

Evaluación del autoengaño: Estructura factorial, fiabilidad y validez del SDQ-12 (cuestionario de autoengaño)

Carlos Sirvent¹, Juan Herrero², María de la Villa Moral², Francisco Javier Rodríguez^{2*}

1 Fundación Instituto Spiral, Oviedo, Principado de Asturias, Spain. **2** Department of Psychology, University of Oviedo, Oviedo, Principado de Asturias, Spain

* Corresponding author

E-mail: gallego@uniovi.es



OPEN ACCESS

Citation: Sirvent C, Herrero J, Moral MdV, Rodríguez FJ (2019) Evaluation of self-deception: Factorial structure, reliability and validity of the SDQ-12 (self-deception questionnaire). PLoS ONE 14(1): e0210815.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815>

Editor: Ryan L Boyd, University of Texas at Austin, UNITED STATES
Received: June 12, 2018

Accepted: January 2, 2019

Published: January 30, 2019

Copyright: © 2019 Sirvent et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The data underlying this study have been deposited to Figshare at <https://figshare.com/s/ea818374b1db68d02f61> (DOI:10.6084/m9.figshare.7581827).

Funding: The authors received no specific funding for this work.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist

Resumen

Todos sentimos la necesidad de recurrir al engaño para con uno mismo (negación, autoengaño, mistificación) y hacia los demás (con modalidades como manejo de impresiones, deseabilidad social), en mayor o menor medida. La mentira, en el sentido laxo del término, es interpretada como algo en buena medida adaptativo, útil y necesario en nuestro mundo socioafectivo. Específicamente, el autoengaño es un concepto psicológico de gran interés en la población clínica, más concretamente en drogodependientes, como mecanismo de mantenimiento de la adicción. El objetivo de este estudio es crear y explorar la validez y las propiedades psicométricas de una escala breve de autoengaño (SDQ-12) obtenida a partir del IAM-40, incidiendo en las dimensiones de manipulación y mistificación. Han participado en el estudio un grupo de drogodependientes (alcohólicos y abusadores de drogas) en tratamiento ($n = 417$), así como un grupo de adultos de la población general ($n = 124$) (total $N = 541$), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. De la muestra completa, el 63% son hombres y la edad promedio es de 38.65 años (S.D. = 10.61). A partir de la exploración empírica de los 12 ítems del SDQ-12, mediante técnicas de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, se ha comprobado que el instrumento presenta una estructura clara que coincide con las dimensiones propuestas teóricamente relevantes de la mistificación y la manipulación. Se ha comprobado la adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = .85) y mediante el análisis factorial confirmatorio se mostró un ajuste apropiado a un modelo bidimensional. Asimismo, se ha confirmado que la manipulación es mayor en varones jóvenes y se han hallado diferencias significativas en mistificación y la manipulación entre la población general y los alcohólicos y abusadores de drogas. Nuestro estudio fundamenta la importancia clínica e investigadora de la escala SDQ-12, no sólo por su eficacia diagnóstica, sino también por su novedad, relevancia y pertinencia, siendo especialmente apropiada para evaluar los componentes sustanciales del autoengaño en la población adicta, lo cual puede orientar al terapeuta en sus labores diagnósticas y de intervención.

Palabras clave: Autoengaño, Adicción, Manipulación, Mistificación, Inventario de Autoengaño, Estudio de validación.

Introducción

El autoengaño como proceso es un concepto controvertido y objeto de debate entre los teóricos del mismo. El diccionario Collins define el autoengaño como el acto o hecho de engañarse a sí mismo, especialmente sobre la verdadera naturaleza de los sentimientos o motivaciones propias. Básicamente el autoengaño consistiría en un proceso psicológico que origina y alimenta una creencia que se opone a la evidencia que el sujeto posee. En este artículo efectuaremos una aproximación al autoengaño desde una perspectiva psicopatológica.

El autoengaño no es en sí mismo patológico. Todos lo tenemos y empleamos en mayor o menor medida para interrelacionarnos. El autoengaño patológico se asienta en un conjunto de falsas creencias de consecuencias nocivas para la salud mental del sujeto. A través de un proceso de autoconvicción falsaría los sujetos comienzan a engañarse a sí mismo de forma reiterada hasta llegar a creer el propio engaño mediante un proceso de aprendizaje implícito no asociativo [1]. Elementos como el sesgo de confirmación y la disonancia cognitiva retroalimentarían este proceso.

El autoengaño o engaño inconsciente posee un enorme potencial clínico. Los investigadores se han centrado en constructos aparentemente semejantes y en el fondo disímiles, como el engaño, la mentira, la deseabilidad y el manejo de impresiones (un proceso mediante el cual alguien intenta influir en las observaciones y opiniones de otros sobre algo). Incluso ciertos mecanismos de defensa como la proyección, la racionalización y la negación son conceptos satélites que circundan el mundo del autoengaño y la mistificación [2].

El autoengaño afecta a personas con problemas de abuso de sustancias, haciéndolas menos capaces de pugnar con una inminente amenaza para la salud [3]. Durante el proceso de autoengaño intentan mantener la convicción en sus creencias o darse un sentido de control sobre su mundo [4], es decir, su adicción.

Se ha evidenciado que en población clínica, en concreto en drogodependientes y dependientes emocionales, se obtiene un perfil sindrómico de autoengaño más acusado que en población general [2]. La literatura sobre adicciones advierte de que las personas que abusan de sustancias muestran más autoengaño que las que no lo hacen [5], lo cual no sorprende, ya que el abuso de drogas y alcohol son trastornos caracterizados por la negación, la deshonestidad y el autoengaño [6]. Como resultado, la intervención terapéutica ha puesto el foco en la recuperación de la honestidad y la capacidad de objetivación [7] como elementos sustanciales en el tratamiento de la dependencia [8].

El autoengaño repercute negativamente en la adicción en una relación inversamente proporcional entre el autoengaño y la duración de la abstinencia (los individuos con puntuaciones más altas en autoengaño son propensos a experimentar períodos más cortos de abstinencia). Como consecuencia, el nivel de creencias arbitrarias relacionadas con la adicción es más elevado. En la investigación de Martínez-González [9], se demostró la importancia del autoengaño como mecanismo de mantenimiento de la adicción a las drogas, confirmando que los drogodependientes obtienen puntuaciones más altas en los factores de negación, amnesia selectiva, proyección y pensamiento fantaseado. Estos autores también observaron una relación significativa entre las creencias nucleares relacionadas con el consumo, el craving y el nivel de autoengaño.

Debido al importante papel que desempeña el autoengaño en la recuperación y tratamiento del adicto, es necesario realizar labores de investigación que proporcionen a los clínicos instrumentos válidos y confiables para evaluarlo.

La mayoría de medidas de autoengaño disponibles en la literatura están relacionadas con una conceptualización de la deseabilidad social [10, 16], donde el alejarse de la realidad [14] y la manipulación desempeñan papeles importantes [17] (ver Tabla 1). Hace décadas, Damarin & Messick [18] sugirieron que el autoengaño implica la distorsión defensiva de la autoimagen privada para ser coherente con un sesgo evaluativo global; esta idea la operativizaron Sackeim &

Gut [19] y sirvió de base para el Inventario Balanceado de Respuestas Deseables (BIDR) [14,15], donde se distinguen dos dimensiones separadas de respuesta deseable: auto-engaño y manejo de impresiones.

Otro aspecto relevante, a menudo enfatizado en la literatura, es el contacto con la realidad, que podría acompañar la evaluación de la manipulación en escalas de autoengaño. La evidencia empírica disponible sugiere que el autoengaño permite proteger las creencias y los deseos de las personas de una realidad contraria (véase Von Hippel & Trivers [17] para una revisión de estudios relacionados) y que los autoengañadores pueden ser sistemáticamente imprecisos en sus percepciones de la realidad. Como ellos sugieren, una característica importante del autoengaño es su tensión permanente con la percepción verídica, lo que podría explicar por qué el autoengaño está relacionado con el denominado contacto con la realidad. Del mismo modo, la desviación de la realidad es una característica de la respuesta social deseable [20] descrita por Paulhus [15] que también se aplica a la dimensión del autoengaño.

Tabla 1. Instrumentos que miden autoengaño en sus distintas componentes.

INSTRUMENTO	COMPONENTE DE AUTOENGAÑO
<i>Escala de deseabilidad social de Edwards (1957) 22</i>	<i>Deseabilidad social</i>
<i>Escala de deseabilidad social de Crowne-Marlowe (1964) 23</i>	<i>Deseabilidad social</i>
<i>Eysenck Personality Inventory (EPI) (1964) 24</i>	<i>Escala de mentira</i>
<i>Occupational Personality Questionnaire (SHL, Saville & Holdsworth 1999) 25</i>	<i>Deseabilidad social</i>
<i>Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR, Paulhus) 26, 27</i>	<i>Escala IM: manejo de impresiones, deseabilidad social Escala SDE: escala del aumento del autoengaño</i>
<i>Inventario de autoengaño (IAM-40) de Sirvent (2012) 28</i>	<i>Escala general: autoengaño Subescalas: insinceridad, manipulación, reiteración, mecanismos de negación, mistificación, distorsión realidad</i>

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815.t001>

La pérdida de contacto con la realidad está relacionada con el concepto de “mistificación clínica” [21]. La mistificación clínica consiste en una peculiar forma de autoengaño que afecta al quehacer y desenvolvimiento vital del sujeto, el cual acaba envuelto en un blindaje de desconfianza que obstaculiza la comunicación interpersonal con opacidad comunicativa y empleo sistemático de la negación [22]. Adicionalmente, hay sesgos perceptivos que, en casos extremos pero no infrecuentes, abocan a un “engaño como forma de vida” con falsa apariencia externa e incluso actitud misantrópica. A este estadio se llega a través de un proceso de aprendizaje implícito no asociativo [22]. La mistificación se puede presentar en patologías psiquiátricas, tales como las adicciones, sociopatías y trastornos de personalidad.

El propósito de este estudio es desarrollar un instrumento para evaluar el autoengaño patológico que incluye sus dos dimensiones esenciales: manipulación y mistificación. Como se ha mostrado previamente, la disponibilidad de instrumentos de autoengaño patológico es relativamente escasa, y ninguno de ellos está indicado como instrumento de cribado.

Las pruebas existentes (ver Tabla1) se circunscriben al autoengaño en general [2, 14, 15] a la deseabilidad [11-15] y manejo de impresiones [14,15] (más propios de la psicología educativa, y del trabajo) y a la medida de la mentira [12], ámbito que aquí no es relevante. Únicamente el inventario IAM-40 explora facetas afines, pero no dispone de escala de mistificación clínica y la prueba está más dirigida a la intervención clínica que al screening [2], donde el componente “mistificación clínica” [21] se acentúa, además de ser un instrumento eficaz para evaluar el nivel de autoengaño en general. El presente estudio explora la validez y las propiedades psicométricas de una breve escala de autoengaño de 12 ítems, seleccionados a partir del Inventario IAM-40 de Sirvent [2], que mide las dimensiones de manipulación y mistificación clínica. Se asume que está presente en un buen número de procesos psíquicos tanto normales como alterados, para los que emplearon datos de sujetos en un programa de trastorno por uso de sustancias y adultos de la población general.

Materiales y métodos

Participantes

Los participantes del estudio pertenecían ya sea a un grupo de abusadores de sustancias bajo tratamiento en un programa de recuperación (n = 417) o a un grupo de adultos de la población general (n = 124) (total N = 541). Los abusadores de sustancias se dividieron en dos grupos: alcohólicos (n = 157) y abusadores de drogas (n = 260). La distribución del sexo y la edad entre los grupos fue la siguiente: grupo de alcohol (57% varones, edad promedio = 43.47, S.D = 9.32); grupo de abusadores de sustancias (78% hombres, edad promedio = 35.07, S.D. = 8.48); grupo de población general (40% hombres, edad promedio = 40.03, S.D. = 13.17). Para la muestra completa, el 63% eran hombres y la edad promedio fue de 38.65 años (S.D. = 10.61).

Procedimiento e instrumentos

El consentimiento informado se obtuvo de los participantes de acuerdo con lo que se establece en los “Principios éticos para la investigación humana” de la Declaración de Helsinki. La investigación fue revisada por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo (España). Tanto los adictos institucionalizados como el grupo de población general accedieron a participar en el estudio y firmaron los formularios de consentimiento para la participación. Debido a que no había participantes menores de 18 años no fue necesario solicitar el consentimiento de los progenitores o tutores. Se informó a todos los participantes de que los datos recogidos solamente era para fines de investigación.

Autoengaño. Se administró un cuestionario de 12 ítems de autoengaño (SDQ-12, seleccionado del Inventario IAM 40 de Sirvent [2]) a todos los participantes del estudio. Se seleccionaron ítems del cuestionario original IAM-40 para medir la mistificación y la manipulación. Inicialmente, se seleccionaron 14 ítems de las subescalas del IAM- 40 para medir la mistificación. Estos 14 ítems medían la realidad sesgada (8 ítems), el registro autenticado de la realidad (3 ítems), y los mecanismos de negación (3 ítems). La estrategia consistía en incluir aspectos estrechamente relacionados con la mistificación clínica que en escalas más amplias se representaban en subcategorías diferenciadas pero que, a su vez, suponían aspectos muy relevantes de la mistificación clínica. Estos 14 ítems iniciales se reducían a 6 tras verificar que estos 6 ítems reflejaban de forma adecuada la dimensión de la mistificación (saturación superior a .50). Para la escala de la manipulación de la realidad se siguió un procedimiento análogo que empleaba la subescala original de la manipulación del IAM-40 (8 ítems). Solo se mantenían los 6 ítems que tuvieran la mayor saturación (> .50).

Como resultado, el SDQ-12 medía dos dimensiones del autoengaño: la manipulación y la mistificación. Cada subescala estaba compuesta por 6 ítems

con respuestas que se adherían a una escala Likert de 5 puntos (desde 1 en total desacuerdo hasta 5 totalmente de acuerdo). La mistificación mide la salida del encuestado de la realidad en términos de no estar al tanto de aspectos importantes de su vida (Me lleva un tiempo tomar conciencia de ciertos asuntos clave en mi vida), percepciones imprecisas (En cuestiones personales importantes de mi vida, creo que repetidamente cometo los mismos errores) y la distorsión sobre el estilo de vida (A veces siento que mi estilo de vida es una farsa. Vivo una mentira). La manipulación se refiere a la autopresentación del encuestado con la intención de influir en el comportamiento de los demás (Honestamente, a menudo elijo no responder a la verdad, sino a lo que sea más conveniente para mí).

Análisis

Exploramos la estructura empírica de los 12 ítems del SDQ-12 utilizando técnicas de análisis factorial exploratorio y confirmatorio. El análisis factorial exploratorio fue utilizado como un procedimiento preliminar para determinar si los 12 ítems del SDQ-12 se agruparon por igual en factores teóricamente significativos. En este paso, se realizaron análisis de consistencia interna para el cuestionario completo y para cada factor. Luego, usamos el análisis factorial confirmatorio para examinar el modelo de medición. Usamos el programa de ecuaciones estructurales EQS. El estimador de máxima verosimilitud y Satorra-Bentler χ^2 para corregir la desviación de la multinormalidad (según lo indicado por la estimación normalizada de la curtosis multivariante de Mardia) se usaron para calcular índices de ajuste robusto (CFI y RMSEA), errores estándar y significación estadística de los parámetros.

Posteriormente, y con el objeto de establecer la validez predictiva del cuestionario para los diferentes grupos considerados (población general, abusadores de alcohol y abusadores de drogas), se utiliza el análisis de varianza multivariado (MANOVA). A la vez, se utilizará el ANOVA (análisis de varianza con un factor) con el objeto de analizar en profundidad las diferencias entre los grupos de cada una de las subescalas.

Resultados y discusión

Componente principal y análisis de consistencia interna

Se llevó a cabo el análisis del componente principal y se extrajo una solución de dos componentes con valores propios mayores que 1,0 y se rotó oblicuamente (Promax-4). Una inspección del gráfico de sedimentación (que no se muestra aquí por razones de espacio) indicaba que el punto donde la pendiente de la curva claramente se nivela estaba en el paso del segundo (valor propio = 1,52) al tercer componente (valor propio = 0,84). Esto sugería que una solución bifactorial era lo más plausible. La medida de la adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .89 y las pruebas de esfericidad de Bartlett fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2869.92$, d.f. = 66, $p < .001$). El Kaiser-Meyer-Olkin es una medida de la adecuación del muestreo empleada para examinar la pertinencia del análisis factorial. Mientras que la prueba de esfericidad permite rechazar la hipótesis de que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad y que el modelo de factores es inapropiado.

Los resultados en la Tabla 2 sugieren una estructura clara y limpia de los 12 ítems de la SDQ-12, que combina perfectamente las dimensiones propuestas teóricamente relevantes de la mistificación y la manipulación. Los coeficientes alfa para cada factor son .81 y .81, respectivamente. El coeficiente alfa para la escala completa es .85, lo que indica una consistencia interna adecuada.

Table 2. Items, cargas factoriales, medias y desviaciones estándar de las escalas de mistificación y manipulación (N = 541)¹

Item	Factor 1	Factor 2	Abusadores de drogas	Alcoholicos	Población General
	Mystification	Manipulation	Media (S.D.)	Media (S.D.)	Media (S.D.)
Parece que no aprendo de ciertos errores importantes de mi vida	.82		3.72 (1.26)	3.63 (1.26)	2.76 (1.14)
Creo que caigo en los mismos errores en los asuntos importantes de mi vida una y otra vez	.76		3.65 (1.20)	3.61 (1.11)	2.59 (1.10)
Reconozco que con frecuencia ven antes (o mejor) mis problemas otras personas que yo mismo	.75		3.28 (1.24)	3.57 (1.16)	2.17 (0.99)
Tardo tiempo en darme cuenta de determinadas cosas de importancia que me pasan en los asuntos fundamentales de mi vida	.75		3.30 (1.26)	3.18 (1.26)	2.21 (1.01)
Me dan a entender (aunque no me lo digan) que estoy equivocado en mi vida.	.72		3.54 (1.10)	3.52 (1.22)	2.02 (0.82)
A veces siento que mi forma de vida es un engaño, que vivo en un engaño.	.70		3.01 (1.38)	2.90 (1.33)	1.79 (0.90)
Si lo necesito utilizo el chantaje emocional cuando me conviene		.82	2.98 (1.32)	2.50 (1.25)	2.18 (1.05)
Nunca recurro a la manipulación emocional *		-.82	2.78 (1.27)	3.23 (1.29)	3.40 (1.14)
Me han llegado a decir (o insinuar) que manipulo a las personas		.81	3.19 (1.45)	2.51 (1.34)	1.91 (1.05)
Sinceramente, creo que cuando me interesa transformo las cosas ajustándolas a mi propia conveniencia.		.60	3.37 (1.21)	2.54 (1.11)	2.17 (0.96)
Quienes me conocen me dicen que cuando me conviene recurro al engaño para conseguir mi propósito.		.57	2.87 (1.34)	2.33 (1.24)	1.69 (0.88)
Sinceramente muchas veces respondo lo que más me conviene, incluso por encima de la verdad.		.53	2.73 (1.21)	2.54 (1.11)	2.17 (0.96)
Media (S.D.)	18.78 (5.56)	16.28 (5.50)			

¹ Factor con cargas inferiores a .35 no se muestran

* Invertir puntuación

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815.t002>

Análisis factoriales confirmatorios

Primero probamos un modelo de factor único en el que los 12 ítems de la SDQ-12 eran indicadores de una variable latente única: autoengaño. Este modelo ajustó muy poco los datos (SB $\chi^2 = 462.83$, $df = 54$, $p < .001$, CFI = .84, RMSEA = .10, 90% C.I., .09, .11) sugiriendo que una solución de factor único no es adecuada para explicar los datos de muestra y que la SDQ-12 no se puede describir como unidimensional. A continuación, utilizamos las dimensiones teóricamente propuestas y obtenidas empíricamente a través del análisis factorial exploratorio para probar un modelo de dos factores. Este modelo era equivalente al modelo probado en los análisis de factores exploratorios. La estimación normalizada de Mardia fue 21.05, lo que indica una desviación significativa de la multinormalidad y sugiere el uso de Satorra-Bentler χ^2 para estimar los índices de ajuste y los errores estándar. Los resultados del modelo 1 revelaron que la estimación de la correlación entre errores asociados con dos ítems (en asuntos personales importantes de mi vida, creo que repetidamente cometo los mismos errores y no aprendo de ciertos errores que hago en mi vida) produciría una reducción sustancial en χ^2 (Δ S-B $\chi^2 = 62.5$, $d.f. = 1$, $p < .001$). La covarianza entre residuales se interpreta como una cantidad de varianza no relevante al constructo y que podría deberse a varias causas (por ejemplo, la redacción o el formato del ítem). Esta situación fue identificada correctamente por el modelo.

Este modelo mostró un ajuste adecuado (S-B $\chi^2 = 138.94$, $d.f. = 52$, $p < .001$, CFI = .97, RMSEA = .05, 90% C.I., .03, .05). Todos los ítems se cargaron estadísticamente de manera significativa en sus factores correspondientes ($p < .001$) en el modelo final. La correlación entre los factores fue estadísticamente significativa ($r = .70$, $p < .001$).

Finalmente probamos la relación entre los factores y el sexo y la edad. Para hacerlo, modelamos el sexo y la edad como variables exógenas que predicen los puntajes de factor 1 y factor 2. También permitimos que las covariables covaríen libremente. Este modelo se ajustó bien a los datos (S-B $\chi^2 = 175.94$, $d.f. = 72$, $p < .001$, CFI = .96, RMSEA = .05, 90% C.I., .04, .05). Las puntuaciones del factor manipulación fueron significativamente influenciadas por el sexo ($\beta = -.25$, $p < .001$) y la edad ($\beta = -.12$, $p < .01$), lo que sugiere que las puntuaciones más altas en este factor se asociaron con el sexo masculino y encuestados más jóvenes. La mistificación no mostraba una relación estadística con la edad ($\beta = .06$, ns) o sexo ($\beta = 0.04$, ns).

Empleo de las puntuaciones de mistificación y manipulación para diferenciar entre grupos

Para verificar aún más la validez de las puntuaciones de la escala de mistificación y manipulación, se realizaron análisis de varianza multivariados por separado (MANOVA). Estos MANOVA se llevaron a cabo para determinar si los medios de mistificación y manipulación eran los mismos en todos los grupos de poblaciones diferentes. Para hacerlo, comparamos las puntuaciones promedio de un grupo de control con las puntuaciones promedio de dos grupos diferentes: alcohólicos y abusadores de drogas. Dadas las diferentes composiciones de los grupos (la población general, los alcohólicos y los abusadores de drogas) en términos de sexo y edad, controlamos la influencia espuria del sexo y la edad en los modelos evaluados. Se estimaron los efectos de las interacciones del grupo sexo X y grupo edad X. Si estas interacciones no fueran significativas, podemos concluir que los efectos principales (de grupo) fueron de interés. Se encontraron efectos de interacción no significativos para los dos grupos: alcohólicos (sexo X alcohol — F_2 , $272 = 1.01$, $p = .37$ -, edad X alcohol — F_4 , $546 = 1.01$, $p = .57$) y abusadores de drogas (sexo X abuso de drogas — F_2 , $374 = .92$, $p = .40$;- edad X abuso de drogas — F_4 , $750 = 1.30$, $p = .27$).

Los efectos principales del grupo fueron estadísticamente significativos (alcohol — $F_{2, 272} = 47.52, p < .001$ -, abuso de drogas — $F_{2, 374} = 55.86, p < .001$). Estos resultados indicaron que los efectos principales estadísticamente significativos fueron independientes de la composición del grupo en términos de sexo y edad. Los análisis univariados de la varianza (ANOVA) mostraron que los promedios en mistificación y manipulación fueron estadísticamente diferentes entre la población general y los dos grupos objetivo. En cuanto a la mistificación, el grupo de población general puntuó significativamente menos ($M = 13.54, S.D. = 3.65$) que los alcohólicos ($M = 20.39, S.D. = 5.25$) ($F_{1, 383} = 175.34, p < .001$) y los abusadores de drogas ($M = 20.49, S.D. = 5.17$) ($F_{1, 280} = 152.53, p < .001$). Lo mismo se aplicó a la manipulación, con puntuaciones para el grupo de población general ($M = 12.95, S.D. = 3.68$) significativamente menores que para los alcohólicos ($M = 15.68, S.D. = 5.32$) ($F_{1, 383} = 94.96, p < .001$) y abusadores de drogas ($M = 18.36, S.D. = 5.59$) ($F_{1, 280} = 23.14, p < .001$).

Discusión

En la presente investigación se desarrolla un nuevo instrumento de autoengaño (SDQ-12), simplificado a partir de un cuestionario previo más extenso (IAM-40). El SDQ-12 no es una versión corta del cuestionario original. Más bien, reestructura el IAM40 con el fin de proporcionar de forma breve información válida y fiable en dos aspectos esenciales del autoengaño: manipulación y mistificación. Con este objetivo, el SDQ-12 se desarrolló y validó basándose en la respuesta de 541 sujetos, de muestras clínicas (alcohólicos y drogodependientes) y de la población adulta general.

Los resultados sugieren que el SDQ-12 permite detectar con precisión el autoengaño en dos componentes sustanciales: manipulación y mistificación. La subescala de la manipulación es muy similar a la subescala original del IAM-40, aunque más corta (dos ítems menos) y se refiere a la autopresentación del encuestado con la intención de influir en el comportamiento de los demás. La subescala de mistificación mide el alejamiento del encuestado de la realidad que afecta a la actividad vital del sujeto y normalmente da lugar a la creación de un escudo de desconfianza que impide la comunicación interpersonal con opacidad comunicativa y el uso sistemático de la negación [22].

Como es un cuestionario abreviado y más sencillo de aplicar, reduce la fatiga, la frustración y el aburrimiento que ocasiona el tener que responder a preguntas semejantes en la población diana, lo que provoca que estén menos dispuestos a ser evaluados [23, 24].

La subescala mistificación es la aportación más novedosa del SDQ-12, señalándolo como la prueba de elección (cribado) para aplicar a colectivos tales como adictos [2, 9] y sujetos con trastornos de la personalidad (por ejemplo, para determinar el autoengaño en población de reclusos) [25, 39].

Estudios sobre prevención de recaídas en adictos [26] muestran una correlación inversa entre el autoengaño y la duración de la abstinencia: cuanto más dure el período de abstinencia, más probable es que la recaída se deba a factores relacionados con el autoengaño [26, 27]. Aspectos tales como el exceso de confianza, el querer probarse o considerarse uno mismo ya curado, son condiciones típicas del autoengaño clínico en adictos.

Aunque nuestros resultados no permiten una comparación directa entre el SDQ-12 y el IAM40, este permite evaluar el progreso del sujeto en los cinco factores de autoengaño que explora (por ejemplo en los centros específicos de tratamiento para monitorizar avances terapéuticos), mientras que el SDQ-12, además de la ventaja de la sencillez y rapidez de aplicación, sirve para cuantificar y cualificar el nivel de autoengaño patológico del sujeto [25].

En suma, nuestro estudio fundamenta la importancia clínica e investigadora de la escala SDQ-12 para evaluar el autoengaño. En este sentido, un gran número de los instrumentos disponibles se centran en la medida de aspectos relacionados, tales como la deseabilidad y el manejo de impresiones. El SDQ-12 es

especialmente apropiado para evaluar los componentes sustanciales del autoengaño patológico, y se pueden aplicar no solo en la población adicta [28, 29], sino en poblaciones múltiples relacionadas donde la salud mental es susceptible de recaer, en especial aquellos procesos que tienen un curso episódico. El autoengaño patológico es importante en trastornos adictivos y de la personalidad. Pero además es relevante en otros procesos psicopatológicos como los trastornos facticios [30], los trastornos alimentarios [31] (por ejemplo, una anoréxica ignora su temor al rechazo público). Incluso se ha llegado a plantear su responsabilidad en ciertos trastornos delirantes [32] y en el fingimiento o la simulación inducida [32]. Por el contrario, también hay estudios [33] que demuestran el papel del autoengaño en las variables psicológicas positivas, mejorando éstas con la disminución del autoengaño (por ejemplo, la autoestima). En un libro recopilatorio de Myslobodsky [34], distintos autores examinaron diversas formas de engaño y autoengaño en el contexto de diferentes síndromes y enfermedades neuropsiquiátricas, concluyendo que la falsedad tanto en la percepción, como en la cognición y los comportamientos eran el denominador común.

Este estudio ofrece también limitaciones. De un lado, las relacionadas con la validez interna, que refiere la necesidad de que futuras investigaciones deban controlar el efecto de variables de personalidad, contextuales o el efecto diferencial que varios tipos de abuso de sustancias pudieran afectar a los resultados hallados, a la vez que asegurar mayor validez externa a través del control en la asignación experimental a los grupos, evitando posibles sesgos de selección. A dicho respecto se sugieren investigaciones sobre ciertos trastornos adaptativos y neuróticos en general.

Los niveles de autoengaño detectados por el SDQ-12 también pueden emplearse en psicoterapia. Por ejemplo, pueden ser una ayuda importante en modelos tales como el modelo transteórico integrador [35-38] basado en un diagrama de Ishikawa para desmontar el autoengaño de menor a mayor intensidad de forma paulatina, progresiva [39] y absolutamente acrítica para neutralizar la habitual defensividad del adicto.

El SDQ -12 sirve en primera instancia para determinar el grado de mistificación y la tendencia a manipular del sujeto. Dada la limitada trayectoria del cuestionario, los datos son todavía incipientes aunque alentadores en cuanto a la detección y control del autoengaño en general y de la mistificación en particular. En el actual estado de desarrollo, todavía no se ha demostrado que el SDQ-12 sea sensible a los cambios, por lo que se necesita más investigación para verificar que su uso sea adecuado para las intervenciones. Los resultados de estas y siguientes investigaciones pueden orientar al terapeuta en sus labores diagnósticas y de intervenciones psicoterapéuticas basadas en el modelo de exploración del autoengaño propuesto y subsiguiente sugerencia de línea de intervención. Esta conclusión es hipotética y futuras investigaciones deberían verificarla.

Contribuciones de autores

Investigación: Carlos Sirvent, Juan Herrero, María de la Villa Moral, Francisco Javier Rodríguez.

References

1. Sirvent C. Autoengaño y adicción. *Revista Norte de Salud Mental* 2006; 26:39–49.
2. Moral MV, Sirvent C. Evaluation of Self-Deception: Validation of the IAM-40 Inventory. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2014; 14(2):203–16.
3. Dito PH, López DF. Motivated skepticism: Use of differential decision criteria for preferred and nonpre-ferred conclusions. *Journal of Personality and Social Psychology* 1992; 63(4):568–84.
4. Whitson JA, Galinsky AD. Lacking control increases illusory pattern perception. *Science* 2008; 322:115–17. <https://doi.org/10.1126/science.1159845> PMID: [18832647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18832647/)
5. Rogers R, Bender S. Evaluation of Malingering and Deception. *Handbook of Psychology* 2003; 11: 109–33.
6. Ferrari JR, Groh DR, Rulka G, Jasn LA, Davis MI. Coming to Terms with Reality: Predictors of Self- deception within Substance Abuse Recovery. *Addiction Disorders Their Treatment* 2008; 7(4): 210–8.
7. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G. et al. The fifth edition of the Addic- tion Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992; 9:199–13. PMID: [1334156](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1334156/)
8. Vanderburg S, Weekes JR, Millson B. Assessment of Substance Abuse Problems in Native Offenders: The Computerized Lifestyle Assessment Instrument. Research and Statistics Branch, Correctional Ser- vice of Canada; 1994.
9. Martínez-González JM, Vilar R, Becoña E, Verdejo-García A. Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema* 2016; 28(1):13–19. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.139> PMID: [26820418](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26820418/)
10. Edwards AL. The social desirability variable in personality assessment and research. New York Dry- den; 1957.
11. Crowne DP, Marlowe D. The Approval Motive. New York: John Wiley & Sons; 1964.
12. Eysenck H. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton; 1975.
13. Saville P, Holdsworth R, Nyfield G, Cramp L, Mabey W. Occupational Personality Questionnaire (OPQ32). Manual and User's Guide. Surrey UK SHL Group; 1999.
14. Paulhus DL. Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 46:598–609.
15. Paulhus DL. Socially desirable responding: the evolution of a construct. In Braun H, Jacksin DN, Wiley de (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement*. Hillsdale, NJ: Erl- baum Associates; 2002, 49–69.
16. Paulhus DL. Paulhus Deception Scales: Users' manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health System; 1999.
17. Von Hippel W, Trivers R. The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral Brain Science* 2011; 34(1),1–16. <https://doi.org/10.1017/S0140525X10001354> PMID: [21288379](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21288379/)
18. Damarin F, Messick S. Responsive styles as personality variables: A theoretical integration of multivari- ate research. Educational Testing Service (ETS) 1965; 1: i–116. <https://doi.org/10.1002/j.2333-8504.1965.tb00967.x>
19. Sackeim HA, Gut RC. Lateral assymetry in intensity of emotional expression. *Neuropsychology* 1978; 16:473–81.
20. Tracey T J G. A note on socially desirable responding. *Journal of Counseling Psychology* 2016; 63(2):224–32. <https://doi.org/10.1037/cou0000135> PMID: [26689626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26689626/)
21. Ziegler M, MacCann C, Roberts RD. Faking: Knowns, unknowns, and points of contention. In Ziegler M, MacCann C, & Roberts RD (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment*. New York, NY: Oxford; 2012, 3–18.
22. Sirvent C, Moral MV, Blanco P, Rivas C, Quintana L, Campomanes G. Live in deception. *Revista Psico- logía.com* 2011; 15(8):1–25.
23. Gosling SD, Rentfrow PG, Swann WB Jr. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality* 2003; 37:504–528.
24. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utility of short tests in the screening of dementia. *N. eurology* 2011; 26(7):425–433.

25. Ruiz JI, Salamanca A, Norza E, Useche S, Sirvent, C. Self Deception in Colombian Prison Populations: Relationships with Crime Type, Drugs Consumption, Social Support and health in 13th European Congress of Psychology (ECP) 9–12 July 2013, Stockholm, Sweden.
26. Prochaska JO, Di Clemente CC, Velicer W, Gimpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors* 1985; 10(4): 395–406. PMID: [4091072](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4091072/)
27. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press; 2005.
28. Davis CG, Thake J, Vilhena N. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors* 2010; 35(4):302–11. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.11.001> PMID: [19932936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19932936/)
29. Godinho A, Kushnir V, Cunningham JA. Unfaithful findings: Identifying careless responding in addictions research. *Addiction* 2016; 111(6):955–56. <https://doi.org/10.1111/add.13221> PMID: [26662631](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26662631/)
30. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *The Lancet* 383(9926); 2014, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62186-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62186-8)
31. Porcel M, González R. Deception and lie in psychological disorders and their treatments. *Papers of the Psychologist* 2005; 26(92):109–14.
32. Gibson Q H. Self-deception in and out of illness: are some subjects responsible for their delusions? *Palgrave Communications*, Palgrave Macmillan, 3(1): 1–12, December 2017.
33. Sheridan Z, Boman MA, Furlong MJ. Examining well-being, anxiety, and self-deception in university students. *Cogent Psychology* 2015; 2:993850. <https://doi.org/10.1080/23311908.2014.993850>
34. Mysllobodsky MS. *The Mythomanias: The Nature of Deception and Self-deception*. Psychology Press; 1997.
35. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011; 48(1):98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161> PMID: [21401280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21401280/)
36. Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*, 2Ed (Hodder Arnold Publication); 1995.
37. Gold JR. *Key Concepts in psychotherapy integration*. New York: Plenum; 1996. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1869-7>
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Norcross In Search of How People Change. *Applications to Addictive Behaviors*. *American Psychologist* 1992; 47(9):1102–1114.
39. Ruiz JI, Sirvent, C. “Autoengaño y manejo de la impresión en reclusos y estudiantes de Colombia” Comunicación en el Libro de Actas del XI Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada 2018