

“La sensibilidad de la escala ‘Hacerse el enfermo’ (FBS) de Lees-Haley, Englis & Glen (1991), en la adaptación española del MMPI-2”¹.

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

Resumen. “Hacerse el enfermo” o presentar una imagen negativa de sí mismo, puede ser motivo de interés en diferentes ámbitos de la Psicología si con ello se consiguen los beneficios esperados. Se hace especialmente interesante para el Psicólogo poder detectar al simulador de una específica enfermedad, o diferentes tipos de secuelas psicológicas, que le ayuden a solicitar, o prolongar, las indemnizaciones particulares del caso. La investigación propuesta se encuentra realizada con una muestra total de 3.035 sujetos, comparando los resultados de aquellos sujetos que contestaron sinceramente a la prueba (N = 2.284), con aquellos otros que manipularon sus respuestas dando buena (N = 282) y/o mala (N = 269) imagen. Al mismo tiempo se escogió una muestra (N = 200) que contestó al cuestionario sin tener en cuenta la información contenida en los ítems del MMPI-2. A través de la escala de “hacerse el enfermo” (“Fake-Bad”, FBS) de Lees-Haley, English & Glenn, (1991) se operacionalizaron sus respuestas y los resultados obtenidos demuestran una elevada sensibilidad a la detección de los sujetos “supuestamente enfermos”.

Introducción

¿Puede resultar “interesante” para alguien presentar una imagen trastornada de sí mismo?
¿Por qué algunas personas desean pasarse por “enfermos”? No nos puede resultar extraño en

¹ Esta investigación fue publicada posteriormente en la Revista de Psicología General y Aplicada con el título “Una pobre contribución de la Escala “fingirse enfermo (FBS) a la adaptación española del MMPI-2”, 2007, Vol 60, 299-313.

algunos ámbitos de la jurisprudencia que algunas personas intenten ofrecer una imagen distinta de la real motivados por los supuestos beneficios que pretenden obtener ¿Qué beneficios puede obtener el interesado? Desde el simple retraso de la “vista”, desplazamiento o internado en salas de enfermería hasta la disminución de las posibles consecuencias penales o reclamación y consecución de indemnizaciones, existe una gama amplia de situaciones, más propias de la picaresca, que pueden resultar “interesantes” para el sujeto que se somete a la evaluación psicológica de su propia personalidad. Además tiene en sus manos la herramienta apropiada para poder hacerlo: ser el autor de sus propias contestaciones.

El evaluador debe disponer de los medios y herramientas necesarias para su detección y estar atento a la aparición de aquellos perfiles psicológicos de este tipo de personas que tratan de mostrar una imagen negativa de sí mismo.

Una de las técnicas más utilizadas en la Psicología Forense en cuanto a la evaluación de la personalidad, para la posibilidad de discriminación de trastorno, es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Detectar la posibilidad de fingimiento a través de las variables tradicionales de Validez (L, F, K) ha sido una de las tareas más prolíficas en la literatura del MMPI. En las últimas actualizaciones del MMPI (MMPI-2, y MMPI-A) se han contemplado otras escalas detectoras de validez que se van añadiendo a las ya tradicionales (VRIN, TRIN, S, Ds-r, etc.) y de las que vamos ofreciendo resultados de su comportamiento en distintos diseños de investigación.

La escala “Fake-Bad” (FBS), de Lees-Haley, English & Glenn, (1991) consiste en 43 ítems (ver Anexo) que son atribuidos infrecuentemente por fingidores de diversas “molestias” personales.

La literatura científica aportada por el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), ha empleado dos términos para identificar el fingimiento deliberado de una enfermedad, incapacidad o incompetencia: “Malingering” y “faking bad” o “fake bad”.

En un primer momento, Graham (1990), diferencia en su obra estos términos de “malingering” y “faking bad” como dos formas diferentes de simulación, y encuentra que los sujetos que responden a la forma de “malingering” presentan el perfil típico en las escalas de validez siguiente:

“La Escala F no se encuentra con valores extremadamente altos como ocurre con el perfil de los “fake bad”,

Las escalas L y K generalmente se encuentran con un valor cercano a los 50T.

El rasgo más distintivo del perfil de "malingering" es la apariencia de un perfil en forma de "sierra" (figura 3.5, pg.46)".

Esta apariencia de "sierra" en el perfil "malingering", Graham (1990) lo justifica porque la persona que está fingiendo tiende a atribuirse una amplia gama de síntomas patológicos que son reflejados fundamentalmente en las escalas D (Depresión), Pd (Desviación psicopática), Pa (Paranoia) y Sc (Esquizofrenia) pero evita atribuirse aquellos ítems que pueden evidenciar una patología extrema. Sin embargo, en la tercera edición de la misma publicación (Graham, 2000) ya no hace esta discriminación entre ambos términos asimilándose los dos conceptos bajo el término "faking bad" o, como hemos convenido en denominar en este artículo, "hacerse el enfermo".

En el ámbito forense al aplicar el MMPI para detectar a los fingidores, encontramos en el estudio de Hawk y Cornell (1989) en el que compararon los perfiles del MMPI realizados por 18 sujetos criminalmente acusados y que intentaban fingir (malingering) (MAL), con 17 sujetos psicóticos (PSY) acusados de crímenes y 36 sujetos normales y que no presentan intención de engañar (nonmalingering) tomados como sujetos control (CONTRS)). Tanto los sujetos MAL como los PSY no pudieron ser testados en, aproximadamente, el 50% de los casos bien por una realización incompleta o por contestar al azar en la prueba. En el resto aparecen diferencias entre los sujetos que fingían y los otros grupos en varias escalas del MMPI y en el Índice F-K. Un análisis discriminante clasificó fielmente los sujetos MAL y los PSY en base a las variables del MMPI. Los autores concluyen que el MMPI puede tener una utilidad considerable para detectar el fingimiento intencionado (malingering) cuando los sujetos cooperan con la prueba.

En el mismo ámbito de la jurisdicción y motivados por la reclamación de indemnizaciones por lesiones y/o secuelas psíquicas, el MMPI-2 puede ayudarnos para detectar a los fingidores. Este es el estudio realizado por Lees-Haley (1991) que analizó las puntuaciones obtenidas en la escalas F y F-K (índice de Gough, 1950) de grupos de sujetos (fingidores y no-fingidores) que reclaman judicialmente una indemnización por lesiones físicas. Los resultados contemplan que tanto la Escala F como el Índice F-K parecen diferenciar correctamente a los fingidores (malingerers) de los no-fingidores (non-malingeres). Los autores sugieren que deberían utilizarse puntuaciones de corte más bajas para los fingidores de lesiones físicas que para aquellos criminales que fingen locura o incapacidad.

Cassisi y Workman (1992) utilizaron una forma abreviada del MMPI-2, con una muestra de sujetos considerados como *normales*, para poder detectar a los fingidores basándose

fundamentalmente en las escalas tradicionales de Validez. Se llevaron a cabo dos estudios con las variables L, F y K del MMPI-2, uno en su versión normal y otro en una versión breve. En esta última versión a los sujetos se les dió instrucciones diferentes a la hora de cumplimentar el Cuestionario: sea sincero, intente dar una buena imagen (“fake good”) e intente dar una mala imagen (“fake bad”). Los resultados sugieren que esta forma abreviada del MMPI-2 puede ser útil, sola o combinada, con otros cuestionarios para identificar potenciales problemas de autoinformación.

El objetivo de la investigación de Iverson, Franzen y Hammond (1995), fue analizar las diferencias entre pacientes que fingen una enfermedad mental y pacientes psiquiátricos que han respondido de forma honesta y sincera al MMPI-2. Los resultados muestran que las escalas de Validez del MMPI-2 pueden diferenciar, con un alto grado de precisión, enfermos instruidos para fingir enfermedad mental de aquellos pacientes psiquiátricos reales. Este estudio es uno de los pocos en el que se analizó la nueva escala Fb y resultó que fue menos precisa clasificando a los fingidores experimentales que la escala F.

Con una muestra de sujetos *normales* y *clínicos* el estudio de Bagby, Rogers, Buis y Kalemba (1994), comparan dos grupos de sujetos: por una parte aquellos que simulaban una enfermedad psiquiátrica bajo las instrucciones de buena imagen (“fake good”) y de mala imagen (“fake bad”), y por otra parte pacientes psiquiátricos que contestaron normalmente al MMPI-2. Los resultados muestran que para perfiles que reflejan buena imagen el índice F-K < -12 ; y para perfiles que reflejan mala imagen la Escala F > 89 y el Índice F-K > 7 . Estos fueron los puntos de corte óptimos para dichos perfiles. “*Fake bad*” (hacerse el enfermo o fingir mala imagen) es tomada, por estos autores, como “malingered “ y “*Fake good*” (fingir buena imagen) es considerada como una respuesta defensiva.

La utilidad de las escalas de Validez del MMPI-2, con una muestra de sujetos normales y clínicos es el objetivo central de los autores Bagby, Rogers y Buis (1994) al realizar dicho estudio. Analizan la efectividad de varias escalas de validez e índices del MMPI-2 para detectar a los fingidores (malingered = “Fake bad”) y los sujetos que responden de una forma defensiva (“Fake good”). La muestra de 215 sujetos, considerados como *normales*, completaron el cuestionario bajo las condiciones de “*fake bad*”, “*fake good*” y responder sinceramente. Los 173 sujetos de la muestra *clínica* contestaron de forma normal. Los resultados mostraron cuatro indicadores de validez que indicaron ser moderadamente efectivos para detectar los perfiles de “*fake bad*”: F, F-K, la versión revisada de la escala de

Disimulación del MMPI-2 y el índice Obvio-Sutil. Sin embargo, los indicadores del perfil de “*fake good*” fueron mucho menos efectivos; solamente F-K y Obvio-Sutil parecen tener una moderada utilidad.

El objetivo planteado por Moran (2000) en su trabajo es estudiar el comportamiento de las variables F y F-K y su contribución para diferenciar sujetos que se hacen los enfermos (*malingering*). En su investigación toma una muestra de 153 estudiantes que divide en un total de 9 grupos diferentes de los que, a algunos de ellos, se les instruye para que simulen síntomas psiquiátricos de tipo depresivo, maníaco y una sintomatología aleatoria. Sus resultados concluyen que es posible detectar bien la simulación de la Depresión, pero no la manía y la sintomatología psiquiátrica fue detectada acertadamente en la mitad de los casos.

En su trabajo, Gallagher (1998), basándose en las Escalas de Validez del MMPI-2, intenta detectar “*malingering*” con una muestra total de 182 sujetos internados en un correccional. Estableció tres grupos: el primero de ellos con 49 sujetos, sin patología evidente, a los que se les instruye para que den “mala imagen” (“*fake-bad*”); el segundo grupo está formado por 75 sujetos que deben contestar al cuestionario de forma estándar (honesta y sinceramente); y el tercer grupo formado por internos con psicopatologías específicas que, igualmente, deben contestar de forma estándar. Los resultados demuestran que la Escala *Fp* demostró su validez con respecto a las Escalas K y F. Otro resultado obtenido fue que *Fp* discriminó entre los grupos de instrucción *fake-bad* y el que presentaba síntomas psiquiátricos específicos, pero no lo hizo adecuadamente entre el grupo *Fake-bad* y los sujetos considerados como normales que no presentaban psicopatología evidente. También pudo demostrar Gallagher que la escala *Fp* no contribuyó al incremento de la validez más que las otras.

La investigación llevada a cabo por Larrabee (1998) se centró en detectar a las personas que exageran y/o prolongan su malestar corporal cuando se encuentran inmersas en procesos de reclamación judicial. El objetivo era evaluar la sensibilidad del MMPI/MMPI-2 para exagerar su sintomatología en sujetos con sospecha de “*hacerse el enfermo*”. 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 unas pruebas que detectaban los síntomas de validez. Los resultados demuestran que 3 de los 12 sujetos presentaron puntuaciones elevadas en las escalas de Validez *F* y en las Escalas Clínicas *Hs* y *Hy*. Igualmente, pudo mostrar que 11 de los 12 sujetos presentaron elevaciones en la Escala FBS de Lees-Haley. La conclusión a que llega

Larrabee es que debe ser diagnosticado como “*Fake-bad*” cuando existan, en las Escalas Clínicas, puntuaciones Hs y Hy $> 80T$ y la Escala de Validez **FBS** se encuentre significativamente elevada.

Con una muestra de 40 sujetos con ideas suicidas o intentos de suicidio, de un total de 58 hospitalizados, el grupo de investigadores Rissmiller, Wayslow, Madison, Hogate, Rissmiller & Steer (1998), intentan determinar la prevalencia de “*hacerse el enfermo*” (“*malingering*”) en personas con intentos y/o ideas de suicidio que son sistemáticamente hospitalizados. Los resultados muestran que el 10% de los sujetos mostraron “*malingering*” e indicaron incentivos externos que motivaron el engaño de ideación o intento suicida. También pudieron verificar que ninguna de las Escalas de Validez del MMPI-2 correlacionaron con el auto-informe adecuado de “*malingering*”. Algunos pacientes pudieron fingir, sin ser detectados, sus intenciones suicidas. Los datos demuestran la dificultad inherente en detectar “*malingering*” a través de la entrevista clínica y los tests psicológicos.

Perfiles con fingimiento de buena / mala imagen (fake good / fake bad).

Algunos clínicos tienden a utilizar el índice F-K para identificar tanto los perfiles de “buena imagen” como los de “mala imagen”. Si la puntuación directa de F-K es negativa y elevada, es posible que haya intentado ofrecer una actitud de buena imagen. Sin embargo, esta diferencia de puntuaciones no puede ser utilizada apropiadamente como diagnóstico en personas con alto estatus socioeconómico por su tendencia a dar puntuaciones elevadas en K.

Cuando, por el contrario, el sujeto intenta ofrecer una mala imagen de sí mismo, podemos apreciar la existencia de una motivación personal por la que le interesa aparecer, intencionadamente, como enfermo, incapacitado, incompetente. También denominado en la literatura científica como “*Faking bad*”, (también “*Fake bad*”). Algunos autores lo identifican también por el término “*malingering*”.

Graham (1990), analizó los perfiles típicos de las personas que intentan ofrecer una imagen negativa, para ello contó con adolescentes a los que se les dio instrucciones de presentarse a sí mismos como si tuvieran serios problemas psicológicos y emocionales. Los datos de este estudio de Graham y Watts, no publicados (citado por Graham, 1990) caracterizan el perfil de “*fake bad*” por una elevación de las puntuaciones T en la variable F (generalmente $F > 100T$) y de la variable Fb. Las puntuaciones de las escalas VRIN y TRIN no son significativamente elevadas ya que los sujetos que están fingiendo una mala imagen están respondiendo al contenido de los ítems. Para Graham (1990) las puntuaciones de las escalas Clínicas siguen

siendo muy elevadas, sobre todo Pa (Paranoia) y Sc (Esquizofrenia). Sin embargo las escalas Mf (Masculinidad/Feminidad) y Si (Introversión) son, generalmente, las menos elevadas en este tipo de perfil.

Graham (1990) afirma, de forma general que, siempre que la puntuación directa de la Escala F es mayor que la puntuación directa de la escala K, debe considerarse la posibilidad de “*hacerse el enfermo*” y cuanta mayor es la diferencia tanta mayor es la probabilidad de fingir una mala imagen. A primera vista el perfil “*fake bad*” podría parecer similar al perfil que uno debería esperar al obtenido por una persona que está realmente trastornado psicológicamente, pero, sin embargo existen, a juicio del autor una diferencia sumamente importante: la puntuación de la escala F, generalmente es más elevada para el perfil “*fake bad*”. El rango, comúnmente aceptado, de la puntuación T de la Escala F para personas diagnosticadas como psicóticos se encuentra entre 71 y 90, mientras que el perfil “*fake bad*” para la Escala F se encuentra por encima de 100T. Es decir, en un perfil “*fake bad*” las puntuaciones de las escalas Clínicas tienden a ser mucho más extremadamente altas que en un perfil válido para una persona con un trastorno grave.

Los perfiles típicos de la actitud de “fingirse bueno” (“*faking good*”) los muestra Graham (1990, pgs. 47 y 48) como una forma de “*uve*” en la configuración del perfil de las escalas de validez, con elevaciones en las escalas L y K y una puntuación, en la escala F, en el rango entre 40 y 50T. Mirando las escalas Clínicas subsiguientes a este perfil, podemos apreciar que éstas se encuentran en un rango de puntuaciones por bajo de la “*franja de normalidad*” o puntos de corte; es decir con una puntuación entre 30 y 50 T, pero con las escalas Hy (Histeria), Mf (Masculinidad-feminidad) y Ma (hipomanía) algo más elevadas.

Posteriormente los trabajos de Graham, Watts, y Timbrook (1991) para detectar los perfiles “*fake bad*” y “*fake good*” en sujetos normales y clínicos mostraron que los resultados indican que la media de los perfiles y la puntuación óptima de corte se parecen a las establecidas previamente en el MMPI original. Se logró una identificación precisa de las personas que fingían buena (*fake good*) o mala imagen (*fake bad*). Fue posible diferenciar entre pacientes y sujetos normales que se fingían enfermos. Pero fue necesario utilizar diferentes puntuaciones de corte para distinguir entre sujetos normales que hicieron el test siguiendo las instrucciones de honestidad y aquellos que fueron instruidos para fingir una mala imagen (*fake bad*).

El mismo Gough (1950) pudo detectar que las personas que intentan crear la impresión de una psicopatología severa puntúan considerablemente más alto en la Escala F que en la escala K.

Sugirió que la diferencia entre la puntuación directa de la Escala F y la directa de la K podría servir como un índice útil para detectar los perfiles “faking bad”. Gough (1950) y Meehl (1951) indican que cuando dicho índice sea un número positivo y mayor que 9 ($F-K > 9$) debería considerarse como un perfil de “fingirse malo”. En una posterior investigación Carson (1969) sugirió elevar la puntuación de corte a 11 para poder precisar con mayor exactitud el perfil de “fingirse enfermo”.

La investigación de Grow, McVaugh y Eno (1980) llevada a cabo con diferentes muestras de población, clínica y normal, para detectar el fingimiento, pudo determinar que del 10 al 81% de la Varianza asociada al fingimiento puede ser explicada por varias estrategias: $F-K \geq 7$ detecta un fingimiento de mala imagen (hacerse el enfermo). $F-K \leq -11$ para fingir buena imagen.

Sobre este mismo tema de encontrar las puntuaciones de corte Gillis, Rogers y Dickens (1990) intentan detectar, con el MMPI los estilos de respuestas en población normal y clínica para hacerse el enfermo. Tomadas las puntuaciones de corte de Greene (1988) para estos indicadores de Validez, producían una alta proporción de “falsos positivos”. En esta investigación los resultados mostraron que F y F-K fueron indicadores relativamente eficaces para distinguir a las personas que se fingen enfermas. Los autores sugieren que se tomen otros parámetros de puntos de corte.

Wetzler y Marlowe (1990) también utilizaron el índice de Gough para detectar la exageración de sus síntomas que presentan los sujetos de una muestra clínica cuando se les han administrado el MMPI, MMPI-2 y el Millon Multiaxial Clinical Inventory en su versión II.

Los trabajos realizados por Wetter, Baer, Berry, Robison, y otros (1993) con sujetos clínicos y normales pudieron determinar que los sujetos falsificadores obtuvieron puntuaciones inferiores en K y elevadas en F, Fb F-K, Ds, así como sobre las 10 Escalas Clínicas, igual que la muestra clínica.

Cuando se trata de evidenciar si la información de la sintomatología puede ayudar a llevar a cabo una mejor simulación en sujetos clínicos y normales, las investigaciones realizadas por Wetter, Baer, Berry y Reynolds (1994) concluyeron que la información específica de síntomas fue de poca ayuda en la simulación convincente del trastorno en el MMPI-2.

Lim y Butcher (1996), en una investigación llevada a cabo con muestras clínicas y de población normal llegaron a concluir que el MMPI-2 suministra una aceptable identificación de los perfiles fingidos y la escala S y sus subescalas serían útiles para detectar los perfiles de

negación o de reclamación de una imagen perfecta, aunque los intentos para diferenciar las dos estrategias de análisis no llegaron a tener éxito.

Con una muestra de estudiantes, considerados como normales, Austin (1992) realizó un trabajo para detectar la buena y mala imagen a través de un análisis multivariado (MANOVA), llegando a la conclusión de que se producía una diferencia estadísticamente significativa para las puntuaciones de todas las escalas de Validez en tres formas de responder: las subescalas de Validez, Supresora y la Subescala Validez-Supresora fueron las más útiles en la detección de sujetos que fingen mala imagen (fake bad). La Escala L era la mejor para determinar la buena imagen (fake good).

Cramer (1995) trata de diferenciar los psicóticos de los neuróticos administrando el MMPI-2 en una población normal. Para este autor los resultados indican que conjuntamente todas las Escalas de Validez podrían discriminar los perfiles neuróticos de psicóticos y perfiles auténticos de los simulados.

Rogers, Sewell y Ustad (1995) llevaron a cabo una investigación con el MMPI-2 tratando de descubrir de forma sistemática los indicadores de “fake bad” en pacientes crónicos. Los resultados indicaron que pacientes que han respondido con sinceridad presentaron puntuaciones elevadas en F, Fb y otras Escalas de Validez. Los pacientes crónicos modificaban sus puntuaciones en la dirección de mostrar una psicopatología más severa. Un resultado inesperado fué las bajas puntuaciones obtenidas por una minoría de pacientes.

En 1997, Cloak, Kirklen, Strozic y Reed realizaron un trabajo para poder detectar los estilos de respuestas de los “faking bad” con el MMPI-2 en una muestra clínica. Se investigó la habilidad de las personas para fingir el Trastorno por Estrés Postraumático o una lesión cerebral a través de la consistencia temporal de sus respuestas. Los resultados mostraron que los sujetos que fueron preparados para fingir un trastorno por estrés postraumático obtuvieron en una administración test-retest (al cabo de dos semanas) puntuaciones que no mostraron diferencia significativa con las conseguidas por los sujetos a los que se les administró el MMPI-2 de forma estándar. Sin embargo se obtuvo un coeficiente de fiabilidad, significativamente más bajo, cuando los sujetos fingían una enfermedad de lesión cerebral. El Análisis de la varianza indicó que los individuos que fingían un trastorno obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las Escalas de validez sensibles a la exageración (overreporting) de los síntomas, y, sin embargo, no se encontró diferencias significativas en los diferentes tiempos de aplicación. Por ello los autores concluyen que es

necesario diferenciar el tipo de trastorno para poder apreciar la consistencia temporal de las respuestas.

Investigar qué Escalas de Validez del MMPI-2 se muestran más sensibles para detectar el fingimiento positivo (fake-good) fue el objetivo marcado por Maloney (1998) con una muestra de 114 estudiantes a los que instruyó para contestar de una forma determinada. Un grupo de estudiantes deberá contestar de forma honesta y sincera (forma estándar) y otro grupo estaba instruido para fingir de manera positiva y presentar la mejor imagen de sí mismo. Sus resultados mostraron que las variables K y L fueron las escalas de validez más sensibles para detectar el fingimiento positivo.

El equipo de investigación, formado por Scafidi, Field, Prodromidis & Abrams (1999), tenía como objetivo poder determinar si las bajas puntuaciones en la escala de Depresión de Beck (BDI) eran signo de una simulación de la depresión (faking-good) o por el contrario era cierto que no presentaban dicho trastorno. Para realizar este trabajo empleó a 79 madres adolescentes, con una media de edad de 18,1 años, a las que administró las pruebas del MMPI-2 y el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI). Dividió la muestra en tres grupos: no-depresivo, depresivo y con puntuaciones bajas. Sus resultados mostraron que el grupo depresivo mostró mayores puntuaciones que el no-depresivo; que el grupo de puntuaciones bajas en el BDI dio más perfiles fake-good que los otros dos grupos; y que el Análisis discriminante indicó que el 90% de los perfiles de fake-good podían ser clasificados correctamente basándose en las puntuaciones del BDI y en las escalas de defensividad (fake-good).

I.- Metodología:

I.1.- Objetivo e hipótesis.

Nuestro objetivo general es poder detectar a los sujetos que fingen mostrar una imagen distorsionada de sí mismo a través 'del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en su adaptación española.

Más concretamente nuestra hipótesis se especificaría de la siguiente manera: “Los sujetos que contestan a los ítems del MMPI-2 fingiéndose negativamente obtendrán valores significativos más altos en la Escala de hacerse el enfermo FBS de aquellos otros que no lo hacen.

Para llevar a cabo este planteamiento hipotético, hemos seguido el siguiente diseño.

I.2.- Descripción de la muestra

Se utilizó una gran parte de la muestra empleada en la adaptación española del MMPI-2 (Ávila y Jiménez, 1999) para nuestro estudio, especialmente la muestra clínica y gran parte de la población normal. La muestra fue dividida en dos secciones según la forma de responder a los ítems planteados en el Cuestionario. Aquellos que tienen en cuenta la información contenida en los ítems, la leen, comprenden y responden formado por los grupos “normal”, “Clínica” “Buena imagen” y “Mala imagen”. El otro grupo responde al Cuestionario sin tener en cuenta la información contenida en los ítems (al azar, cada dos “verdad” y cada cinco “falso”, alternando “verdadero” y “falso”...etc.). La muestra quedó constituida como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1.- Muestra según formas de responder, grupos y género

FORMAS DE RESPONDER CONSISTENTES (con la información).								FORMAS DE RESPONDER INCONSISTENTES	
RESPUESTA SINCERA				RESPUESTA MANIPULADA					
NORMAL		CLINICA		B. IMAGEN		M. IMAGEN		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	
2.284				551				200	

TOTAL MUESTRA = 3.035

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

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

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.).

I.3.- Instrumentos

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

I.4.- Variables

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 del MMPI-2.

Otras variables que se analizaron fueron las siguientes:

- ✓Fp. Escala Psiquiátrica Fp de Arbisi & Ben-Porath (1995).
- ✓S. Escala Superlativa (S) de Butcher & Han (1995).
- ✓Ds-r. Escala revisada de Disimulación (Ds-r) de Gough (1957).
- ✓FBS. Escala de “Fake-Bad” (FBS) de Lees-Haley, Englis & Glenn (1991).
- ✓IR. Escala de Inconsistencia de Respuestas (IR) de Sewell & Rogers (1994).
- ✓Wsd. Escala de Deseabilidad Social (Wsd) de Wiggins (1959).
- ✓F-K. índice F-K de Gough (1947, 1950).
- ✓?. Interrogante
- ✓/F-Fb/. índice /F-Fb/.

II.- Resultados

Variable “FBS”. Escala de “Hacerse el enfermo” de Lees-Haley, English & Glenn, (1991):

Esta escala de “hacerse el enfermo” o el “malo” (“Fake-bad”) está compuesta por un total de 43 ítems con la intención de identificar a las personas que intentan expresar una imagen negativa de sí mismos, o que, intencionadamente, tratan de dar una imagen desfavorable.

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

Percentiles	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
10	7	11	8	13	16,5
25	10	14	11	19	19
50	12	18	13	27	21
75	16	23	14	29	24
90	19	27	15	31	26

Por los resultados expuestos en la tabla 2, podemos apreciar que los sujetos, a los que se les instruyó para que dieran mala imagen de sí mismos, son los que alcanzaron mayor puntuación en sus diversos percentiles y puntuaciones medias.

Vemos que el 75% de los sujetos que expresan “mala imagen” consiguen una puntuación directa de ≥ 19 , igual que el 10% de los sujetos normales que han contestado honesta y sinceramente a la prueba.

Igualmente podemos observar que los sujetos que contestan sin tener en cuenta el contenido de los ítems y el grupo de clínicos consiguen también puntuaciones elevadas.

A través de los resultados mostrados en la Tabla 3, podemos ver las elevadas correlaciones (de distinto signo) del grupo “mala imagen”: hemos de resaltar, en este grupo, las elevadas correlaciones positivas con las escalas de disimulación de Gough (Ds y Ds-r), F, Fb, F(p) y F-K.

Se puede apreciar en nuestros resultados la ausencia de correlación significativa de las distintas variables con la escala de hacerse el enfermo (FBS) en el grupo que ha contestado sin tener en cuenta el contenido de los ítems (Rta. Inc.).

Tabla 3: Variable “FBS”. Correlaciones*.

Variables	Normal	Clínico	Buena Imagen	Mala Imagen	Rta. Inc.
L	.118	.055	.016	-.046	.179
F	.351	.438	.351	.804	-.043
K	-.169	-.320	.105	-.125	.078
Fb	.450	.573	.403	.763	-.038
VRIN	.223	.033	.153	-.238	.080
TRIN	.016	.116	.081	-.049	-.137
Fp	.302	.321	.352	.757	.094
S	.110	-.295	.127	-.255	.177
Ds	.418	.582	.291	.827	.076
Ds-r	.420	.635	.217	.834	.152
ODecp	-.164	-.224	-.126	-.412	.038
IR	.282	.342	.313	.712	.045
Wsd	-.078	-.072	-.092	-.361	-.141
F-K	.313	.450	.172	.756	-.072
¿	.024	.020	-.028	.051	.066
/F-Fb/	.049	.035	.087	.518	-.017

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

Las variables TRIN y la “?” no correlacionan de forma significativa con esta variable FBS (Tabla 3).

Existen pocos estudios realizados con estas variables. Butcher et al, (1989) con 2.600 normales, que contestaron honesta y sinceramente a los ítems, encontraron correlaciones positivas de esta escala FBS con Fb (.26), F(p) (.08), IR (.01), VRIN (.16) y TRIN (-.02). Hemos podido comprobar que nuestros resultados, con 1.723 sujetos también honestos y sinceros al contestar, tienen unas correlaciones ligeramente más elevadas que las mostradas por el equipo de Butcher: Fb (.450); F(p) (.302), IR (.282), VRIN (.223); y TRIN (.016).

Tabla 4: Variable “FBS”: Puntuaciones Medias y St.D. Análisis comparativo entre grupos

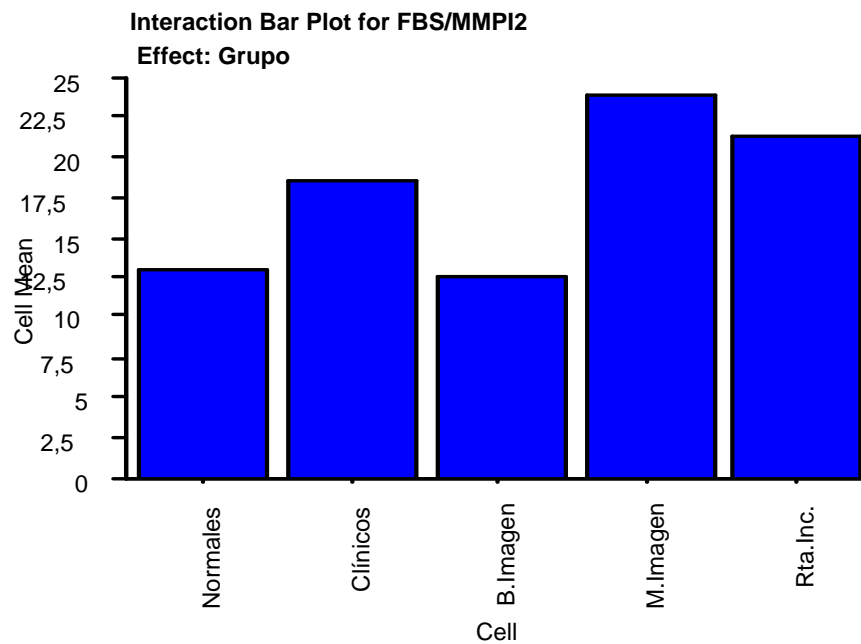
Normal		Clínico		Buena Imagen		Mala Imagen		Rta. Inc.	
Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D	Media	St.D
12,955	4,750	18,651	6,189	12,461	3,106	23,933	6,871	21,295	3,682

Podemos observar, con los resultados expuestos en la Tabla 4, que los sujetos con mala imagen son los que presentan la puntuación media más elevada, siendo estadísticamente significativa con el resto de los grupos (ver Tabla 5).

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

Grupos	Dif.Med.	Dif. Crit.	p	Signf. (5%)
Normal vs. Clínico	-5,696	,485	<,0001	SI
Normal vs. B. Imagen	,494	,641	,1308	NO
Normal vs. M. Imagen	-10,978	,654	<,0001	SI
Normal vs. Rtas. Inc.	-8,340	,745	<,0001	SI
Clínico vs. B. Imagen	6,190	,728	<,0001	SI
Clínico vs. M. Imagen	-5,282	,739	<,0001	SI
Clínico vs. Rtas. Inc.	-2,644	,821	<,0001	SI
B. Imagen vs. M. Imagen	-11,472	,850	<,0001	SI
B. Imagen vs. Rtas. Inc.	-8,834	,922	<,0001	SI
M. Imagen vs. Rtas. Inc.	2,638	,931	<,0001	SI

Gráfica 1: Variable “FBS”. ANOVA.



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

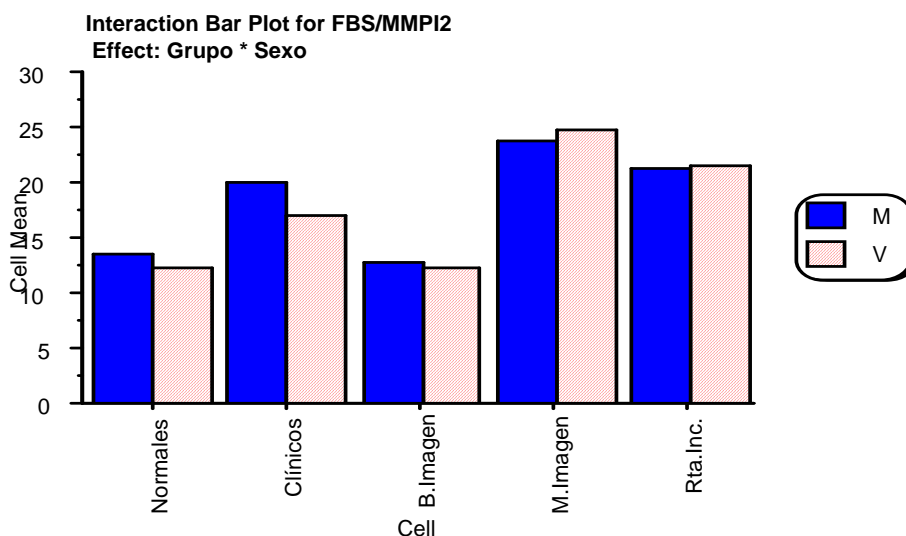


Tabla 6: Variable “FBS”. Diferencias intergrupos e intersexos*.

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-7,335	,969	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-10,834	1,094	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-,760	,843	,0773	
B.Imagen, Rta.Inc.	-8,384	1,271	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-3,499	,952	<,0001	S
Clínicos, Normales	6,575	,649	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-1,049	1,151	,0742	
M.Imagen, Normales	10,074	,824	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	2,450	1,259	,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-7,624	1,048	<,0001	S

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

	Mean Diff.	Crit. Diff	P-Value	
B.Imagen, Clínicos	-4,825	1,067	<,0001	S
B.Imagen, M.Imagen	-12,493	1,312	<,0001	S
B.Imagen, Normales	-,050	,953	,9176	
B.Imagen, Rta.Inc.	-9,386	1,301	<,0001	S
Clínicos, M.Imagen	-7,669	1,146	<,0001	S
Clínicos, Normales	4,774	,707	<,0001	S
Clínicos, Rta.Inc.	-4,561	1,134	<,0001	S
M.Imagen, Normales	12,443	1,041	<,0001	S
M.Imagen, Rta.Inc.	3,107	1,367	<,0001	S
Normales, Rta.Inc.	-9,336	1,027	<,0001	S

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

Esta escala no discrimina adecuadamente los sujetos clínicos, que contestan sinceramente, de aquellos otros que, intencionadamente, muestran una imagen favorable de sí mismos tanto si el análisis se realiza separadamente por sexos como conjuntamente (Tablas 86 y 87). Sus resultados son tan parejos que no ofrecen diferencias estadísticamente significativas.

Haciendo un breve resumen, podemos decir que esta variable:

- ✓ Puede identificar a los sujetos que intenten presentar una imagen desfavorable de sí mismos.

- ✓ No discrimina, adecuadamente, aquellos sujetos normales que contestan honesta y sinceramente a la prueba de aquellos otros que contestan intentando evidenciar una imagen positiva y favorable de sí mismos.
- ✓ Para una mayor precisión diagnóstica, los resultados de esta variable se verían posiblemente reforzados en su interpretación por los alcanzados en las variables F, Fb, F-K, Ds, Ds-r, IR, F(p) y /F-Fb/ con las que muestra una correlación positiva bastante elevada.

Discusión.

El trabajo realizado por Bagby, Rogers, Buis. y cols. (1997) para poder detectar a los fingidores de esquizofrenia y depresión a través del MMPI-2 demostraron que las Escalas de Validez e indicadores del MMPI-2 detectaban mejor a los sujetos fingidores de Esquizofrenia que a los que fingían Depresión. Las escalas que mejor distinguían a los sujetos de la muestra clínica con Esquizofrenia de la muestra normal, fingidores de Esquizofrenia, fueron las Escalas de Validez F, Fb y F(p), mientras que las Escalas F y Fb fueron las que mejor distinguían a sujetos de la muestra clínica con diagnóstico de Depresión de los sujetos normales fingidores del mismo trastorno.

Beal (1989) utilizó las escalas de disimulación de Gough en el MMPI para tratar de detectar a los simuladores de lesiones físicas, a través de una muestra clínica, encontrando que la escala de disimulación de Gough (F-K) y la escala de Wiener Harmon Sutil-Obvio son más sensibles a los tipos de fingimiento en sujetos con lesiones físicas.

También con el MMPI Lees-Haley (1989) distinguía diferentes contextos y patologías para que las escalas F y F-K pudieran ser aceptadas para detectar a los simuladores en una muestra clínica. Llegó a la conclusión de que las escalas F y F-K son cuestionables como índices de fingimiento porque se aplican a sujetos que difieren en la patologías que fingen, así como en los contextos. El autor concluye que no es posible generalizar la aplicación de estas escalas a las diferentes patologías y por ello sugiere distintos “puntos de corte” según la patología mostrada.

El estudio realizado por Berry, Baer y Harris (1991) sobre 28 investigaciones para detectar a los simuladores con el MMPI analizando las puntuaciones directas y T de las escalas F, F-K, índice original y Revisado y las Escalas de Sutil-Obvio, los resultados sugieren que estos

índices son buenos para detectar fingimiento intencionado (malingering) y que las mejores escalas para su detección son las puntuaciones directas y T de F, la escala de Disimulación original y el índice F-K y debiendo adoptar la precaución correspondiente con las escalas de Índice de Disimulación revisado y las Escalas de Sutil-Obvio. Fueron revisadas las puntuaciones de corte para la predicción del fingimiento (malingering) sugiriendo los autores la necesidad de investigar apropiadamente las puntuaciones de corte para su uso en poblaciones específicas.

ANEXO:

Ítems correspondientes a la Escala "Fake bad" (FBS). de Lees-Haley, Englis & Glenn (1991).

- 11- La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta.
- 12- Mi vida sexual es satisfactoria.
- 18- Sufro ataques de náuseas y vómitos.
- 28- Me molesta el estómago varias veces a la semana.
- 30- A menudo tengo pesadillas por las noches.
- 31- Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
- 39- Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 40- La mayor parte del tiempo parece dolerme la cabeza por todas partes.
- 41- No digo siempre la verdad.
- 44- Una vez a la semana o más a menudo, siento calor por todo el cuerpo sin causa aparente.
- 57- Muy raras veces siento dolor en la nuca.
- 58- Pienso que una gran mayoría de la gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás.
- 59- Tengo molestias en la boca del estómago casi a diario.
- 81- Creo que la mayoría de la gente mentiría con tal de conseguir lo que quiere.
- 110- La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para no perder un beneficio o ventaja.
- 111- Tengo muchos problemas con el estómago.
- 117- Nunca he vomitado o escupido sangre.
- 152- No me canso fácilmente.
- 164- Nunca, o rara vez, tengo mareos.
- 176- Me duele la cabeza muy pocas veces.
- 224- Tengo pocos o ningún dolor.
- 227- No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
- 248- No culpo a aquella persona que se aprovecha de otra que se expone a ello.
- 249- Mi vista es ahora tan buena como lo ha sido durante años.
- 250- A veces me ha divertido tanto el ingenio de un pícaro que he deseado que tuviera éxito.
- 252- Para mí todo tiene el mismo sabor o gusto.
- 255- Casi nunca noto que me zumben o me silben los oídos.
- 264- He abusado de bebidas alcohólicas.
- 274- Soy tan susceptible respecto a algunos temas que ni siquiera puedo hablar de ellos.
- 284- Pienso que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
- 325- Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.
- 339- A veces he sentido que las dificultades me abrumaban hasta tal punto que no podía superarlas.
- 362- Recuerdo haberme fingido estar enfermo para evitar algo.
- 373- Nunca hablo de las cosas malas que he hecho.
- 374- La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para salir adelante en la vida.
- 419- Me desagradan tanto algunas personas que me alegro interiormente cuando pagan las consecuencias por algo que han hecho.
- 433- Cuando estoy en una situación difícil sólo digo aquella parte de la verdad que probablemente no me va a perjudicar.
- 464- Me siento cansado una buena parte del tiempo.
- 469- A veces siento que estoy al borde de una crisis nerviosa.
- 496- En estos días no estoy sintiendo mucha presión o estrés.
- 505- Estoy tan harto de lo que tengo que hacer diariamente que me dan ganas de abandonarlo todo.
- 506- Recientemente he pensado en matarme.
- 561- Normalmente me encuentro con suficiente energía para realizar mi trabajo.