

Sensibilidad al fingimiento de la Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) en la adaptación española del MMPI-2 (Sensibility to the fake-bad of the Psychiatric Scale Fp of Arbisi and Ben-Porath (1995, 1998) in the Spanish adaptation of the MMPI-2)

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

Resumen. Arbisi, y Ben-Porath (1995, 1998) en su estudio con una muestra clínica proponen una nueva escala en el MMPI-2 para poder detectar a los simuladores. Los resultados aportados por dichos autores sobre esta nueva escala de validez, la Escala Psiquiátrica Fp, permite distinguir, entre los pacientes psiquiátricos, aquellos que responden honestamente de los que intentan exagerar sus síntomas de forma intencionada. El objetivo de nuestra investigación consiste en experimentar esta escala Fp con diferentes tipos de participantes en la reciente adaptación española y reflejar su singular comportamiento. El estudio lo compone un número total de participantes de 3.035 sujetos de los cuales 1.723 son sujetos considerados como "normales" (grupo "normal") que responden con sinceridad al cuestionario del MMPI-2 (forma estándar); un total de 561 participantes son sujetos considerados como "clínicos" (grupo "clínico") que responden igualmente de forma sincera y honesta. A un grupo de 269 sujetos "normales" se les ha instruido para que muestren intencionadamente una imagen negativa de sí mismos (grupo "mala imagen") y a otros 282 participantes, igualmente normales, se les instruyó para que mostraran una imagen positiva de sí mismo (grupo "buena imagen"); por fin un grupo de 200 participantes, utilizando diversas estrategias, contestaron al cuestionario sin atender a la información contenida en los ítems (grupo "Rtas. Inconsistentes"). Los resultados demuestran la sensibilidad de esta Escala Fp de Arbisi, y Ben-Porath a la detección de aquellos individuos que, de forma voluntaria y coherente, falsean sus respuestas al MMPI-2 intentando presentar su imagen más desfavorable al mismo tiempo que observamos dificultades para 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.

Palabras clave: Escala Psiquiátrica, Fp, Simulación, Falsificación

Summary. Arbisi, and Ben-Porath (1995, 1998) in their study with a clinical sample propose a new scale in the MMPI-2 to be able to detect to the simulators. The results contributed by this authors on this new scale of validity, the Psychiatric scale Fp, allows to distinguish, among the psychiatric patients, those that respond honestly of those that try to exaggerate its symptoms in a deliberate way. The objective of our investigation consists on to experience this scale Fp with different types of participants in the recent Spanish adaptation and to reflect its singular behavior. The study composes it a total number of participants of 3.035 subject of which 1.723 are subject considered as "normal" (group "normal") that respond with sincerity to the questionnaire of the MMPI-2 (it forms standard); a total of 561 participants is subject considered as "clinical" (group "clinical") that respond equally in a sincere and honest way. To a group of 269 fellows "normal" they have been instructed so that they show a negative image deliberately of themselves (group "bad image") and to other 282 participants, equally normal, they were instructed so that they showed a positive image of itself (group "good image"); finally a group of 200 participants, using diverse strategies, they answered to the questionnaire without assisting to the information contained in the articles (group "Rtas. Inconsistencies"). The results demonstrate the sensibility of this Scale Fp of Arbisi, and Ben-Porath to the detection of those individuals that, in a voluntary and coherent way, they falsify their answers to the MMPI-2 trying to present their more unfavorable image at the same time that we observe difficulties to discriminate against sufficiently the fellows that try to present a good image at least of themselves of those other ones that you/they present clinical problems, among the males.

Key Words: Psychiatric Scale, Fp, Simulation, Falsification, malingering, Fake-bad

Introducción

Para considerar un protocolo del MMPI-2 como aceptable el sujeto debe leer y considerar el contenido de cada ítem y responder a ellos según considere que, aplicado a sí mismo resulten ser "verdadero" o "falso". Ocasionalmente el individuo puede responder de una forma idiosincrásica a los ítems sin tener en cuenta el contenido informativo del mismo. Tal comportamiento puede ocurrir entre personas que carecen de las adecuadas destrezas de lectura y comprensión, pueden encontrarse confusos ante tal tarea o pueden presentar una actitud negativa hacia los procedimientos de evaluación o los profesionales de la Psicología. Otras veces los sujetos se pueden encontrar altamente motivados para ofrecer un ajuste psicológico más o menos aceptable ante las preguntas del MMPI-2, intentando ofrecer una mejor imagen de sí mismos.

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 juzgase nulo o invalidado, el examinador debería estar dispuesto a hablar de la situación con el sujeto y volver, si es posible, a administrarle la prueba. Frecuentemente, una segunda vez produce un protocolo válido. Si esto no fuera posible o siguiera dando un protocolo no válido, la interpretación ha de anularse. Según Graham (1990), sería tentador interpretar el protocolo de una persona que se presenta con buena imagen, negando, ocultando o rechazando un número de síntomas y problemas clínicos importantes, siendo realmente una persona inadaptada o desajustada. 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 ámbitos jurídicos y sobre todo en progenitores que intentan conseguir la guardia y custodia de sus hijos o la adopción (Jiménez y Sánchez, 2003).

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 los 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.

Arbisi, y Ben-Porath (1995, 1998) en su estudio con una muestra clínica proponen una nueva escala en el MMPI-2 para poder detectar a los simuladores. Sus resultados aportan una nueva escala de validez, la Escala Psiquiátrica Fp, que ayuda a diferenciar entre pacientes psiquiátricos que responden honestamente de aquellos otros que intentan exagerar sus síntomas de forma intencionada.

La escala Psiquiátrica Fp de Arbisi, y Ben-Porath (1995, 1998) está compuesta por 27 ítems que raramente fueron contestados por pacientes psiquiátricos así como por la muestra normativa. Las puntuaciones elevadas en esta escala no deberían encontrarse ni siquiera dentro de una psicopatología severa. La Escala Psiquiátrica Fp, puede funcionar como una escala adicional para clarificar el origen de una F elevada, aunque debería emplearse, por ahora, de forma cautelosa hasta que se encuentren nuevas evidencias que avalen esta posibilidad.

Los indicadores de la validez que disponemos en el MMPI-2 deben ser analizados de forma combinada, determinando la peculiaridad de cada variable y las implicaciones posibles cuando se conjugan con los resultados de las demás. Vamos a analizar y comparar nuestros resultados obtenidos de la Escala Psiquiátrica Fp con las escalas tradicionales y adicionales de validez del MMPI-2; es decir, con la escala "L" (mentira), la escala "F" (infrecuencia), la escala "Fb" (F posterior), la escala "K" (corrección), la escala TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero) y la escala VRIN (Inconsistencia de respuestas variables).

Nuestro estudio intenta aportar alguna luz a estas investigaciones utilizando esta escala con una variada muestra española importante ($N = 3.035$), dividida en diferentes grupos, analizando y comparando sus resultados. A un grupo de participantes en esta investigación se les ha instruido para completar el cuestionario del MMPI-2 para que intencionadamente mostraran su mejor imagen y a otros para que, de la misma manera, mostraran su imagen negativa.

Objetivos del estudio

Nuestro objetivo general intenta analizar la sensibilidad de la escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) con una muestra española para poder discriminar entre protocolos contestados de forma honesta y aquellos en los que se ha realizado algún tipo de distorsión en las respuestas de los sujetos.

Nuestros objetivos específicos se centran en poder detectar el tipo de distorsión realizada. Estos tipos de distorsión vienen especificados de tres formas:

- ✓ Poder detectar e identificar perfiles de incoherencia o inconsistencia en sus respuestas.

- ✓ Poder diferenciar e identificar perfiles que expresen buena imagen o fingimiento positivo.
- ✓ Poder diferenciar y detectar aquellos perfiles en los que el sujeto intenta exponer una mala imagen de sí mismo.

METODOLOGÍA

Hipótesis de trabajo

Estas tres formas de distorsión se van a concretar en un objetivo más preciso y específico que conforman nuestra hipótesis de investigación: “*Los sujetos que contestan a los ítems MMPI-2 fingiéndose negativamente obtendrán valores significativos más altos en la escala Psiquiátrica Fp de aquellos otros que no lo hacen*”.

Descripción de la muestra

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

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

Tabla 1.- Muestra según grupos y género

Normal		Clínica		B.Imagen		M.Imagen		Rtas. Inconsist.	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
684	1039	252	309	119	163	97	172	100	100
1.723		561		282		269		200	

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

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

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

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

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

Instrumentos

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

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

Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998).

De muy escasa información disponemos sobre esta variable. Está compuesta por 27 ítems con una proporción del doble de “verdadero/falso (18/9) y se solapa con la escala F y Fb con las que comparte 14 ítems y un total de 7 con la escala de Esquizofrenia (8.Sc), mostrando una elevada correlación con la escalas F y Fb y moderada con F-K (Nichols, 2002). Algunos autores la denominan “Psicopatología infrecuente” (Nichols, 2002), precisamente porque raramente sus ítems son contestados por pacientes psiquiátricos y mucho menos por personas consideradas como normales. Las puntuaciones elevadas en esta escala no deberían encontrarse ni siquiera dentro de una psicopatología severa. Su contenido es bastante heterogéneo porque incluye amplias áreas de contenido patológico específico, disponiendo de dos subconjuntos de ítems que reflejan ideas persecutorias, pensamiento confuso y grave hostilidad familiar (ver anexo).

Es una de las escalas añadidas últimamente por el equipo de Butcher a su hoja de perfil del MMPI-2 con el objetivo de controlar a individuos que simularan sintomatología patológica. Su interpretación puede mostrarse compleja y “probablemente se muestra más fiable interpretando las puntuaciones relativamente bajas (inferiores a 75T), para desechar la supervaloración, que interpretar las puntuaciones altas como indicativas de infravaloración, a no ser que éstas últimas sean excesivamente altas” (Nichols, 2002, pg.59).

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. Los 15 ítems que componen esta escala son evidentes en su contenido y se centran sobre la afirmación de gran virtud (por ejemplo: “a veces tengo ganas de maldecir” [falso] o “no siempre digo la verdad” [falso]). Las puntuaciones por encima de 65T sugieren que el individuo se presenta de una forma positiva intentando crear una idea favorable y no realista de sus características morales y ajuste psicológico.

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.

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 malo” o crear una mala imagen. 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. Los 64 ítems que componen la escala original fueron contestados en la dirección de puntuación por menos del 10 % de los sujetos adultos de la población normalizada. Muchos de los ítems de la escala F fueron suprimidos del MMPI-2 porque su contenido podría ser molesto, dejando a la escala con 60 ítems.

Escala K (corrección, defensividad).

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).

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.

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.

En la versión definitiva del MMPI-2, el último ítem de la escala F es el 361, sin embargo el primer ítem de la escala Fb es el 281. Por lo tanto podemos decir que es fundamentalmente la segunda parte de la prueba la que detecta esta escala Fb. No podemos afirmar, como algunos manuales indican, que es a partir del ítem 370. Esta escala Fb comparte un total de 7 ítems con la escala Psiquiátrica Fp. Se correlaciona con otras escalas significativas de supervaloración en torno al 0,80 y al igual que ocurre con la escala F, tiende a elevar la mayor parte de las escalas Clínicas básicas, especialmente con la Esquizofrenia (8.Sc), Psicastenia (7.Pt) Paranoia (6.Pa) y Desviación psicopática (4.Pd) (Nichols, 2002, p.56).

Escala VRIN (Inconsistencia de Respuestas Variables)

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 67 pares de ítems (97 ítems en total; 49 parejas distintas) con contenido similar u opuesto, cinco pares se corresponden con Verdadero-Verdadero y cinco con Falso-Falso solapándose con los de TRIN (Nichols, 2002). Cada vez que un sujeto responde a los ítems en un par de forma incoherente o inconsistente se anotará un punto para la escala VRIN. Se produce incoherencia o inconsistencia si el sujeto contesta a los ítems en la dirección propuesta.

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.

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) o dando respuestas “falso” igualmente de forma indiscriminada, (no aquiescencia,

disconformidad) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). En estos casos el resultado de los perfiles debe ser invalidado y no interpretado.

Esta escala TRIN se compone de 23 pares de ítems (40 ítems totales, 20 pares únicos) que son opuestos de 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.

RESULTADOS

Nuestro análisis se ha centrado fundamentalmente en poder apreciar el comportamiento de la Escala Psiquiátrica de Arbisi y Ben-Porath por sí misma y en relación con las escalas tradicionales y adicionales que denotan la Validez del MMPI.

Presentamos los resultados en porcentajes de respuestas en cada grupo para posteriormente poder analizar sus correlaciones y ANOVA correspondientes.

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

Percentiles	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
10	0	1	2	11,4	10
25	1	1	3	16	12
50	2	3	4	21	13
75	3	5	5	22	15
90	5	7	6	23	16

Contemplando los resultados mostrados en la Tabla 2, podemos apreciar, con un “golpe de vista” que los sujetos que intentan expresar la faceta más desfavorable de sí mismos son los que presentan las puntuaciones más elevadas y que la mitad de éstos (P50) que muestran una puntuación ≥ 21 , mientras que el resto de los grupos, en su mismo percentil (P50) $\geq 2-4$. Solamente el grupo que ha respondido de forma inconsistente (Rta. Inc.) le sigue en puntuaciones elevadas (≥ 13).

Tabla 3: Variable “Fp”: Puntuaciones Medias y St.D. Análisis comparativo entre grupos

Normal		Clínico		Buena Imagen		Mala Imagen		Rta. Inc.	
Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D
2,220	2,259	3,661	3,126	4,156	2,381	18,550	5,246	13,270	2,545

Un sujeto considerado como normal suele ofrecer una puntuación media de 2,2 respuestas mientras que aquellos que intentan ofrecer mala imagen son nueve veces más altos sus valores (18,55) como puede mostrarse en la tabla 3.

Tabla 4: Variable “Fp”. Correlaciones¹.

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	-	-	-

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 4) que las correlaciones más elevadas y positivas se obtienen, precisamente, con las F (.929) y Fb (.889), especialmente con el grupo de mala imagen.

Al mismo tiempo es interesante hacer notar cómo todos los grupos presentan una correlación negativa con la variable K.

A través de la Gráfica I y la Tabla 5 podemos reconocer las notables diferencias, estadísticamente significativas, existentes entre los diversos grupos. Sólo al analizar los grupos clínicos y normales no se obtuvieron la misma y elevada significación del resto de los grupos. Cuando este análisis 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%).

¹ Se exponen solamente las que resultaron ser significativas al $p < .001$

Gráfica I: Variable “Fp”. Análisis intersexos/intergrupos.

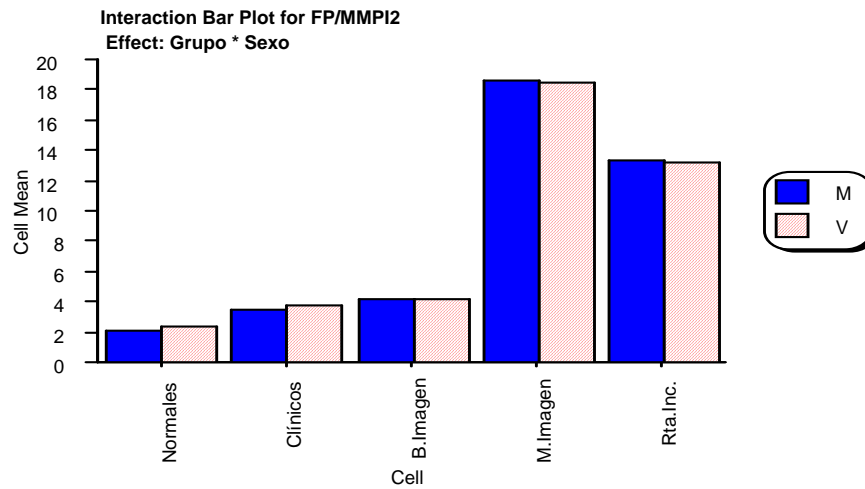


Tabla 5: Variable “Fp”. ANOVA. Diferencias significativas entre grupos.

Grupos	Dif.Med.	Dif. Crit.	p
Normal vs. Clínico	-1,441	,271	<,0001
Normal vs. B. Imagen	-1,936	,358	<,0001
Normal vs. M. Imagen	-16,330	,366	<,0001
Normal vs. Rtas. Inc.	-11,050	,417	<,0001
Clínico vs. B. Imagen	-.495	,407	,0173
Clínico vs. M. Imagen	-14,889	,414	<,0001
Clínico vs. Rtas. Inc.	-9,609	,459	<,0001
B. Imagen vs. M. Imagen	-14,394	,475	<,0001
B. Imagen vs. Rtas. Inc.	-9,114	,516	<,0001
M. Imagen vs. Rtas. Inc.	5,280	,521	<,0001

Tabla 6: 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.

CONCLUSIONES

Resumiendo de forma breve nuestras conclusiones, hemos de decir que:

- Esta escala Psiquiátrica Fp de Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) ha demostrado ser especialmente sensible para detectar, a través de sus puntuaciones elevadas y de forma estadísticamente significativa, a sujetos que intencionadamente desean mostrar una imagen desfavorable de sí mismo.

- Todas las puntuaciones medias de los diferentes grupos, en su análisis comparativo, han resultado ser estadísticamente significativas al $p < 0,0001$, excepto los grupos clínico vs. buena imagen que resultaron significativos al 5%.
- Las puntuaciones elevadas en la escala Fp no discriminan adecuadamente entre quienes ofrecen una mala imagen de sí mismo de aquellos otros que contestan el cuestionario de forma inconsistente y secuencialmente “verdadero/falso” o “falso/verdadero”.
- Igualmente, las altas puntuaciones de esta escala Fp no discriminan adecuadamente a quienes intencionadamente expresan una imagen negativa de sí mismo de aquellos otros que contestan de forma inconsistente diversa (Rta. Inc.) conjuntamente analizadas.
- Para una mayor precisión diagnóstica podemos ayudarnos de las puntuaciones elevadas en las escalas F, Fb.
- El 90% de los sujetos que contestan intentando ofrecer los aspectos negativos de sí mismo, muestran una puntuación $PD \geq 11,4$ (puntuación media =18,550), mientras que solamente un 10% de los sujetos normales muestran una puntuación $PD \geq 5$ (puntuación media = 2,2).
- El “punto de corte” establecido en nuestra baremación resultó ser de $PD^2 \geq 7$ (67T) para los varones, y de $PD \geq 6$ (70T) para las mujeres. Todas las puntuaciones superiores a éstas pueden ser indicativas de un protocolo falsificado de forma negativa, intentando presentar una mala imagen de sí mismo.

DISCUSIÓN

Greene (1977) hace una revisión de las diferentes estrategias adoptadas para evaluar el fingimiento y la defensividad a través de los diversos cuestionarios existentes en la evaluación de la personalidad. Cuando Meehl y Hathaway (1946) elaboraron el MMPI estaban convencidos de la posibilidad de falseamiento de la prueba, de que alguien podría obtener beneficios personales a través de esta falsificación. Para ello elaboraron dos tipos de categorías generales en las que estaban incluidos los falsificadores: la considerada por ellos como “fingimiento” (fingirse mal) y la de “defensividad” (“fingirse bien”). Estos autores consideraron tres estrategias posibles para evaluar el fingimiento y la defensividad:

1ª.- La inconsistencia (o “incoherencia”) de respuestas para los ítems de contenido semejante.

2ª.- Los ítems sumamente convenientes pero infrecuentemente atribuidos.

3ª.- Ítems empíricamente identificados.

Con la primera estrategia, el clínico propone al sujeto una serie de ítems con la oportunidad y posibilidad de poder distorsionar fácilmente su respuesta y observar, posteriormente, los resultados de sus respuestas para los ítems redactados de idéntica forma, tanto en sentido positivo como en negativo. El Cuestionario del MMPI original presenta 16 ítems repetidos. Los resultados aportaron un gran número de respuestas incoherentes, sugiriendo a los autores, que las personas se mostraron incapaces o poco dispuestas a responder de forma coherente. Por ello, los mismos autores no estaban muy convencidos de que este tipo de estrategia “funcionara” adecuadamente. En la reestandarización del MMPI estos 16 ítems de redacción idéntica, fueron eliminados y se elaboraron dos nuevas escalas denominadas “Inconsistencia de Respuestas Variable (VRIN)” e “Inconsistencia de Respuestas Verdadero” (TRIN) que veremos más adelante.

La segunda estrategia adoptada por Meehl y Hathaway (1946) era la de elaborar una serie de ítems que fueran extremadamente deseables de contestar en una dirección determinada pero que, justamente en esta misma dirección de la respuesta, fuese muy probablemente falso. Estos ítems atentan contra las cualidades humanas de educación, responsabilidad, honestidad, etc., de las cuales, en todos presuponemos una tendencia socialmente deseable y natural. Si una persona se atribuye un gran número de estos ítems, la probabilidad de que las respuestas no sean sinceras es muy alta. La escala L (Mentira) fue elaborada con este objetivo, indicando con ello un grado de “defensividad” de la persona. La escala F (infrecuencia) se elaboró con arreglo a una variante de esta misma segunda estrategia con la finalidad de valorar actitudes de respuestas al test. Los ítems para esta escala F fueron inicialmente seleccionados porque eran contestados con una relativa baja frecuencia por la mayor parte del grupo de población normal evaluado con el MMPI. Es decir, si una persona se atribuye un gran número de ítems de esta escala F, esta persona responde de forma atípica con referencia a su grupo normativo. Esta misma estrategia fue adoptada por el

² PD: Puntuación Directa

MMPI-2 y ampliada con la elaboración de la escala Fb (F posterior) que hace referencia a la segunda parte de la prueba.

Una última y tercera estrategia para detectar el fingimiento y la defensividad evaluada por el MMPI fue la aportada por estos mismos autores, Meehl y Hathaway (1946), elaborando un procedimiento empírico para identificar los ítems de los que se obtienen diferentes respuestas con dos grupos seleccionados de personas: aquellos que contestan de forma sincera y aquellos otros que son instruidos para falsear la prueba. La escala de Disimulación de Gough (Ds, 1954) y su "revisada" (Ds-r, 1957), se encuentran basadas en esta estrategia. Meehl y Hathaway (1946), adoptaron una variante de esta tercera estrategia desarrollando la escala K (correctora), elaborada para diferenciar pacientes internados con perfiles normales de individuos, supuestamente normales, con perfiles anormales. Posteriormente determinaron las diferentes proporciones de K que deben ser añadidas a determinadas escalas Clínicas para maximizar la discriminación entre el grupo criterio y el grupo normativo.

Casi cincuenta años después esta temática sigue generando investigaciones. Rogers, Sewell & Ustad (1995) realizaron un trabajo con pacientes psiquiátricos que contestaron al MMPI-2 de forma estándar (honesta y sinceramente) y con otro grupo que fue instruido para que respondieran al cuestionario de forma que exageraran sus síntomas. Encontraron que las puntuaciones superiores a 106T (para varones) y 113T (para mujeres) en la escala Fp fueron identificativas de exageración de síntomas. También pudieron apreciar que la escala F fue igualmente efectiva en esta misma discriminación y que las F y Fp presentaron puntuaciones altamente correlacionadas. Desafortunadamente estos autores no informaron de datos concernientes al incremento de la validez cuando es utilizada la escala Fp conjuntamente con la escala F. No obstante dos estudios posteriores demostraron que la escala Fp incrementa su validez con la escala F en la detección de internos encarcelados cuando fueron instruidos para dar mala imagen de sí mismos (Gallagher, 1997) y con estudiantes universitarios que fueron igualmente instruidos para fingir esquizofrenia (Bagby, Rogers, Buis, Nicholson, Cameron, Rector, Schuller & Seeman, 1997).

Algunos estudios posteriores han indicado que la escala Fp puede ser más precisa que la escala F para identificar pacientes psiquiátricos, en regímenes de internado y de ambulatorio, que son instruidos para exagerar sus síntomas y problemas (Arbisi & Ben-Porath, 1998b; Berry, Adams, Clark, Thacker, Burger, Wetter, Baer & Borden, 1996).

La investigación llevada a cabo por Echols (1999) tuvo como objetivo poder determinar el efecto de la raza (Afroamericanos y Caucasianos) en la validez del MMPI-2 con la contribución de la escala Fp y su análisis comparativo con las Escalas F y Fb. La muestra se encuentra referida por pacientes psicóticos, con trastornos afectivos, con trastornos de personalidad, con problemas de adicción (alcohol solamente, alcohol y cocaína y sustancias diversas). Los resultados apoyan las conclusiones previas. Por una parte se demuestra que la escala Fp tiende a ser menos sensible a la psicopatología que las F y Fb, resultando ser más bajas sus puntuaciones que en F y Fb; por otra, se evidencian menos protocolos nulos a través de Fp que sobre la escala F.; y por otra, la Fp, en pacientes de diversas razas, no se muestra como un factor que contribuya a la detección de un protocolo válido.

El trabajo de Ladd (1998) con una muestra de 180 sujetos adultos en tratamiento ambulatorio con dependencia de sustancias, con y sin diagnóstico psiquiátrico, comparó las puntuaciones medias obtenidas en las Escalas de infrecuencia Fp, F y Fb. Sus resultados demuestran que dichas puntuaciones en Fp, F y Fb evidencian su validez en dichos pacientes con dependencia de sustancias.

Los resultados aportados por nuestra investigación, esta escala Psiquiátrica Fp ha demostrado ser especialmente sensible para detectar a sujetos que intencionadamente exageran su sintomatología (punt. media = 18,55) de tal manera que, ni siquiera los pacientes clínicos que contestan de forma sincera y honesta ofrecen puntuaciones elevadas (punt. Media = 3,661).

Nuestros resultados son coincidentes plenamente con la indicación de los autores Arbisi y Ben-Porath (1995, 1998) de que para una mejor identificación del protocolo simulador, podamos contrastar las puntuaciones elevadas de esta escala con las elevaciones de F y su Fb por sus significativas y elevadas correlaciones.

El 90% de los sujetos que contestan intentando ofrecer los aspectos negativos de sí mismo, muestran una puntuación PD \geq 11,4 (puntuación media =18,550), mientras que solamente el 10% de los sujetos normales muestran una puntuación PD \geq 5 (puntuación media = 2,2).

El "punto de corte" establecido en nuestra investigación es de PD \geq 7 (67T) para los varones, y de PD \geq 6 (70T) para las mujeres. Todas las puntuaciones superiores a éstas pueden ser indicativas de un protocolo

falsificado de forma negativa, intentando presentar una imagen muy desfavorable de sí mismo al exagerar su psicopatología.

El hecho de que hayamos encontrado en nuestro estudio una escasa diferencia estadística ($p = ,0173$) entre los sujetos clínicos que han contestado de forma sincera, y los que intentan presentar una imagen favorable de sí mismos, (dentro de sus bajas puntuaciones) puede venir explicada por el contenido de los mismos ítems.

La escala Fp ha sido como una nueva medida de validez en la renovada hoja de perfil para las escalas de Validez y Clínicas básicas del MMPI-2 elaborada por la Universidad de Minnesota. En esta revisión del material, Fp aparece conjuntamente con las escalas F y Fb como una medida de la infrecuencia de respuestas (NCS Assessments, february, 2001).

Las correlaciones entre Fp, la escala F y las puntuaciones de otras escalas del MMPI-2 indican que la escala Fp es menos indicativa de un desajuste psicológico y una severa patología que la escala F (Arbisi & Ben-Porath, 1998^a; Ladd, 1998). Utilizando los datos recogidos por Graham, Watts & Timbrook (1991), Arbisi & Ben-Porath (1995) demostraron que las puntuaciones de la escala Fp unida a las puntuaciones de la escala F puede ayudar a discriminar entre personas que intentan presentar una mala imagen y pacientes psiquiátricos.

Aunque Arbisi & Ben-Porath no han establecido el punto de corte óptimo para la escala Fp para poder así diferenciar entre los simuladores que intentan ofrecer una mala imagen y los pacientes psiquiátricos, no obstante, se sugiere que las puntuaciones típicas (T) superiores a 100 en la escala Fp probablemente son indicativas de fingimiento de mala imagen (faking-bad).

Las puntuaciones VRIN, TRIN, F, Fb y Fp son todas muy sensibles a los intentos de completar el MMPI-2 cuando no se tienen en consideración la información contenida en los ítems. Para Nichols (2002) “cuando VRIN es alto y TRIN está dentro de los límites normales, las elevaciones de F, Fb y Fp suelen confirmar modelos de falta de cuidado, exageración o falta de cooperación al responder a los ítems. Si F, Fb y Fp son elevados y VRIN bajo, puede descartarse la falta de cuidado al contestar a los ítems, y se puede entonces interpretar con mayor confianza F, Fb y Fp en términos de psicopatología, exageración de síntomas o fingimiento” (pg.46).

Referencias bibliográficas

- Ampudia, A., Durán, C. Y Lucio, L. (1995). Confiabilidad de las escalas Suplementarias del MMPI-2 en población mexicana”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(2):
- 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.
- Arbisi, P.; Ben-Porath, Y. (1998). The ability of Minnesota Multiphasic Personality Inventory –2 validity scales to detect fake-bad responses in psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*. Sep; Vol 10(3): 221-228
- Avila, A. & Jiménez, F. (1999). Adaptación española del Inventario Multifásico de Minnesota-2. TEA Ediciones,
- Bagby, R.; Rogers, R.; Buis, T.; Nicholson, R.; Cameron, S.; Rector, N.; Schuller, D. & Seeman, M. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*. Jun; Vol 68(3): 650-664.
- Butcher, J.N. & Williams, C. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretations*”. University of Minnesota Press. Minneapolis.
- Butcher, J.N. (1990). “MMPI-2 in Psychological Treatment”. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.; Graham, J.; Tellegen, A. & Kaemer, B. (1989). *Manual for the reestandarized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis University of Minnesota Press.
- 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.
- Echols, M. (1999). The relative contributions of the F-Psychopathology scale and MMPI-2 validity scales in the assessment of MMPI-2 protocol validity of African-American and Caucasian dual-diagnosis patients. Dissertation-Abstract, Aug; Vol 60(2-B): 0825
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and individual differences*, 7, 385-400.
- 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.; 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. (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. (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. (2000). *The MMPI-2. An interpretative manual (2nd. Ed.)*. Allyn and Bacon, Boston.
- 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.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). Evaluación psicológica forense.-4. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon. Amarú ediciones.(en prensa).
- Jiménez, F., Sánchez, G. (2001). La contribución de las escalas Obvio-sutil del MMPI-2 a la detección del fingimiento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1): 111-130.
- Ladd, J. (1998). The Fp Infrequency-Psychopathology Scale with chemically dependent inpatients. *Journal of Clinical Psychology*. Aug; Vol 54(5): 665-671.
- Mckinley, J.C. y Hathaway, S.R. (1948). A multiphasic personality schedule (Minnesota). 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.
- NCS Assessments (National Computer System) (February, 2001). MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. [http:// assessments.ncspearson.com](http://assessments.ncspearson.com).
- Nederhof, A. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal with social Psychology*, Vol. 15(3): 263-280.
- Nichols, D.S. (2002). Claves para la evaluación con el MMPI-2. TEA Ediciones, Madrid.
- 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.; 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.; 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.
- 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., Jiménez, F., Avila, A y Merino, V. (1999). Sicopatología 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*, 7(1): 115-125.
- Seisdedos, N. (1995). Adaptación española del Manual del 16 PF-5. TEA Ediciones, Madrid.

Anexo 14: Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi & Ben-Porath (1995)

- 51- No leo diariamente todos los artículos editoriales del periódico.
- 66- Sería mejor si se anulasen casi todas las leyes.
- 77- De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
- 90- Quiero a mi padre, o si ya ha fallecido, quise a mi padre.
- 93- A veces, cuando no me encuentro bien, estoy de mal humor.
- 102- Algunas veces me enfado.
- 114- A veces me siento tan atraído por las cosas personales de otro (como zapatos, guantes, etc.) que desearía cogerlos o robarlos, aunque no me sean útiles.
- 126- Creo en la obligación o exigencia de las leyes.
- 162- Alguien ha estado intentando envenenarme.
- 192- Mi madre es una buena mujer, o si ya ha fallecido, mi madre fue una buena mujer.
- 193- Cuando camino evito cuidadosamente pisar las rayas o grietas.
- 216- Alguien ha estado intentando robarme.
- 228- Hay personas que están intentando apoderarse de mis pensamientos e ideas.
- 252- Para mí todo tiene el mismo sabor o gusto.
- 270- Personalmente no me molesta ver sufrir a los animales.
- 276- Quiero a mi madre, o si ya ha fallecido, quise a mi madre.
- 282- Me han dicho que camino cuando estoy dormido.
- 291- Nunca he estado enamorado.
- 294- Frecuentemente me salen manchas rojas en el cuello.
- 322- Me da miedo utilizar cuchillos u objetos muy afilados o puntiagudos.
- 323- Algunas veces disfruto hiriendo a personas que amo.
- 336- Alguien controla mi mente.
- 371- A menudo he deseado pertenecer al sexo opuesto.
- 387- Solamente cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos.
- 478- Odio a toda mi familia.
- 501- A menudo es más provechoso hablar los problemas y las preocupaciones con alguien, que tomar calmantes y medicamentos.
- 555- No puedo entrar solo en una sala oscura, incluso en mi propio hogar.