media de edad de 27,95, comprendida entre 19 y 64 años y con una Dt. De 8,127; y 172 mujeres, con una media de edad de 26,30 y una Dt. De 8,153 y sus edades se encuentran comprendidas entre los 19 y 64 años de edad).

El grupo que emite *respuestas inconsistentes* está formado por la

cumplimentación de 200 protocolos sin tener en cuenta el sentido de los ítems, utilizando una estrategia incoherente e inconsistente indeterminada para contestar en la hoja de respuestas de corrección mecanizada (los 5 primeros como “falsos”, los 5 siguientes como “verdaderos”; una columna de la hoja de respuesta contestada como “verdadero” y la siguiente columna como “falso”, “verdadero-falso” alternativamente, falso-verdadero alternativamente, etc.). La cumplimentación de los protocolos fue realizada por el propio equipo investigador y de forma totalmente aleatoria se asignaron 100 protocolos para los varones y 100 para las mujeres.

Procedimiento

Para asegurar una mayor fiabilidad de la información obtenida, se utilizó un formato de hoja de respuestas de corrección mecanizada, siendo leídas por lectora óptica (Scanmark, 2.500). Sus puntuaciones fueron procesadas por un programa informatizado (Leycotest) que permitía trasladar los resultados obtenidos a un paquete estadístico SPSS (v 15.0), consiguiendo con ello la máxima objetividad en el manejo de los datos aportados por el MMPI-2.

En este estudio, se analizaron diferentes interacciones estadísticas de la Escala *FBS*, no sólo con el grupo de Escalas de Validez *L* (Mentira), *F* (Infrecuencia), *K* (defensividad), *Fb* (Infrecuencia posterior), *VRIN* (Inconsistencia de respuestas variables) y *TRIN* (Inconsistencia de respuestas verdadero), sino también con las 10 Escalas Clínicas básicas y las 17 Escalas de Contenido del MMPI-2.

Teniendo en cuenta que el MMPI-2 muestra su baremación diferenciada por género, realizamos igualmente los

primeros análisis teniendo en cuenta esta diversificación para poder constatar la posibilidad de existencia de diferencias estadísticamente significativas.

El análisis realizado, en su tratamiento estadístico, muestra dos fases esenciales y claramente diferenciadas. En la primera se ha efectuado el análisis de la fiabilidad de los ítems a través de la consistencia del índice α de Cronbach. En la segunda interesaba poder apreciar la contribución aportada a las escalas de Validez del MMPI-2 y ver su referencia y asociación con las Escalas Clínicas básicas y las de Contenido. Finalmente el análisis de la sensibilidad y especificidad de la Escala FBS y su poder predictivo, nos aportaría información acerca de la contribución de esta escala al MMPI-2.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los 43 ítems que componen la Escala FBS y su correspondencia con las variables MMPI-2 implicadas y el porcentaje de presencia en la escala. Se puede constatar la notable presencia del grupo de variables denotadoras de malestar somático, tales como la *Hy* (Histeria, 32,56%), *HEA* (Preocupaciones por la salud, 32,56%), y *Hs* (Hipocondría, 30,23%), y otro grupo de variables que hacen referencia a trastornos de ansiedad, tales como *PS* (Trastorno por estrés postraumático, 16,28%) y *PK* (11,63%), *ANX* (Ansiedad, 13,95%) y *A* (11,63%). También se observa la existencia de otro conjunto de variables que hacen referencia a la clásica triada

psicopatológica *Sc*, (Esquizofrenia, 16,28%), *Pa*, (Paranoia, 9,30%) *Pt* (Psicastenia, 6,98%).

Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Butcher et al. (2003). Se perciben claramente dos conjuntos de variables indicadoras de trastornos diferentes: por una parte, variables que evidencian problemas somáticos (*Hs*, *Hy*, *D*, *HEA*, *PK*, *PS*) y psicopatológicos (*Pa*, *Pt*, *Sc*) y, por otra, la existencia de una elevada correlación, a pesar de su escasa presencia, en la Escala FBS, de las variables de Validez *F* (Infrecuencia, 9,30%) y *Fb* (Infrecuencia posterior, 2,32%).

La Tabla 2 presenta los diferentes resultados de los índices de homogeneidad (α de Cronbach) de los 43 ítems que componen la Escala FBS, expresados por género. Se observan claramente dos peculiaridades interesantes dignas de resaltar: por una parte, la baja consistencia general por ambos géneros (entre ,568 y ,674), que podría estar sugiriendo que no es una escala de una única dimensión; y por otra, que la consistencia resulta siempre mayor en el género femenino que en el masculino, si exceptuamos el grupo de *normales* y el de *Inconsistentes*. Esta misma diferenciación entre género de la consistencia interna de la Escala FBS es referida igualmente por Butcher et al. (2003) y Lees-Haley (1992) propone, con el Millon Clinical Multiaxial Personality-II (MCMI-II), una diferente puntuación para mujeres que para varones.

Tabla 1. Ítems que componen la Escala FBS y su correspondencia con las escalas de Validez, Clínicas y de Contenido del MMPI-2.

| Nº. Ítems (43) ¹ | Escala/s a que pertenece | Porcentajes de presencia |
|-----------------------------|--|--------------------------|
| 11 | Hy, Pt, HEA | Hy = 32,56 |
| (12) | F, MDS, Pd, Sc | HEA = 32,56 |
| 18 | F, Hy, Hs, D, HEA | Hs = 30,23 |
| 28 | Hs, HEA, Mt, VRIN | VRIN = 20,93 |
| 30 | F, PK, ANX | Sc = 16,28 |
| 31 | Hy, D, Pt, Pd, Sc, Si, ANX, Mt, PK, WRK, A, PS | PS = 16,28 |
| 39 | Hy, Hs, D, PK, ANX, VRIN, TRIN | Mt = 16,28 |
| 40 | Hy, HEA, VRIN, TRIN | ANX = 13,95 |
| (41) | L, | PK = 11,63 |
| 44 | Hy, Sc, HEA, PS | A = 11,63 |
| (57) | HEA, HS | WRK = 11,63 |
| (58) | Hy, K | D = 9,30 |
| 59 | Hs, PK, HEA, PS | Pa = 9,30 |
| (81) | Hy, Pa, VRIN | F = 9,30 |
| (110) | Hy, Pa, K, VRIN | Si = 6,98 |
| 111 | Hs, HEA | Pt = 6,98 |
| (117) | Hs, HEA, O-H, MAC-R, | TRIN = 6,98 |
| (152) | Hy, Hs, Mt, VRIN, TRIN | K = 6,98 |
| (164) | HEA, Re, Hy, Hs | O-H = 4,65 |
| (176) | HEA, Hy, Hs | MAC-r = 4,65 |
| (224) | HEA, Hy, Hs | R = 4,65 |
| (227) | Do | GF = 4,65 |
| (248) | R, D | Pd = 4,65 |
| (249) | HEA, Hy, Hs | Fb = 2,32 |
| (250) | GF | Fp = 2,32 |
| 252 | F, Sc, Fp | MDS = 2,32 |
| (255) | HEA, R, Pa, Sc, Si, Hs | L = 2,32 |
| (264) | GF | Re = 2,32 |
| 274 | Sc, PK, TRT, PS | Do = 2,32 |
| (284) | Pa, K, VRIN | TRT = 2,32 |
| 325 | Sc, Pt, Mt, A, PS | |
| 339 | ANX, PK, Mt, A, WRK | |
| (362) | Si | |
| (373) | - | |
| (374) | VRIN | |
| (419) | - | |
| (433) | O-H | |
| 464 | WRK, Mt, A, PS | |
| 469 | ANX, Mt, A, PS | |
| (496) | ANX, APS | |
| 505 | WRK | |
| 506 | DEP, Fb, MAC-R, VRIN | |
| (561) | WRK | |

¹ Se exponen entre paréntesis el sentido "Falso" del ítem encontrado en la escala.

Dados los resultados anteriores sobre las diferencias de género y teniendo en cuenta la especificación de los baremos presentados por el MMPI-2, interesaba constatar si las diferencias de medias (ANOVA) entre género se podría encontrar con alguna significación estadística.

A través de la Tabla 3, se pueden contemplar los resultados de los estadísticos descriptivos, diferenciados por género, pudiendo observarse que el grupo de *mala imagen* es el que presenta la puntuación media más elevada de todos los

grupos, tanto para un género como para el otro, aunque ligeramente superior los varones (24,48) sobre las mujeres (23,57). El grupo que presenta la puntuación más baja está referido por el de *buena imagen* (varones: 12,14 y mujeres: 12,72) y con una escasa diferencia con el grupo considerado como *normal* (varones: 12,68 y mujeres: 13,63). Las diferencias de medias (ANOVA), entre género, resultaron ser significativas solamente en el grupo *clínico*, siendo las mujeres (20,07) muy superiores a los varones (16,91). A partir

de este resultado los análisis subsiguientes no van a diferenciarse por género.

Tabla 2. *Fiabilidad (α de Cronbach) de la Escala FBS (43 ítems).*

| | GRUPO CONTROL | | GRUPO EXPERIMENTAL | | |
|---------|---------------|---------|--------------------|-------------|-----------------|
| | Normal | Clínico | Buena imagen | Mala imagen | Rta. Inconsist. |
| Varones | ,623 | ,602 | ,640 | ,515 | ,803 |
| Mujeres | ,536 | ,633 | ,643 | ,616 | ,183 |
| Ambos | ,569 | ,614 | ,641 | ,581 | ,674 |

Tabla 3. *Estadísticos descriptivos de la FBS, y ANOVA entre género.*

| Estadísticos | GRUPO CONTROL | | | | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | | |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Normal | | Clínico | | Buena imagen | | Mala imagen | | Rta. inconsist. | |
| | Mujer (n=328) | Varón (n=213) | Mujer (n=307) | Varón (n=252) | Mujer (n=161) | Varón (n=117) | Mujer (n=172) | Varón (n=95) | Mujer (n=100) | Varón (n=100) |
| Media | 13,63 | 12,68 | 20,07 | 16,91 | 12,72 | 12,14 | 23,57 | 24,48 | 21,18 | 21,41 |
| Desviación St. | 4,893 | 5,294 | 6,374 | 5,496 | 3,117 | 3,085 | 6,816 | 6,998 | 3,616 | 3,761 |
| ANOVA | | | | | | | | | | |
| F | 4,564 | | 38,534 | | 2,397 | | 1,081 | | ,194 | |
| Sign. | ,033 | | ,000* | | ,123 | | ,299 | | ,660 | |

* La diferencia de medias es significativa al nivel de ,05 (Bonferroni)

Un punto fundamental de este estudio era poder saber qué tipo de asociación guardaba la Escala *FBS* con las variables fundamentales del MMPI-2 (Tabla 4). Los datos aportados por esta tabla muestran, de forma general, dos puntos dignos de destacar: 1) las correlaciones más elevadas se identifican claramente con el grupo de *mala imagen* y, 2) las variables denotadoras de problemas psicossomáticos, tales como Hipocondría (*Hs*: 0,907), Depresión (*D*: 0,749), Histeria (*Hy*: 0,851), Preocupaciones por la salud (*HEA*: 0,910), Trastorno por estrés postraumático (*PK*: 0,731 y *PS*: 0,750) y las variables correspondientes a la *triada psicótica*, tales como Paranoia (*Pa*: 0,790), Esquizofrenia (*Sc*: 0,826), Psicastenia (*Pt*: 0,743) y Pensamiento bizarro (*BIZ*: 0,749) son las que presentan valores más elevados.

La Tabla 5 muestra los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones medias (ANOVA) entre los diferentes grupos que conforman este estudio. Los datos constatan que las puntuaciones ofrecidas por cada grupo son diferentes, excepto cuando comparamos el grupo *Normal* con el de *Buena imagen* (,490). Consecuentemente, con esta Escala *FBS*, no se puede diferenciar, suficientemente, si un individuo está contestando al cuestionario ofreciendo una *buena imagen* de sí mismo o lo está haciendo de forma sincera y honesta. Posiblemente los evaluadores, como sugiere Larrabee (1998), tendrían que considerar los valores elevados (80T) de otras variables del MMPI-2 (*Hs* y *Hy*).

Tabla 4. Correlaciones de la FBS.

| VARIABLES | CONTROL | | EXPERIMENTAL | | |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Normal (n = 541) | Clínico (n = 559) | Buena imagen (n = 278) | Mala imagen (n = 267) | Rta. inconsist. (n = 200) |
| Escalas de Validez | | | | | |
| L | ,118** | ,057 | ,007 | -,045 | ,179* |
| F | ,381** | ,437** | ,357** | ,803** | -,043 |
| K | -,151** | -,319** | ,098 | -,124* | ,078 |
| Fb | ,472** | ,573** | ,405** | ,762** | -,038 |
| VRIN | ,226** | ,036 | ,155** | -,238** | ,080 |
| TRIN | ,009 | ,117** | -,084 | -,049 | -,137 |
| Escalas Clínicas Básicas | | | | | |
| Hs | ,725** | ,828** | ,420** | ,907** | ,318** |
| D | ,562** | ,637** | ,409** | ,749** | ,009 |
| Hy | ,625** | ,711** | ,550** | ,851** | ,265** |
| Pd | ,306** | ,323** | ,281** | ,580** | -,091 |
| Pa | ,593** | ,538** | ,525** | ,790** | ,104 |
| Pt | ,508** | ,665** | ,334** | ,743** | -,009 |
| Sc | ,524** | ,606** | ,354** | ,826** | ,084 |
| Ma | ,123** | ,224** | ,079 | ,343** | -,085 |
| Si | ,292** | ,430** | ,150* | ,635** | -,054 |
| Escalas de Contenido | | | | | |
| ANX | ,530** | ,690** | ,268** | ,649** | ,202** |
| FRS | ,268** | ,489** | ,153* | ,573** | -,118 |
| OBS | ,357** | ,461** | ,223** | ,549** | -,059 |
| DEP | ,512** | ,597** | ,307** | ,708** | -,118 |
| HEA | ,710** | ,786** | ,445** | ,910** | ,317** |
| BIZ | ,371** | ,409** | ,221** | ,749** | -,089 |
| ANG | ,234** | ,337** | ,146* | ,222** | -,008 |
| CYN | -,021 | ,177** | -,313** | ,078 | -,238** |
| ASP | -,256** | -,093* | -,311** | ,087 | -,264** |
| TPA | ,034 | ,230** | -,086 | -,072 | -,041 |
| LSE | ,381** | ,470** | ,288** | ,635** | -,033 |
| SOD | ,181** | ,305** | ,281** | ,621** | -,097 |
| FAM | ,322** | ,337** | ,240** | ,514** | ,015 |
| WRK | ,466** | ,609** | ,321** | ,660** | ,045 |
| TRT | ,318** | ,467** | ,163** | ,588** | -,119 |
| PK | ,501** | ,624** | ,323** | ,731** | -,017 |
| PS | ,550** | ,678** | ,324** | ,750** | ,046 |

** La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

Tabla 5. *Diferencias de medias (ANOVA) entre grupos*

| Grupos | Dif. de medias | Error típico | Sig. |
|-------------------------------|----------------|--------------|------|
| Normal vs.Clínico | -5,389* | ,324 | ,000 |
| Normal vs. Buena imagen | ,782 | ,397 | ,490 |
| Normal vs. Mala imagen | -10,638* | ,402 | ,000 |
| Normal vs. Inconsist | -8,038* | ,445 | ,000 |
| Clínico vs. Buena imagen | 6,171* | ,395 | ,000 |
| Clínico vs. Mala imagen | -5,249* | ,400 | ,000 |
| Clínico vs. Inconsist | -2,649* | ,443 | ,000 |
| Buena Bimagen vs. Mala imagen | -11,420* | ,461 | ,000 |
| Buena imagen vs. Inconsist | -8,820* | ,499 | ,000 |
| Mala imagen vs. Inconsist | 2,600* | ,503 | ,000 |

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05. (Bonferroni)

Tabla 6. *Sensibilidad, Especificidad y Poder predictivo de la Escala FBS.*

| Criterio | Sensibilidad | 95% CI | Especificidad | 95% CI | PPP | PPN |
|----------|--------------|-------------|---------------|-------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| >14 | 87,64 | 83,1 - 91,3 | 63,22 | 59,0 - 67,3 | 54,0 | 91,2 |
| >15 | 85,02 | 80,2 - 89,1 | 71,53 | 67,5 - 75,3 | 59,6 | 90,6 |
| >16 | 83,15 | 78,1 - 87,4 | 76,16 | 72,3 - 79,7 | 63,2 | 90,2 |
| >17 | 80,15 | 74,9 - 84,8 | 80,59 | 77,0 - 83,8 | 67,1 | 89,2 |
| >18 | 76,03 | 70,4 - 81,0 | 85,77 | 82,5 - 88,6 | 72,5 | 87,9 |
| >19 | 74,53 | 68,9 - 79,6 | 88,72 | 85,8 - 91,3 | 76,5 | 87,6 |
| >20 * | 71,91 | 66,1 - 77,2 | 91,50 | 88,8 - 93,7 | 80,7 | 86,8 |
| >21 | 68,54 | 62,6 - 74,1 | 93,90 | 91,5 - 95,8 | 84,7 | 85,8 |
| >22 | 65,92 | 59,9 - 71,6 | 94,82 | 92,6 - 96,5 | 86,3 | 84,9 |
| >23 | 62,17 | 56,1 - 68,0 | 96,49 | 94,6 - 97,9 | 89,7 | 83,8 |
| >24 | 58,80 | 52,6 - 64,8 | 97,78 | 96,2 - 98,8 | 92,9 | 82,8 |
| >25 | 55,06 | 48,9 - 61,1 | 98,15 | 96,6 - 99,1 | 93,6 | 81,6 |
| >26 | 49,81 | 43,7 - 56,0 | 98,34 | 96,9 - 99,2 | 93,7 | 79,9 |
| | | | | | | |

NOTAS: * Referencia del punto de corte. PPP= Poder Predictivo Positivo. PPN= Poder predictivo Negativo. CI = Intervalo de confianza.

La contribución que esta escala podría aportar al MMPI-2, respecto a su sensibilidad y poder de predicción, es el paso siguiente en este estudio. Para conseguir este objetivo se utilizó la metodología de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) aportando resultados acerca del grado de sensibilidad (probabilidad de clasificar correctamente a los que se muestran fingidores), especificidad (probabilidad de clasificar correctamente a los que no se muestran fingidores) y poder predictivo, tanto

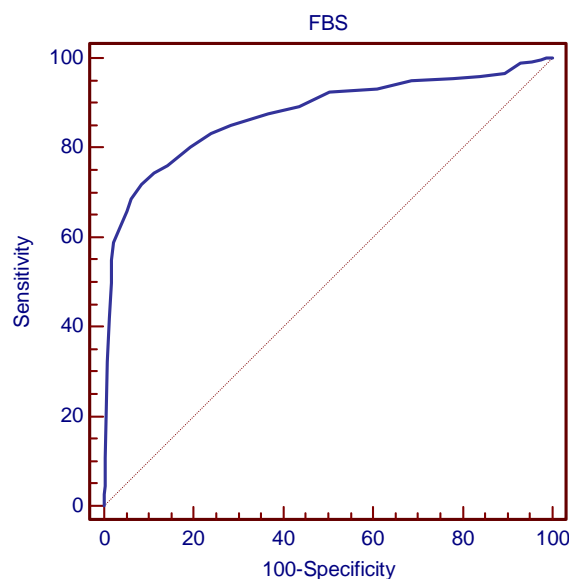
positivo como negativo, de esta Escala FBS. La curva ROC nos proporciona una representación global de la exactitud diagnóstica, de tal forma que si la prueba no permitiera discriminar entre grupos, esta misma curva ROC sería la diagonal que une los vértices inferior izquierdo y superior derecho (valor = 0,5). La precisión de la prueba aumentaría a medida que dicha curva se desplaza desde la diagonal hacia el vértice superior izquierdo, siendo perfecta (100% de sensibilidad y 100% de especificidad) si alcanzara este vértice.

Los datos aportados por este análisis, al comparar los grupo normal y mala imagen, se reflejan en la Figura 1, cuya área bajo la curva ROC alcanza el valor de 0,875 (intervalo de confianza, al nivel del 95%, = 0,850 al 0,897; significativo al 0,0001; error estándar = 0,015) y que puede considerarse como aceptable (el máximo es 1,0).

Siguiendo el análisis, la Tabla 6 muestra el punto de corte (=20) de la Escala representando una equilibrada combinación entre la mejor sensibilidad (71,91%) y la mejor especificidad (91,50%). Es decir, la Escala FBS detecta correctamente al 72% de los sujetos que se han fingido enfermos, pero muestra

también que un 28% son falsos positivos. Por otra parte, los resultados obtenidos de la especificidad denotan que el 91% son correctos (más exactamente el 91,5%), es decir, no fingen ser enfermos, pero existe un 9% que se pueden considerar como falsos negativos, se había considerado que no eran fingidores y resultó falso. Estos resultados son parcialmente coincidentes con los obtenidos por Lees-Haley, English & Glenn, (1991), tanto en el valor del punto de corte (=20) como en la proporción de clasificados correctamente (Lees-Haley, 96%; este estudio, 72%) como en la detección de los fingidores (Lees-Haley, 79%; este estudio, 91%).

Figura 1. *Sensibilidad y Especificidad de la Escala FBS.*



Área bajo la curva ROC = 0,875; Intervalo de confianza: 0,850-0897; Significativo (n.c. 0,5)= 0,0001; Error estándar = 0,015

Igualmente podemos ver (Tabla 6) que el *poder predictivo positivo* (PPP) de esta Escala se encuentra referido por el 80,7% (casi el 81%) y el *poder predictivo negativo* (PPN) es del 86,8% (casi el 87%), interpretando estos datos como claramente

insuficientes e inaceptables por el margen amplio de error que deja.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que la Escala *Fingirse enfermo* (FBS):

1ª. Puede discriminar y diferenciar estadísticamente a los sujetos que contestan al Cuestionario del MMPI-2 fingiéndose enfermos (*mala imagen*) de aquellos otros que lo hacen de forma sincera y honesta (*normales y clínicos*). Confirma la primera hipótesis.

2ª. Esta Escala FBS puede discriminar y diferenciar, también de forma estadísticamente significativa, a los sujetos que responden ofreciendo una imagen favorable de sí mismos (*buena imagen*) de aquellos otros que, siendo sinceros en su contestación, presentan problemas clínicos (*clínicos*). Se confirma, sólo parcialmente, la segunda hipótesis.

3ª. La Escala FBS no diferencia personas *normales*, que contestan sinceramente al cuestionario, de aquellos otros que intentan ofrecer una imagen favorable de sí mismos (*buena imagen*). No se confirma, parcialmente, la segunda hipótesis.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio han podido demostrar que la Escala de *Fingirse enfermo* (Fake Bad Scale, FBS) de Lees-haley, English & Glenn, (1991) ha detectado y diferenciado, estadísticamente, a los sujetos que, siendo normales, se fingen enfermos cuando contestan al Cuestionario del MMPI-2.

Cuando se han contrastado los datos obtenidos por las correlaciones de la Escala FBS con el grupo de Escalas de Validez del MMPI-2 (Tabla 4), se ha podido apreciar que los valores de *F*

(Infrecuencia = ,803) y *Fb* (Infrecuencia posterior = ,762) son elevados y positivos, al mismo tiempo que las demás, de este mismo grupo, se muestran bajos y negativos. Es decir, si ya existen en el MMPI-2 un par de escalas (*F* y *Fb*), que pueden detectar el fingimiento de su propia imagen y se encuentran fuertemente asociadas con la *FBS*, entonces ¿cuál es la aportación de esta Escala FBS? En este aspecto, coincidimos con una de las consideraciones del estudio realizado por Butcher et al. (2003), en el que no aconseja integrarla en el grupo de escalas de Validez del MMPI-2. Pero, además, en investigaciones más recientes realizadas con esta técnica del Minnesota, se han propuesto otras variables, como la escala de Inconsistencia de respuestas (I.R.) de Sewell y Rogers (1994), su paralelismo con la escala psiquiátrica (Fp) de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998), y la adaptación española llevada a cabo por Sánchez, Jiménez, Merino y Ampudia, (2007). Todas ellas tienen el mismo objetivo, detectar a los sujetos que intentan exagerar su trastorno u ofrecer una imagen negativa de sí mismos.

Pero, ¿qué tipo de aportación ofrece esta Escala cuando los sujetos intentan fingirse enfermos?, ¿cuál es la sintomatología que puede ofrecer el MMPI-2? A través de la Tabla 4 se han encontrado elevadas asociaciones con determinadas variables que pueden dar respuesta a esta pregunta. Una de ellas, la *somática*, especificada fundamentalmente por la Hipocondría (*Hs*), la Histeria (*Hy*) y Preocupaciones por su salud (HEA); otra, la *psiquiátrica*, centrada esencialmente en la Esquizofrenia (*Sc*), la Paranoia (*Pa*) y la Psicosis (*Pt*) y, por último, la *ansiedad*, manifestada concretamente por el Trastorno por estrés posttraumático, en sus dos versiones (PS y PK), las Interferencias en el trabajo (WRK) y la misma ansiedad (A).

Se ha identificado a esta Escala (FBS) como *fingirse enfermo* con la posibilidad de detectar a todo aquel que informe de su propia imagen de forma negativa. Para cualquier individuo que lea atentamente los ítems del MMPI-2, y pueda disponer de la posibilidad de *aparecer* como enfermo, creemos que va a seleccionar aquellos ítems que expresen cualquier tipo de dolencia, tanto somática, psiquiátrica como de ansiedad. Recordemos que, a los individuos que participaron en el experimento, se les instruyó para que ofrecieran una *mala imagen* de sí mismos y, posiblemente, en los resultados se denota cierta intensidad o profundidad de este malestar somático, psicótico o de ansiedad. Es posible que una *mala imagen* sutil, leve ni intensificada, no provoque estos resultados. Pero también hemos de constatar que los resultados, derivados del análisis del porcentaje de variables MMPI-2 contenidas en los 43 ítems de la FBS (tabla 1), muestran un elevado porcentaje, precisamente, de estas mismas variables psicósomáticas, psicopatológicas o de ansiedad.

No obstante, algunos investigadores (Elhai, Gold, & Frueh, 2000; Elhai, Gold, Sellers & Dorfman, 2001; Lees-Haley, 1992) han obtenido resultados divergentes de la FBS para que pueda detectar, con efectividad, a los individuos que simulan un Trastorno por estrés postraumático. En el estudio aquí presentado, se ha podido apreciar la elevada correlación que ha mostrado esta Escala FBS con las del MMPI-2 referentes al Trastorno por Estrés Postraumático (*PK* y *PS*) ofrecidas por el grupo de sujetos de *mala imagen* y no así con el resto de los grupos (Tabla 4). Posiblemente esta Escala FBS está detectando a los falsos individuos aquejados de este tipo de trastorno, pero, para una correcta interpretación, se ha de tener en cuenta el porcentaje de presencia (*PS* = 16,28%; *PK* = 11,63%) que tienen

estas escalas en la composición de los ítems de la FBS (Tabla 1). Por consiguiente, *fingirse enfermo* contestando al cuestionario del MMPI-2, va a mostrar estos tres tipos de trastornos: somáticos, psiquiátricos y de ansiedad.

Que la Escala FBS detecta adecuadamente a las personas que tienen intención de engañar y qué tipos de malestar muestran, es admitido por la mayor parte de los investigadores (Arbisi & Butcher, 2004; Greiffenstein, Baker, Axerol, Peck & Gervais, 2004; Larrabee, 2003a, Larrabee, 2003b, Larrabee 2003c; Lees-Haley & Fox, 2004, Sánchez, Jiménez, Merino y Ampudia, 2007), pero, no obstante, autores como Butcher, Arbisi, Atlis & McNulty, (2003), discrepan de que sea una escala que detecte la *intención* de engañar. El análisis realizado en este estudio con el grupo de *mala imagen*, al que se le instruyó para que de intencionadamente contestaran sobre sí mismos de forma desfavorable, aportan datos suficientes como para no estar de acuerdo con las conclusiones de Butcher et al.(2003) sobre la ausencia de esta *intencionalidad* con esta Escala FBS.

Otro resultado obtenido del análisis hecho con dicha escala, es el referente a su consistencia interna. Consultando la Tabla 2 se puede apreciar su baja consistencia (entre ,569 y ,674, para ambos géneros) siendo indicativo de la posible dispersión de las áreas que evalúan sus ítems. Es posible que dichos resultados estén confirmando, como se ha indicado anteriormente, las tres áreas especificadas al *fingirse enfermo*: somática, psiquiátrica y de ansiedad.

El análisis realizado en este estudio acerca de la diferenciación de género, venía motivado por dos cuestiones fundamentales: 1) Teniendo en cuenta que el MMPI-2 presenta baremación

diversificada por género, interesaba saber si los resultados mostrados por esta Escala *FBS* eran significativamente diferentes entre ellos y, como se ha podido apreciar en la Tabla 3, no se encontraron diferencias estadísticas entre género, excepto en las mujeres (20,07) del grupo clínico que proporcionaron una notable diferencia con los varones (16,91) del mismo grupo, pero no ocurrió lo mismo con el grupo de *mala imagen*. 2) Lees-Haley (1992) propuso, en su estudio con el test Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II), diferentes puntuaciones para varones que para mujeres y Butcher et. Al. (2003), encuentra notables diferencias entre género al analizar la consistencia interna de la Escala *FBS*. En este estudio se ha intentado confrontar dichos resultados observando que, efectivamente al igual que Butcher et al. (2003), también se han encontrado estas diferencias en el análisis de la consistencia interna de la Escala *FBS* (Tabla 2), donde las mujeres presentan mayor consistencia que los varones.

El uso de la metodología de la curva ROC como análisis de discriminación de escalas en el MMPI-2, no es nueva. Nicholson, Glen, Bagby, Buis, Peterson y Buidas (1997) ya utilizaron este método de análisis con la técnica de Minnesota para detectar la contribución de diversas escalas de Validez con resultados realmente satisfactorios.

Los valores obtenidos en este estudio del análisis de la Escala *FBS* referentes a la capacidad de clasificar correctamente tanto a los sujetos fingidores (*sensibilidad* = 72%) como a los que claramente no son fingidores (*especificidad* = 92%) y su poder predictivo (positivo= 81%; negativo = 87%) son claramente inaceptables en el ámbito de la evaluación debido, esencialmente, a los sustanciales márgenes

de error que se pueden cometer al precisar el diagnóstico.

Su baja fiabilidad de los ítems, el no poder diferenciar adecuadamente a las personas que contestan de forma sincera y honesta a la prueba de aquellas otras que intentan ofrecer una imagen favorable de sí mismos, y los datos ofrecidos por la sensibilidad, especificidad y su poder predictivo, es lo que ha llevado a este grupo de investigadores a calificar como *pobre* la contribución de la Escala *Fingirse enfermo* (*FBS*, de Lees-haley, English & Glenn, 1991), y considerar que no parece adecuado integrarla en el grupo de escalas de Validez del MMPI-2, pero esta última decisión, en definitiva, es el grupo de investigadores del Minnesota el que tiene la última palabra.

Referencias

- Arbisi, P.A., & Ben-Porath, Y. S. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: the infrequency psychopathology scale. *Psychological Assessment*, 7, 425-431.
- Arbisi, P. A. & Ben-Porath, Y. S. (1998). The ability of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Validity scales to detect Fake-bad responses in psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 10, 221-228.
- Arbisi, P.A.; & Butcher, J. N. (2004). Failure of the *FBS* to predict malingering of somatic symptoms: response to critiques by Greve and Bianchini and Lees-Haley and Fox. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 341-345.
- Berry, D.T.R., Wetter, M. W., Baer, R. A., Youngjohn, J.R., Gass, C.S., Lamb, D.G., Franzen, M.D., MacInnes, W.D., & Buchholz, D. (1995). Over reporting of closed head injury symptoms on the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 7, 517-523.
- Butcher, J. N., Arbisi, P.A., Atlis, M. M., & McNulty, J.L. (2003). The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale does this

- scale measure somatic malingering and feigned emotional distress?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 473-485.
- Butcher, J. N., Dalstrom, W.G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemer, B. (1989). *Manual for administration and scoring the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis: university of Minnesota Press (Adaptación española de A. Avila y F. Jiménez, 1999; *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*; Madrid: Tea Ediciones, S.A.)
- Butcher, J.N.; & 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 assessment* (Vol. 10, pp. 25-50). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Elhai, J.D., Gold, S.N., Sellers, A.H., & Dorfman, W.I. (2001). The detection of malingered posttraumatic stress disorders with MMPI-2 fake bad indices. *Assessment*, 8(2), 221-236.
- Elhai, J.D.; Gold, P.B.; Frueh, C.F.; & Gold, S.N. (2000). Cross-validation of the MMPI-2 in detecting Malingering Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 449-463.
- Gough, H.G. (1947). Simulated patterns on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, 215-225.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.
- Greiffenstein, M.F., Baker, W.J., Gola, T., Donders, J., & Miller, L. (2002). The fake bad scale in atypical and severe closed head injury litigants. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12) 1591-1600.
- Greiffenstein, M.F., Baker, W.J., Axerol, B., Peck, E.A., & Gervais, R. (2004). The Fake Bad Scale and MMPI-2 F-Family in detection of implausible psychological trauma claims. *The Clinical Neuropsychologist*, 18(4) 573-590.
- Greve, K.W. & Bianchini, K.J. (2004) Response to Bucher et al. (2003) "the construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale". *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3), 337-339.
- Larrabee, G.J. (2003d) Exaggerated MMPI-2 symptom report in personal injury litigants with malingered neurocognitive deficit. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(6), 673-686.
- Larrabee, G.L. (2003b). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard Neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425.
- Larrabee, G.L. (2003a). Detection of symptom exaggeration with the MMPI-2 in litigants with malingered neurocognitive dysfunction. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(1) 54-68.
- Larrabee, G.J. (2003c). Exaggerated pain report in litigants with malingered neurocognitive dysfunction. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 395-401.
- Lees-Haley, P.R. (1992). Efficacy of MMPI-2 validity scale and MCMI-II modifier scales for detecting spurious PTSD claims: F, F-K, Fake Bad Scale, Ego Strength, Subtle-Obvious subscales, DIS, and DEB. *Journal of Clinical Psychology*, 48(5), 681-689.
- 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. & Fox, D.D. (2004). Commentary on Bucher, Arbisi, Atlis, and McNulty (2003) on the Fake Bad Scale. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3) (2004) 19(3), 333-336.
- Nicholson, R.A.; Mouton, G.J.; Bagby, R.M.; Buis, T.; Peterson, S.A.; y R.A. Buidas (1997). Utility of MMPI-2 Indicators of Response Distortions: Receiver Operating Characteristic Analysis. *Psychological Assessment*, 9(4), 471-479.
- Sánchez, G. (2002). Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2. Colección Vitor. Universidad de Salamanca.
- Sánchez, G., Jiménez, F., Merino, V., y Ampudia, A. (2007). La contribución de la escala de Inconsistencia de Respuesta (I.R.) de Sewell y Rogers (1994) a la

validez del MMPI-2. Revista de Psicología
General y Aplicada, 1-2, 103-117.

Sewell, K.W., & Rogers, R. (1994). Response
consistency and the MMPI-2: Development
of a simplified screening scale.
Assessment, 1, 293-299.