

SIMULACIÓN

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDÍ
Facultad de Psicología. Universidad Complutense
de Madrid



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Simulación	
FICHA 1.....	24
Caso Clínico 1	
FICHA 2	25
Caso Clínico 2	

Documento base.

Simulación

La simulación es el intento deliberado de mentir o engañar acerca de una enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el fin de obtener un beneficio personal, que generalmente suele ser de tipo económico o implica la eximencia de deberes y obligaciones (Kropp y Rogers, 1993). No en vano, simular proviene etimológicamente del Latín *Simulare*, y significa representar algo, fingiendo o imitando lo que no es (Real Academia Española, 2001).

La simulación se incorpora como entidad clínica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales editado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980, el DSM-III; actualmente, en el DSM-IV-TR (APA, 2000), se incluye dentro de la sección dedicada a "problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica". Así, se entiende por simulación *la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos* (American Psychiatric Association, 2000). Adicionalmente, el DSM-IV-TR sugiere que debe haber sospechar de simulación si existe alguna de las combinaciones presentes: (1) presentación en un contexto médico-legal; (2) discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica; (3) falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito y (4) presencia de trastorno antisocial de la personalidad.

Los esfuerzos por operativizar el concepto de simulación por parte del DSM contribuyeron a clarificar que la simulación no podía considerarse un trastorno mental *per se*, zanjando un viejo debate nosológico (Widows y Smith, 2005). No obstante, los criterios diagnósticos propuestos para considerar sospecha de simulación, resultaban demasiado limitados en su definición para ser considerados suficientemente fiables (Gerson, 2002). En un estudio ya clásico, Rogers (1990) utilizando un diseño de doble ciego, pidió a dos investigadores experimentados que clasificaran 137 casos forenses archivados (113 pacientes honestos y 24 simuladores probables) utilizando los criterios DSM y considerando "simulación" ante la presencia de dos o más de cualquiera de las cuatro combinaciones antes mencionadas. Los resultados fueron decepcionantes al obtener una tasa de verdaderos positivos (éxito) que osciló entre un 13,6% y un 20,1% y una tasa de falsos positivos (errores) de entre un 79,9% y un 86,4%. En otras palabras, el empleo exclusivo de los criterios DSM conllevó imprecisiones en la identificación de simuladores potenciales en cuatro de cada cinco veces. Por otro lado, uno de los aspectos de mayor controversia, la presencia de trastorno de personalidad antisocial como indicador potencial o incluso predictor de simulación, no ha recibido suficiente apoyo empírico hasta el momento (Lilienfeld y Fowler, 2006; Vitacco, 2008).

Este estado de cosas ha llevado en las últimas décadas a ir abandonando progresivamente los criterios unidimensionales DSM a favor de criterios multidimensionales y multifacéticos más sofisticados, que posteriormente abordaremos. Tal vez por ello, como se apunta en los borradores existentes para la edición del DSM-V, cuya publicación se espera para el 2013, la simulación queda encuadrada dentro de los trastornos mentales que se presentan con predominancia de sintomatología somática (Somatic Symptom Disorders), insistiendo simplemente en que la simulación, definida como la presentación intencional de síntomas para obtener un beneficio personal (v.g. dinero, bajas laborales, etc), no es un trastorno mental (APA, 2010).

Igualmente, la CIE-10 (OMS, 1992) ya había señalado que la simulación, entendida como *la producción intencional o el fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas motivadas por incentivos o estrés externos*, debía ser codificada de acuerdo con los epígrafes Z76.5, enfermos fingidos (simuladores conscientes), dentro del apartado de "personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias" (Z76), incluido en el capítulo XXI: factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (código Z), y no en el capítulo V: trastornos mentales y del comportamiento (código F).

En definitiva, la simulación no aparece codificada como trastorno mental en los grandes sistemas clasificatorios al uso (DSM y CIE), por lo que los profesionales de la salud deberían evitar referirse al diagnóstico de la simulación como un trastorno mental o del comportamiento, sino más bien a la detección (evaluación) de un estilo de conducta fraudulento centrado en el engaño sobre la enfermedad y la discapacidad.

DIFERENCIACIÓN TERMINOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rogers y Bender (2003) y Rogers (2008a) han recogido los principales estilos de respuesta relacionados con la simulación:

- ✓ **Defensividad:** es el término opuesto a simulación y hace referencia a la negación o minimización intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. Erróneamente, suele utilizarse disimulación, que es un término más impreciso, para hacer referencia a este aspecto.
- ✓ **Engaño:** la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados cuando no se ha determinado la existencia de recompensas externas o psicológicas. La mayoría de los instrumentos que presentaremos a lo largo de estas páginas son instrumentos para la detección del engaño en sentido estricto, ya que la determinación o diagnóstico de la simulación es preceptivo del profesional de la salud, una vez que tiene todas las fuentes de información posible en su mano, especialmente aquellas referidas a la existencia o no de recompensa externa.
- ✓ **Ganancia secundaria:** es un término poco preciso utilizado generalmente en el contexto clínico que hace referencia al mantenimiento e incremento de la sintomatología debido, según las orientaciones, a razones intrapsíquicas (inconscientes) o conductuales (conductas reforzadas por el entorno).
- ✓ **Esfuerzo subóptimo o esfuerzo incompleto:** es un término derivado de la evaluación neuropsicológica y hace referencia a que el individuo no ha logrado el mejor rendimiento posible en una prueba neuropsicológica. A menudo, el esfuerzo subóptimo es debido a estados de fatiga o frustración o bien, está relacionado con otras patologías comórbidas como la depresión o el daño cerebral traumático. Valores extremos de esfuerzo subóptimo puede sugerir engaño y/o simulación.
- ✓ **Respuesta irrelevante:** está relacionado con la falta de compromiso en la realización de las pruebas de evaluación y conlleva la presencia de inconsistencias en las respuestas a los tests, que hacen difícilmente interpretables los mismos.

Además de los diferentes estilos de respuesta comentados, debemos considerar también descartar otros trastornos mentales que, por sus características, están muy cercanos a la simulación: el trastorno facticio y los trastornos somatomorfos (American Psychiatric Association, 2000).

Trastorno facticio

El trastorno facticio, también denominado *síndrome de Munchausen*, se caracteriza por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. Sin embargo, generalmente no implica la consecución de recompensas externas como cobro de indemnizaciones u obtención de bajas laborales de algún tipo, por lo que se diferencia de la simulación. La sintomatología manifiesta de un trastorno facticio puede ser enormemente variada (desde signos preponderantemente físicos hasta síntomas primordialmente psicológicos, pasando por una combinación de ambos). El paciente puede recurrir a la invención de síntomas, autoinfligimiento de los mismos, exageración o exacerbación de aquellos preexistentes, o una combinación y variación de lo dicho anteriormente (Folks, 1995).

En la tabla 1 se exponen los principales criterios diagnósticos del trastorno facticio:

TABLA 1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO FACTICIO (F68.1)
A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos. B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo. C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p.ej. ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Finalmente, el DSM-IV recoge una categoría especial dentro de este tipo de trastornos que es el **Trastorno facticio no especificado (F68.1)**, donde se instaura el llamado **trastorno facticio por poderes** en donde el individuo simula o produce signos o síntomas físicos o psicológicos a otra persona que se encuentra bajo su custodia, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo (p.ej. una madre a su hijo). Según señala Rosenberg

(1987) existe un índice de comorbilidad notable entre el trastorno facticio y el trastorno facticio por poderes, ya que entre el 10% y el 25% de las madres que tienen un trastorno facticio por poderes también presentan un verdadero trastorno facticio en sí mismas.

En la tabla 2 se exponen los principales criterios diagnósticos del trastorno facticio por poderes:

Trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos o somatoformes se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, ni atribuirse directamente a los efectos del consumo de alguna sustancia o a la presencia de otro trastorno mental (A.P.A., 1994). A diferencia de la simulación, la aparición de dichos síntomas físicos no es intencional por parte del individuo, aunque cause deterioro social, laboral, afectivo, etc.

El DSM-IV incluye como trastornos somatoformes a: el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno somatomorfo no especificado.

Con el fin de no alargar en exceso las consideraciones sobre el diagnóstico diferencial de la simulación, consignamos en la tabla 3 las principales características diagnósticas de cada uno de los trastornos somatomorfos anteriormente mencionados.

Hemos repasado someramente las características diagnósticas de los trastornos mentales más cercanos a la simulación: facticios y somatomorfos. Las principales similitudes y diferencias pueden verse resumidas en la tabla 4 y la figura 1.

Como puede observarse, la simulación se caracteriza diferencialmente de las otras nosologías porque está dirigida primordialmente a la obtención de recompensas externas (v. g. mantenimiento de bajas laborales, eximencia de deberes u obligaciones, obtención de indemnizaciones económicas, etc.), aunque ello no implica que no se puedan obtener igualmente recompensas psicológicas como el refuerzo y apoyo social, ser centro de atención, etcétera, como ocurre tanto en el trastorno facticio como en los somatomorfos. Otra de las diferencias es la intencionalidad atribuida al engaño: mientras en que la simulación y el trastorno facticio el intento de engaño es deliberado y dirigido a la obtención de un fin, el sujeto es consciente de lo que hace y qué puede obtener a cambio, bien sea una recompensa externa o bien sea psicológica (afectiva), respectivamente; en los trastornos somatomorfos no suele existir deliberación consciente en el engaño y no suele ejercerse un control voluntario sobre la sintomatología presente. Finalmente, las conductas de simulación son contingentes con la posibilidad de obtener un beneficio específico

TABLA 2
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO
FACTICIO POR PODERES

- A. Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.
- B. La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- C. No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (p.ej. una compensación económica).
- D. El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

TABLA 3
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS
TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- 1. Trastorno de somatización (F45.0).**
 - A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - (1) *cuatro síntomas dolorosos*: historia de dolor relacionada con, al menos, cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p.ej., cabeza abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, acto sexual o la micción).
 - (2) *dos síntomas gastrointestinales*: historia de, al menos, dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p.ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
 - (3) *un síntoma sexual*: historia de, al menos, un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p.ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
 - (4) *un síntoma pseudoneurológico*: historia de, al menos, un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (síntomas de conversión a nivel de alteración psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, afonía, alucinaciones, pérdida de sensibilidad táctil o dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta al desmayo).
 - C. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - (1) tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p.ej. drogas o fármacos).
 - (2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
 - D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).
- 2. Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).**
 - A. Uno o más síntomas físicos (p.ej., fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
 - B. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - (1) tras un examen adecuado, los síntomas no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p.ej. droga de abuso o medicación).
 - (2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
 - C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. La duración del trastorno es, al menos, de 6 meses.
 - E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).
 - F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).
- 3. Trastorno de conversión (F44.x).**
 - A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

TABLA 3
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS
TRASTORNOS SOMATOMORFOS (Continuación)

- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

4. Trastorno por dolor (F45.4).

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

5. Hipocondría (F45.2).

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de, al menos, 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

6. Trastorno dismórfico corporal (F45.2).

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

7. Trastorno somatomorfo no especificado (F45.9).

- A. En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico. Los ejemplos incluyen:
 1. Pseudociésis: creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal (sin protrusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamaria y dolores "apropiados" el día esperado del parto.
 2. Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.
 3. Un trastorno con síntomas físicos no explicados (p.ej., cansancio o debilidad muscular) de menos de 6 meses de duración que no sea debido a otro trastorno mental.

TABLA 4
DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE SIMULACIÓN, TRASTORNOS
FACTICIOS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

	Simulación	T. Facticios	T. Somatomorfos
Recompensa externa	Sí	No	No
Recompensa psicológica	Sí	Sí	Sí
Bases orgánica	No	No	No
Control voluntario	Sí	Sí	No
Intencionalidad	Sí	Sí	No
Problemática psicológica	No	Sí	Sí

(mantenimiento de la baja laboral, eximencia de responsabilidades, obtención de indemnizaciones, reducción de condenas, etc.), por lo que suelen ser principalmente situacionales y se mantienen mientras se mantiene la expectativa de recompensa; por ello, no necesariamente, subyace una problemática psicológica que explique dichas conductas y las mantenga a medio o largo plazo; esto es muy diferente en el caso del trastorno facticio y los trastornos somatomorfos.

INCIDENCIA DE LA SIMULACIÓN

Diversos estudios han tratado de determinar la incidencia de la simulación, aunque ciertamente resulta difícil proporcionar datos precisos debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o la patología que se aborda en cuestión.

De acuerdo con Rogers (2008a), la literatura científica se ha centrado principalmente en el estudio de la simulación de trastornos psicopatológicos, el deterioro neurocognitivo y el dolor y la discapacidad asociada a diversas dolencias médicas. En este sentido, se estima que la incidencia de simulación de trastornos psicopatológicos en ámbito forense oscila en un rango entre el 15% y el 17% (Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers, Sewell, Morey y Ustad, 1996; Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, y Leonard, 1998), la simulación de trastornos neuropsicológicos, como el trastorno craneoencefálico, oscila entre un 11% y un 40% (Martens, Donders y Millis, 2001; Larrabee, 2003a), la simulación en lesiones corporales entre un 20% y un 30% (Less-Haley, 1997; Green, Rohling, Lees-Haley y Allen, 2001; Langeluddecke y Lucas, 2003) y la simulación del dolor crónico y la discapacidad entre un 20% y un 50%, dependiendo de la patología considerada (Fisbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, 1999; Leavitt y Sweet, 1986; Kay y Morris-Jones, 1998; Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009).

Uno de los estudios sobre estimación de incidencia de la simulación más clásicos en el campo médico-legal es el de Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, (2002).

Respecto al campo de estudio o ámbito de referencia, Mittenberg et al. (2002), establecen las siguientes tasas de incidencia: (1) lesiones personales un 29%; (2) discapacidad o indemnización laboral entorno a un 30%; (c) casos criminales en un 19%; y (d) casos procedentes de la medicina general o psiquiatría un 8%.

Como puede apreciarse, el ámbito de actuación médico-legal, vinculado a la valoración de la discapacidad y a los posibles beneficios laborales y socioeconómicos derivados de la misma, es el que registra una mayor tasa de incidencia de simulación, sin contar con que muchos de los casos procedentes de otros ámbitos pueden implicar posteriormente bajas laborales, procesos de rehabilitación prolongados y valoración de discapacidad con implicaciones económicas.

Por patologías, Mittenberg et al. (2002) informan de las siguientes tasas de incidencias: traumatismo craneoencefálico (TCE) leve un 38,5%, fibromialgia o fatiga crónica un 34,7%, dolor o trastornos somatoformes alrededor de un 31,4%, trastornos neurotóxicos un 26,5%, lesión por accidente con electricidad un 21,9%, trastornos por depresión un 14,9%, trastornos de ansiedad 13,5%, trastornos disociativos un 10,5%, trastorno con base epiléptica un 9,3%, TCE moderado o severo un 8,8% y demencia vascular un 2,4%.

Como puede observarse, los trastornos asociados al dolor crónico (fibromialgia, fatiga crónica, dolor o trastornos somatoformes) se encuentran a la cabeza de los índices de incidencia y representan en total más de la mitad de la incidencia de simulación por patologías, entorno al 66%; sin contar con que, a menudo, los TCE cursan también con cervicalgia y omalgia. De hecho, otros estudios sugieren que la incidencia de simulación de dolor es significativamente alta, estimándose los rangos de prevalencia entre un 25% y un 30% tanto para fibromialgia (Gervais, Russell, Green et al., 2001) como para dolor crónico en general (Gervais, Green, Allen et al., 2001). Hamilton y Feldman (2001) incluyen además la cervicalgia y el esguince cervical entre las patologías dolorosas más simuladas. No en vano, el DSM-IV-TR (APA, 2000) advierte que un aspecto a considerar en el diagnóstico diferencial del trastorno por dolor es que el síntoma o déficit no sea simulado o producido intencionalmente (p. 565).

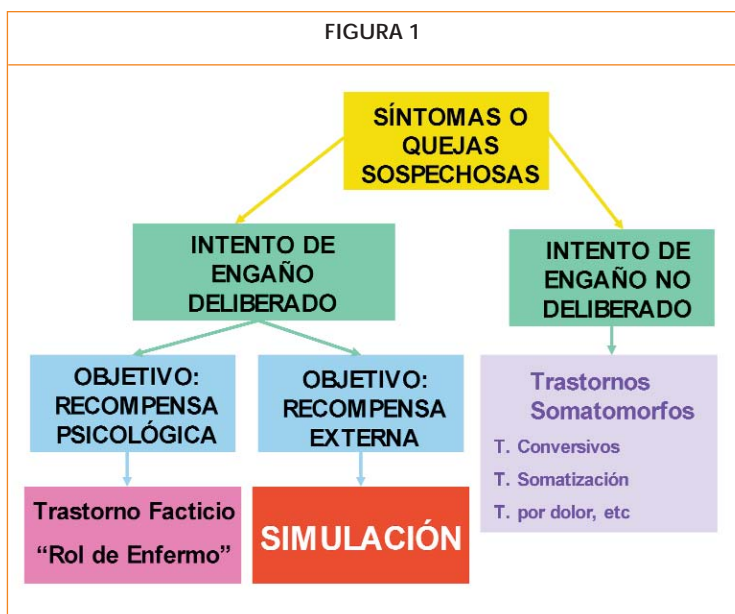
En este sentido, Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández (2009) realizaron una encuesta similar a la de Mittenberg y et al. (2002) a 161 profesionales médicos expertos encontrando que las patologías susceptibles de simulación más estimadas fueron esguince cervical (50%), fibromialgia/síndrome de fatiga crónica (50%), cervicalgia crónica (50%), ansiedad y depresión (50%) y lumbalgia crónica (45%). En otras palabras, en el contexto médico-legal las patologías más simuladas tienen que ver con el dolor crónico y los trastornos emocionales y, aunque se trata simplemente de estimaciones, es previsible que su incidencia sea mayor que la referida en los estudios norteamericanos.

En general, los datos indican que, en el contexto médico-legal, los patrones de simulación están más relacionados con la exageración de síntomas, como el dolor, y la discapacidad, relacionada con trastornos y enfermedades físicas con la posibilidad de obtener incentivos económicos; mientras que, la simulación de sintomatología psicopatológica sería más prevalente en contextos forense o criminales, con el fin de reducir o evitar el pago de indemnizaciones, condenas y encarcelamientos (McDermott y Feldman, 2007).

DETECCIÓN MULTIDIMENSIONAL DE SIMULACIÓN

Como respuesta a las limitaciones de los criterios unidimensionales DSM-IV y CIE-10 en la evaluación de la simulación, se han propuesto modelos alternativos que enfatizan específicamente el examen detallado de los datos de las pruebas y la concurrencia de la información antecedente disponible (Slick, Sherman y Iverson, 1999; Bianchini, Greve y Glynn, 2005). La simulación es un fenómeno multideterminado y multidimensional por lo que requiere de más de una estrategia unidimensional para su detección (González Ordi y Gancedo Rojí, 1999; Hutchinson, 2001; Capilla Ramírez y González Ordi, 2009).

La determinación de la simulación exige un evaluación compleja multifacética centrada en la selección de ámbito de la simulación (clínico, médico-legal o forense), la administración de medidas empíricamente validadas que evalúen sistemáticamente estrategias de detección y la investigación cuidadosa de las motivaciones subyacentes a la simulación (Gillard y Rogers, 2010).



Un principio fundamental en la detección de simulación es que cuantas más inconsistencias presente un paciente a lo largo de la realización de diferentes pruebas relativamente independientes y en diferentes dimensiones, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología (Bianchini, Greve y Glynn, 2005). De ahí que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación.

La detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la *convergencia de los datos* que provienen de distintas fuentes de información: entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, evaluación conductual, etc. La mejor práctica clínica implica el uso de criterios diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de un único test (Slick, Sherman e Iverson, 1999), así como la utilización de enfoques evaluativos que incluyan la combinación de tests especializados e indicadores de validez (Iverson, 2003).

La simulación puede ser de varios tipos (Resnick, 1997): (1) *simulación pura*, que se refiere a la fabricación completa de sintomatología; suele ser la más difícil de mantener debido a que el paciente no tiene "referentes sintomatológicos reales" (v.g. fingir amnesia completa para encubrir a comisión de un delito, fingir trastorno de pánico para mantener una baja laboral que permita "hacer algunas chapuzas" temporalmente, etc.); (2) *simulación parcial*, que es la más frecuente y se refiere a la exageración de sintomatología o discapacidad preexistente o la referencia al mantenimiento de síntomas que ya habían remitido (v. g. mantener la severidad en la discapacidad que produce el dolor crónico suele ser la razón más frecuente); y (3) *imputación falsa*, que se refiere a que la sintomatología existente es falsamente atribuida a un acontecimiento traumático (v. g. acusación de falsos abusos sexuales, acusación falsa de maltrato, acusación falsa por parte de un progenitor que el otro ha maltratado a su hijo-a, etc.).

En un intento de explicar las posibles motivaciones para simular, Richard Rogers ha delineado las siguientes perspectivas (Rogers, 1990; Rogers y Bender, 2003; Rogers y Neumann, 2003): (a) *perspectiva patógena*: asume que la simulación constituye un síntoma o presentación clínica no controlada de un trastorno mental crónico y progresivo; así la exageración de síntomas cada vez sería menos deliberada hasta convertirse en algo involuntario, como en los casos de mentira patológica o pseudología fantástica; (b) *perspectiva criminológica*: asume que lo característico es la motivación principal por mentir, de manera que la simulación dependerá de las ventajas situacionales que se presenten, como en el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía; y (c) *perspectiva adaptativa*: considera la simulación como el resultado de un análisis de coste-beneficio, esto es, se utiliza la enfermedad para obtener recompensas: económicas, evitación de deberes y obligaciones, etc. Según Rogers y Neumann (2003), la concepción adaptativa es la que mejor se ajusta a la simulación. No obstante, estas concepciones no son mutuamente excluyentes, de hecho podemos encontrar que estas diversas motivaciones, perspectivas o concepciones subyacen a la presentación de la sintomatología y coexisten para una determinada nosología. Imaginemos que se nos presenta en consulta un paciente cuya queja principal, y por lo que ha sido previamente diagnosticado, es un síndrome de fatiga crónica. Al realizar una evaluación más pormenorizada evidenciamos que se trata de una persona que asume el rol de enfermo y obtenemos datos clínicos compatibles con el diagnóstico de trastorno facticio (perspectiva patógena); además, secundariamente, evidenciamos que presenta trastorno antisocial de la personalidad (perspectiva criminológica) y consigue mantener largos períodos de baja laboral intermitente (perspectiva adaptativa).

Criterios de sospecha clínica

Identificar y determinar la existencia de simulación es el punto final de un largo proceso de evaluación y diagnóstico que se inicia con la "sospecha clínica" por parte de los profesionales de la salud implicados en el tratamiento y rehabilitación del paciente. En buena medida, las sospechas clínicas de simulación están fundamentadas en las discrepancias e inconsistencias entre el diagnóstico previo y la evolución del paciente, en comparación con la evolución habitual de los pacientes en relación a la patología diagnosticada. Así mismo, la sospecha clínica de simulación se establece de forma contextual, atendiendo otros aspectos de carácter motivacional, sintomatológico, personal y conductual. Samuel y Mittenberg (2006) destacan aquellos aspectos que contribuyen a la sospecha de presencia de simulación en el contexto médico-legal:

1. *Motivación y circunstancias*: incentivos económicos, solución a problemas socioeconómicos, conducta antisocial, insatisfacción profesional, conflictos laborales, situación cercana a la jubilación e historia previa de engaño, simulación o actos deshonestos.
2. *Sintomatología*: presencia de síntomas atípicos o inusuales, exageración de la sintomatología, resultados en los tests psicológicos y sintomatología incongruente con el curso normal de la enfermedad.

3. *Presentación ante la entrevista*: falta de cooperación con el evaluador y con la divulgación de la información y discrepancias entre los datos de la entrevista y la historia clínica o la documentación preexistente.
4. *Actividad/conducta fuera de la entrevista*: actividad laboral durante el período de reclamación, realización de actividades lúdicas, no relacionadas con el trabajo, buen funcionamiento excepto en aquello relacionado con el desempeño de la actividad laboral, falta de compromiso con el tratamiento y estar bajo vigilancia.

Adicionalmente, en la Tabla 5 proponemos algunos aspectos específicos o indicadores clínicos de sospecha de simulación que se presentan comúnmente en pacientes con patologías que cursan con dolor crónico en el contexto médico-legal. Cuantos más indicadores clínicos presente el caso en cuestión, más relevante resultará realizar una evaluación pormenorizada para detectar simulación (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008).

Crterios diagnósticos

Los dos sistemas operativos para el diagnóstico multidimensional de la simulación más ampliamente utilizados tanto en la investigación como en la práctica clínica, con el fin de evaluar trastornos psicológicos, neuropsicológicos, y enfermedades médicas en distintos contextos, son los desarrollados por Slick, Sherman y Iverson (1999) y Bianchini, Greve y Glynn (2005). Ambas propuestas se basan en la información convergente obtenida a través de distintas fuentes de información para determinar distintos grados de precisión en la clasificación de los sujetos evaluados: simulación definitiva, simulación probable y simulación posible.

Ambas propuestas coinciden en dos criterios fundamentales para considerar simulación: (1) presencia de incentivos externos significativos y (2) los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos (diagnóstico diferencial). Sin embargo, difieren en las fuentes de información a considerar para el diagnóstico de simulación; mientras que la propuesta de Slick et al. (1999) está más orientada a la evaluación de la simulación del daño neurocognitivo (Vilar-López, 2009) y tiene en cuenta la evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica y de la evaluación mediante autoinforme; la propuesta de Bianchini et al. (2005), está más orientada a la detección de la simulación del dolor crónico (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008; Capilla Ramírez y González Ordi, 2009), incluyendo las anteriores y añadiendo la información procedente de la evaluación física/médica. No obstante, ambos sistemas diagnósticos son perfectamente compatibles y pueden utilizarse combinadamente para refinar el diagnóstico de simulación (Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009). A nuestro juicio, los criterios diagnósticos propuestos por Bianchini y su equipo son más amplios y consideran más fuentes de información a tener en cuenta a la hora de determinar la existencia de simulación o no; por ello, son los que procederemos a describir pormenorizadamente.

Bianchini et al. (2005) consideran que para determinar simulación deben cumplirse una serie de criterios que incluyen, además de la existencia de incentivos externos significativos y el diagnóstico diferencial, información suficiente procedente de la evaluación física/médica, neuropsicológica y mediante autoinforme (entrevista y pruebas psicológicas). En detalle, hemos de considerar:

Criterio A. Evidencia de incentivos externos significativos contingentes con un patrón de exageración o fabricación de síntomas (estatus de litigancia, pensión por discapacidad, indemnizaciones por parte de aseguradoras, prolongación de bajas laborales, obtención de más medicación psicoactiva, etc.).

Criterio B. Evidencia procedente de la evaluación física. Evidencia de que las habilidades, capacidades y/o limitaciones demostradas a lo largo de una evaluación física formal son consistentes con la exageración de las quejas y síntomas somáticos y la disminución exagerada de la capacidad física. Este aspecto puede operativizarse mediante la detección

TABLA 5
INDICADORES CLÍNICOS DE SOSPECHA DE SIMULACIÓN
(GONZÁLEZ ORDI ET AL., 2008)

1. Existencia de un beneficio externo: prolongación de baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, discapacidad, etc.
2. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMF, TAC, signos de Waddell, Posturografía, etc.) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente.
3. Distorsiones de respuesta en las pruebas de autoinforme (MMPI-2, SIMS etc): patrón de exageración de síntomas.
4. Discrepancias entre las pruebas de rendimiento neurocognitivo y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente.
5. Discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración subjetiva autoinformada del sufrimiento del paciente.
6. Baja adherencia a las prescripciones médicas y el tratamiento médico y/o psicológico.
7. Incongruencia entre signos y síntomas presentados con el curso previsible de la patología en cuestión.
8. La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada.
9. Duración del tratamiento muy por encima de lo esperable, sin base etiológica para explicarlo.
10. Escasos o nulos avances terapéuticos.
11. Recidivas contingentes con la posibilidad de alta laboral.
12. El paciente "predice" su empeoramiento o su falta de mejoría.
13. Al menos, un profesional de la salud implicado en el diagnóstico y tratamiento sospecha de la posibilidad de simulación.

de: (1) sesgos en el rendimiento físico: realización de pruebas de rendimiento que evidencian la existencia de una disminución de la capacidad física que no resulta concordante con la patología diagnosticada; (2) discrepancia entre la valoración subjetiva de dolor (v. g. EVA) y la reactividad psicofisiológica concomitante; (3) los síntomas o las quejas informadas por el paciente son sustancialmente divergentes con la evidencia patofisiológica existente; y (4) discrepancia entre la actividad física mostrada por el paciente durante la evaluación formal con la actividad física demostrada cuando el individuo no sabe que está siendo evaluado.

Criterio C. Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica. Evidencia de que los déficits neurocognitivos (v. g. capacidad de concentración, percepción, memoria, etc.) demostrados a lo largo de una evaluación formal son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva. Este criterio se operativiza en: (1) rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas; (2) rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo; (3) discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral; (4) discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducta observable y objetivable del paciente.

Criterio D. Evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme. Evidencia que los síntomas, quejas y limitaciones autoinformadas por el paciente son consistentes con un patrón de exageración de síntomas y discapacidad a nivel físico, cognitivo y/o emocional. Este criterio puede operativizarse a través de: (1) la discrepancia de la conducta del paciente cuando es formalmente evaluado versus cuando no sabe que está siendo evaluado, (2) las quejas autoinformadas no son consistentes con la evolución de la historia clínica del paciente; (3) los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con los patrones conocidos de funcionamiento fisiológico y neurológico del dolor y la discapacidad referida a la patología en cuestión; (4) los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con la conducta observable y objetivable; (4) presentación de un patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de screening de simulación de síntomas.

Criterio E. Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos. La simulación se entiende como un patrón de conductas de carácter intencional y dirigido a la obtención de un beneficio externo, generalmente de tipo económico.

En función de la evidencia obtenida, podemos proceder a clasificar la simulación en función de los siguientes niveles de certeza diagnóstica: (1) *simulación confirmada*: confirmación de la mayoría de los criterios y subcriterios A, B, C, D y E; *simulación probable*: confirmación criterios A y E + dos o más subcriterios de B, C y/o D; y *simulación posible*: confirmación de criterio A + un subcriterio de B, C y/o D. No es necesario confirmación de E.

Teniendo en cuenta todo lo tratado hasta el momento, las **claves** para la detección de la simulación se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- ✓ Evidencia de un **incentivo externo** o de la producción intencional de los síntomas.
- ✓ El paciente presenta **inconsistencias** en diversas pruebas psicológicas y físicas, o en distintos ámbitos (médico, psicológico, fisioterapéutico, rehabilitación, etc.)
- ✓ **Convergencia de datos** de diferentes fuentes, profesionales y pruebas psicológicas, neuropsicológicas, médicas, etc.
- ✓ La detección de la simulación exige una **evaluación multimétodo/multisistema**.

A continuación, procederemos a describir las diversas pruebas, instrumentos y tests disponibles para la evaluación de las distintas dimensiones o criterios de evaluación física, neuropsicológica y de autoinforme.

Evaluación física (médica)

La falta de convergencia entre la sintomatología referida y los signos clínicos dificulta el diagnóstico de certeza, obligándonos en la práctica clínica diaria, a realizar pruebas complementarias con el fin de realizar un correcto diagnóstico diferencial con entidades nosológicas poco frecuentes antes de plantearnos la existencia de exageración de síntomas. Entre las pruebas de imagen más utilizadas se encuentran las *radiografías* o la *resonancia magnética nuclear*, que es actualmente la prueba de imagen por excelencia (Jensen, Brant-Zawadzki y Obuchowski, 1994). En cualquier caso, la interpretación de la imagen y del informe radiológico debería ser realizada siempre por el clínico que trata al paciente con el fin de asegurar la convergencia de distintas fuentes de información, ya que los hallazgos patológicos encontrados no tienen por qué ser los responsables de la sintomatología, lo que en el caso de exageración de síntomas y en especial, en el contexto médico-legal, complica aún más la situación. Así mismo, actualmente la *resonancia magnética funcional (fMRI)* aporta información interesante sobre las estructuras implicadas en el procesamiento del

dolor, como el cortex cingulado anterior (Davis, Taylor, Crawley, Wood y Mikulis, 1997; Bantick, Wisw, Ploghaus, Clare, Smith y Tracey, 2002), y su consideración puede resultar ilustrativa en el caso de que el paciente refiera experimentar dolor pero no se encuentre evidencia neurofisiológica concomitante.

La realización de analíticas específicas o de rutina de diferentes marcadores bioquímicos puede resultar de utilidad en aquellas patologías que cursen con cansancio crónico (como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica) y que nos descartarán la existencia de estados carenciales, tumorales, infecciosos, etc.

Para la evaluación de posibles trastornos funcionales es recomendable la consideración de los *signos de Waddel* (Waddel, McCulloch, Kummel y Venner, 1980). Los signos de Waddel son sensibles a la simulación de dolor lumbar, especialmente si se aprecian al menos tres de los 5 signos siguientes: (1) dolor a la palpación difusa superficial y no congruente anatómicamente; (2) test de simulación positivo (sobrecarga axial y rotación); (3) test distractorios positivos; (4) alteraciones regionales diferentes a las distribuciones neurológicas; y (5) hiperreacción o "conducta de dolor".

Para aquellos casos en que el paciente refiere pérdida de fuerza, podemos utilizar los *tests isocinéticos* (Hislop y Perrine, 1967) que constituyen un modo más preciso y objetivo de valoración funcional de la fuerza realizada tanto articular como en un movimiento complejo que implique a varias articulaciones, respecto a la valoración clásica de función que se realizaba con las pruebas isométricas. Esta prueba está admitida como sistema de valoración en simulación de pérdida de fuerza, si bien en patología de columna su fiabilidad es menor que en el resto del organismo (Huesa, y Carabias, 1999).

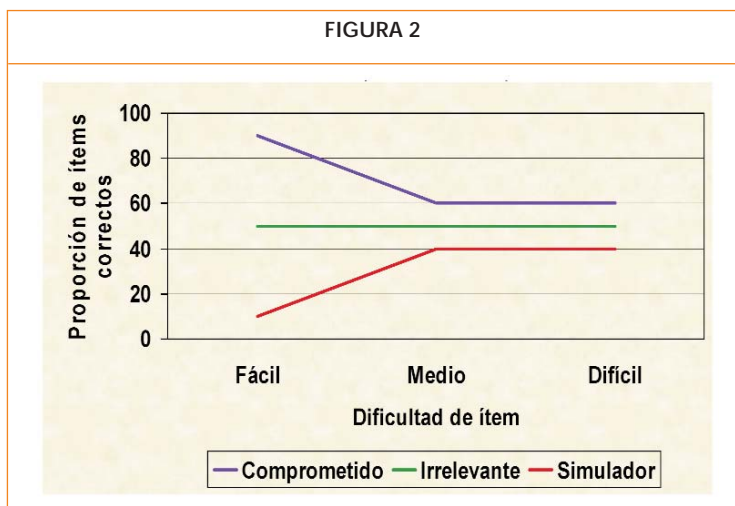
A menudo, la simulación de discapacidad suele conllevar que el paciente informe de la existencia de vértigos, mareos o alteraciones del equilibrio (v. g. cervicalgia y esguince cervical), que le incapacitan para desarrollar una vida cotidiana activa. La *posturografía dinámica* (Bowman y Mangham, 1989) es una prueba que nos permite objetivar más precisamente esta sintomatología. Utiliza una plataforma dinamométrica montada sobre un soporte capaz de trasladarse horizontalmente, inclinarse adelante o atrás, y/o rotar alrededor de un eje alineado con los tobillos. El estudio mediante posturografía dinámica proporciona los siguientes patrones en las alteraciones del equilibrio (Barona de Guzmán, 2003): (1) patrón vestibular; (2) patrón visual; (3) patrón somatosensorial; (4) patrón de disfunción multisensorial, que es una combinación de los anteriores; (5) patrón afisiológico, que es un patrón poco consistente con la existencia de lesión orgánica, en el que el sujeto presenta mejor equilibrio en situaciones más complejas y que suele aparecer en casos de simulación o estados de ansiedad severa; y (6) patrón de normoequilibrio.

La *electromiografía de inserción* (aguja) y la *electromiografía de superficie* son técnicas útiles para evaluar la respuesta global del músculo y grupos musculares, proporcionando datos objetivables sobre la funcionalidad, la carga de trabajo en relación con diferentes niveles de esfuerzo, la fatigabilidad muscular, etc. (De Luca, 1997). El EMG permite valorar la existencia de lesiones musculares o no asociadas a la presentación de dolor intenso y discapacidad, por lo que son útiles en patologías susceptibles de simulación de dolor crónico como cefaleas tensionales, migrañas, síndrome del túnel carpiano, síndrome cervicobraquial y cialgias.

Finalmente, el estudio con *potenciales evocados* acústicos, visuales y somatosensoriales puede proporcionarnos información sobre las discrepancias entre el procesamiento neurofisiológico de la información y la valoración autoinformada del paciente, ya que existe evidencia de que el estudio de la amplitud de la onda P300 ante diferentes estímulos parece discriminar entre pacientes con déficits genuinos y simulados (Rosenfeld, Ellwanger, Nolan, Wu, Bermann y Sweet, 1999).

Evaluación neuropsicológica

El rendimiento neurocognitivo en pruebas de evaluación neuropsicológica de los sujetos simuladores se caracteriza, entre otros patrones de ejecución, por presentar un menor porcentaje de respuestas correctas en los ítems fáciles o simples que en los ítems medios o difíciles (rendimiento subóptimo), por debajo del nivel esperado por azar (comprobación de validez de síntomas o SVT), y significativamente menor que los sujetos comprometidos



honestamente con la realización de la prueba, presentado además un nivel de deterioro más severo que los pacientes con deterioro neuropsicológico genuino moderado o grave, tal y como puede apreciarse en la Figura 2 (Frederick, 2003).

Además, el rendimiento neurocognitivo y las manifestaciones neuropsicológicas simuladas tiene otras características, que podríamos resumir en las siguientes:

- ✓ Fallos en ítems muy simples.
- ✓ Inconsistencia en las respuestas del sujeto referida a ejecutar correctamente ejercicios complejos e incorrectamente ejercicios más sencillos que implican los mismos procesos cognitivos.
- ✓ Alta incidencia de respuestas “aproximadamente correctas” en oposición a las “claramente incorrectas”
- ✓ Rendimiento por debajo de lo esperable por azar en pruebas de elección entre dos alternativas.
- ✓ Inconsistencia en la ejecución de diferentes pruebas que exploran las mismas funciones neuropsicológicas.
- ✓ Demora entre el momento de la lesión y el comienzo de los síntomas.
- ✓ Incompatibilidad entre el resultado de las escalas y el perfil de síntomas con las lesiones neurológicas subyacentes.
- ✓ Falta de coherencia entre los resultados de tests formales y la funcionalidad real del sujeto en su vida cotidiana.
- ✓ Bajo o nulo rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la mayor parte de los pacientes con lesiones cerebrales graves realizan correctamente.
- ✓ Puntuaciones especialmente bajas en tareas motoras y sensoriales.

Así mismo, existen diversas estrategias para detectar el engaño en pruebas neuropsicológicas (ver Bender y Rogers, 2004):

1 Deterioro excesivo

- ✓ Efecto suelo: fallos excesivos en ítems muy simples.
- ✓ Validación de síntomas: fallos por debajo del azar en ítems de elección forzada entre dos alternativas de respuesta.
- ✓ Elección forzosa: Identificación de un rendimiento inferior al esperable en base a criterios normativos.

2. Patrones inesperados

- ✓ Curva de rendimiento: rendimiento similar en ítems fáciles y difíciles.
- ✓ Magnitud del error: respuestas inesperadas en tareas de elección forzada.
- ✓ Presentación atípica: Estudio de patrones de respuesta que raramente se presentan cuando existe daño neurológico genuino.

En una encuesta realizada a neuropsicólogos expertos en evaluación de la simulación en el contexto médico-legal, Slick, Tan, Strauss y Hultsch (2004) encontraron que, aunque eran partidarios de usar baterías neuropsicológicas de forma flexible, los instrumentos específicos más comúnmente utilizados para detectar rendimiento subóptimo eran el *Test of Memory Malingering – TOMM* (Tombaugh, 1996) y el test de los *15 ítems de Rey* (Lezak, 1995).

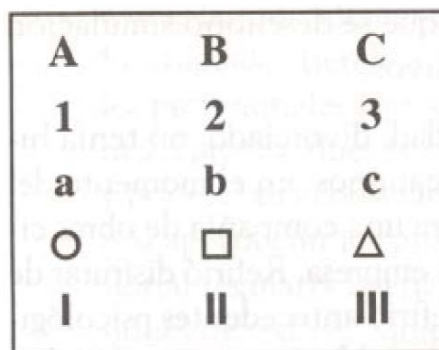
El Test of Memory Malingering – TOMM (Tombaugh, 1996) es una prueba de screening basada en un formato de elección forzada, diseñada específicamente para detección de simulación neurocognitiva y consta de dos series o ensayos con 50 dibujos/estímulos más 50 paneles de reconocimiento donde el sujeto debe identificar visualmente (no nombrar) los dibujos previamente presentados versus un dibujo *distractor*. Quince minutos después se administran 50 paneles de reconocimiento sobre los dibujos presentados previamente (ensayo de retención). Los simuladores presentan un porcentaje de identificación correcta de dibujos significativamente menor en la segunda serie/ensayo y en el ensayo de retención que los sujetos controles y los pacientes con deterioro cerebral genuino (Rees, 1996; Rees y Tombaugh, 1996); igualmente los pacientes litigantes con deterioro cerebral traumático presentan un peor rendimiento, por debajo del azar, que los pacientes no litigantes (Gansler, Tombaugh, Moczynski y Rees, 1995). El TOMM ha resultado así mismo ser eficaz en la clasificación correcta de pacientes con dolor crónico que exageran deliberadamente déficits neurocognitivos (Etherton, Bianchini, Greve y Ciota, 2005; Greiffenstein, Greve, Bianchini y Baker, 2008). Y en nuestro país, el TOMM se ha mostrado eficaz en la detección del rendimiento subóptimo con pacientes con traumatismo craneoencefálico (Vilar-López y Santiago-Ramajo, Gómez-Río, Verdejo-García, Llamas y Pérez-García, 2007).

El test de los *15 ítems de Rey* (Lezak, 1995) es una de las pruebas más clásicas de efecto suelo. Este efecto es interesante en simulación porque se trata de pruebas sencillas pero que presentan una validez aparente de mayor complejidad, lo que lleva a los simuladores a sobrestimar su nivel de dificultad y a obtener un rendimiento inferior al de personas con una disfunción cerebral más grave (Muñoz Céspedes y Paúl Lapedriza, 2001).

El test de los 15 ítems de Rey consiste en una lámina en la que aparecen cinco series de tres elementos fuertemente

relacionados entre sí dispuestos en una matriz de 3 x 5 (Figura 3). Tras diez segundos de estudio y solicitar al paciente que copie la figura, se establece un intervalo de demora de 10 segundos, tras los cuales se solicita la reproducción de memoria. Lezak (1995) sugiere que se enfatice al sujeto *que debe recordar los 15 elementos*, de manera que parezca un test de memoria más complejo de lo que es en realidad. Lezak, Howieson y Loring (2004) indican que la población general no tiene problemas en recordar los 15 elementos perfectamente, los pacientes psiquiátricos hospitalizados presentan rendimientos ligeramente inferiores ($12,87 \pm 3,69$) pero superiores a los pacientes neurológicos ($10,80 \pm 5,20$) y los simuladores presentan claramente un rendimiento subóptimo, muy por debajo de los pacientes con patología genuina ($6,27 \pm 4,7$). No obstante, su utilización es controvertida y está sujeta a debate entre los neuropsicólogos forenses (Vilar-López, 2009).

FIGURA 3
EL TEST DE LOS 15 ÍTEMS DE REY (1995)



Otros instrumentos que se han utilizado eficazmente en la detección de simulación de deterioro neurocognitivo son el Dot Counting Test, el Portland Digit Recognition Test, el 21-Item Memory Test, el Victoria Symptom Validity Test, el Word Memory Test, Índice de Memoria de Trabajo del WAIS-III, el Test of Cognitive Abilities, entre los más destacados (para una revisión más detallada ver Slick et al., 2004 y Vilar-López, 2009).

Finalmente, algunos estudios han informado del empleo de diversas pruebas neuropsicológicas combinadas para incrementar la validez predictiva a la hora de discriminar entre pacientes simuladores y no simuladores. Meyers y Volbrecht (2003) utilizaron nueve instrumentos de evaluación neuropsicológica, obteniendo un 83% de sensibilidad y un 100% de especificidad, con una tasa igual a cero de falsos positivos, en una muestra de 796 sujetos litigantes. Aunque ésta es una estrategia interesante, incrementa considerablemente el tiempo dedicado a la evaluación de la detección de simulación.

Evaluación mediante autoinforme

Las estrategias de investigación que mayor solidez han demostrado en el estudio de la simulación son los diseños de investigación con "análogos" y "known-groups" o grupos conocidos, especialmente si se utilizan combinadamente (Rogers y Bender, 2003; Rogers, 2008b).

En los *estudios análogos*, los participantes son asignados de manera aleatoria a las condiciones experimentales de "simulación" y de "control", recibiendo instrucciones específicas acerca del estilo de respuesta a adoptar al responder a las pruebas de evaluación, actuando "como si" en el caso del grupo de simulación. Los estudios con análogos tienen una elevada validez interna (sabemos a ciencia cierta que los sujetos nos mienten porque les instruimos para ello) pero limitada validez externa (a menudo son diseños realizados con estudiantes universitarios, cuya generalizabilidad al mundo real es altamente cuestionable).

La segunda estrategia se denomina "*Known-Groups*" o *grupos conocidos* y se basa en que uno o varios expertos independientes asignan a los individuos a un grupo u otro en función del estilo de respuesta manifestado en pruebas de selección o de una serie de criterios empíricos protocolizados. En este caso, los estudios presentan alta validez externa (sujetos o pacientes en contextos reales, forense, clínico o medicolegal) y una menor validez interna (a pesar de los criterios independientes, los resultados dependen finalmente de la supuesta fiabilidad-certeza en la asignación).

Adicionalmente, aunque existen muy pocos estudios a tal efecto, resultaría interesante combinar las estrategias de estudios análogos y grupos "conocidos", incluyendo además un grupo control y una muestra clínica representativa de referencia sobre la patología física y/o psicológica objeto de simulación, para estudiar ampliamente el espectro de respuestas posibles pertinentes: desde la respuesta honesta del grupo control, pasando por la simulación pura, propiciada por los estudios análogos, mediatizados por la respuesta de los simuladores reales en comparación con los resultados obtenidos por una muestra clínica honesta de referencia (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008).

En función de lo dicho hasta el momento, la investigación sobre la detección de simulación utilizando pruebas de autoinforme debería considerarse cuatro tipos de grupos de investigación: (1) *grupo control*, formado por sujetos sin patología previa diagnosticada, generalmente equiparados en edad y sexo, nos permiten observar cuál sería la res-

puesta honesta de sujetos que no evidencian la patología objeto de investigación y nos proporciona el “suelo” teórico en el rango hipotético de la respuesta de exageración de síntomas para dicha prueba o cuestionario; (2) *grupo clínico-honesto*, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada pero que no se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que respondan honestamente al test; (3) *grupo clínico-simulador*, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada y se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que exageren o fabriquen sintomatología para reflejar “la peor imagen posible”; (4) *grupo simulador-análogo*, grupo de sujetos que no presentan patología alguna pero se les instruye específicamente para que simulen la patología investigada; aunque no suele ser un grupo clínico real, nos permite controlar experimentalmente la conducta de exageración de síntomas porque sabemos a ciencia cierta que están “mintiendo”; generalmente este grupo sirve también para establecer el “techo” teórico en el rango hipotético de la respuesta de exageración de síntomas para la prueba o cuestionario objeto de la investigación.

Aunque no siempre suele ser así, lo deseable es que la investigación clínica sobre la capacidad de discriminación de un instrumento psicológico en el rango de la respuesta de exageración de síntomas incluya los cuatro grupos de forma comparativa (Rogers y Bender, 2003).

En cualquier caso, cualquier prueba o cuestionario que pretenda detectar simulación, deberá mostrar una buena capacidad predictiva y exactitud (área bajo la curva), clasificando correctamente al mayor porcentaje de clínico-simuladores posible (sensibilidad) y, en especial, excluyendo correctamente al mayor porcentaje de clínico-honestos posible (especificidad), con el fin de reducir en lo posible el porcentaje de falsos positivos.

En su mayoría, estos instrumentos pretenden detectar con mayor o menor precisión patrones de “mala imagen” o estilos de respuesta sobredimensionados, o bien patrones sintomatológicos infrecuentes o excepcionales, improbables y bizarros; en otras palabras, detectar la tendencia del sujeto a crear la impresión deliberada de sufrir alguna alteración o deterioro mediante la exageración o fabricación de síntomas y problemas, maximizando las características negativas de sí mismo (Baer, Rinaldo y Berry, 2003).

Entre los instrumentos multiescalares de evaluación objetiva de la personalidad adaptados al castellano, que presentan índices de validez que han demostrado ser útiles en la detección de la simulación, destacamos el MMPI-2, el MMPI-2-RF y el PAI. Sin embargo, otros como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, muy utilizado en evaluación clínica y forense, han demostrado resultados muy poco prometedores en cuanto a su capacidad para discriminar entre sujetos simuladores y no simuladores (McDermott y Feldman, 2007; Sellbom y Bagby, 2008).

A continuación, revisaremos más pormenorizadamente las escalas y subescalas que pueden aportar información relevante para la determinación de simulación de aquellas pruebas psicológicas que están disponibles para el profesional cualificado en nuestro país: MMPI-2, MMPI-2-RF y PAI.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 – MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1999).

El MMPI-2 es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general (Lubin, Larsen y Matarazzo, 1984; Piotrowski, 1998), en contextos médico-legales (Arbisi y Butcher, 2004; Butcher y Ben-Porath, 2004) y forenses (Bartol y Bartol, 2004; Boccaccini y Brodsky, 1999). Muñíz y Fernández-Hermida (2010) señalan que el MMPI se encuentra entre los cinco tests más utilizados por los psicólogos españoles y es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial en psicología clínica, psicología forense y neuropsicología (Camara, Nathan y Puente, 2000; Greene, 2008). De hecho, el MMPI-2 es el instrumento multiescalar de amplio espectro mejor validado para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad (Gilliard y Rogers, 2010; Greene, 2008; Rogers y Bender, 2003). No obstante, aquí consideraremos tan sólo aquellos indicadores de exageración de síntomas que sirven para la determinación convergente de simulación: subescalas F, Fb, F-K, Fp y FBS.

Las escalas de infrecuencia (F y Fb) han demostrado su utilidad para identificar eficazmente individuos que pretenden presentarse de forma poco favorable (mala imagen), simulando o sobredimensionando deliberadamente síntomas psicopatológicos (Bury y Bagby, 2002; Elhai, Naifeh, Zucker, Gold, Deitsch y Frueh, 2004; Graham, Watts y Timbrook, 1991; Nicholson, Mouton, Bagby, Buis, Peterson y Buigas, 1997; Strong, Greene y Schinka, 2000). De hecho, estas escalas contienen ítems seleccionados para detectar estilos de respuestas atípicos o inusuales, ya que el contenido de sus ítems está centrado en síntomas extravagantes o inusuales de psicopatología severa (Nichols, 2001). Como acertadamente indica Greene (2008), las puntuaciones altas en estas escalas pueden deberse a la

existencia de estilos de respuesta inconsistente, a la presencia de psicopatología real severa, o bien a un patrón de simulación de respuestas, lo que en definitiva, sobredimensionará las puntuaciones de las escalas clínicas básicas del MMPI-2; mientras que las puntuaciones bajas suelen asociarse a la ausencia de psicopatología real, o bien a patrones de defensividad, infradimensionando las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas básicas del MMPI-2. Respecto a los patrones de "mala imagen" o sobredimensionados, Butcher (2005) recomienda considerar la existencia de simulación, o exageración deliberada de síntomas, cuando F y/o Fb muestren puntuaciones T mayores de 100 y VRIN sea menor o igual a 79.

Otro indicador interesante de simulación es el índice F-K de Gough (1950). Este índice se obtiene substrayendo la puntuación directa de la Escala K de validez respecto de la puntuación directa de la escala F de validez (F menos K). Si el índice es positivo a partir de un determinado punto de corte, el sujeto evidenciaría una tendencia a la exageración deliberada de síntomas (*fake bad* o mal simulador); si el índice es negativo a partir de un determinado punto de corte, el individuo mostraría una tendencia a la negación o encubrimiento de síntomas – defensividad (*fake good* o buen simulador).

Uno de los problemas del índice F-K es que no existe consenso entre los diversos autores en relación a los puntos de corte definitivos recomendados para clasificar eficazmente a individuos simuladores de individuos que no lo son, ya que dichos puntos de corte dependen en gran medida de las muestras utilizadas en su obtención. De hecho, la literatura científica señala puntos de corte recomendados para exageración de síntomas que oscilan entre +6 y +27 y entre -11 y -20 para el encubrimiento o negación de síntomas, siempre en muestras norteamericanas (ver Butcher y Williams, 1992; Greene, 1997; Meyers, Millis y Volkert, 2002; Nichols, 2001; Pope Butcher y Seelen, 1993). Respecto al uso del índice F-K en nuestro país, se han calculado específicamente los puntos de corte estimados para exageración y encubrimiento de síntomas tanto para el MMPI-2 (González Ordi y Gómez Segura, 2002) como para el MMPI-A (González Ordi, 2005) en base a las muestras de referencia que sirvieron para la adaptación española de ambas pruebas.

A pesar de que investigaciones recientes sugieren que no es más eficaz en la detección de simulación que la escala F por sí sola (Bury y Bagby, 2002; Butcher, 2005; Nicholson et al., 1997), este indicador es suficientemente sensible a la detección de la exageración de síntomas (de hecho se comporta mucho mejor que con la evaluación del encubrimiento o negación de síntomas según Nichols, 2001) como para que merezca la pena seguir teniéndolo en cuenta como información adicional en la detección de simulación, porque además correlaciona positiva y significativamente con instrumentos de evaluación de la simulación mediante autoinforme de última generación, como es el caso del SIMS - Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Widows y Smith, 2005) y sigue teniendo un uso extendido en el ámbito de la evaluación forense como ayuda en la detección de la exageración deliberada de sintomatología psicopatológica (Ben-Porath, Graham, Hall, Hirschman y Zaragoza, 1995; González Ordi y Gancedo Rojí, 1999).

La escala F Psicopatológica o F(p) (Arbisi & Ben-Porath, 1995) fue creada como una medida de validez adicional para explicar más específicamente las elevaciones encontradas en la escala F de validez del MMPI-2. De hecho, Arbisi y Ben-Porath (1995) sugieren que cuando F y F(p) presentan puntuaciones elevadas, es más probable atribuir con mayor seguridad dichas elevaciones a un patrón de simulación de respuestas que a la existencia de psicopatología real severa, especialmente si las escalas VRIN y TRIN no están elevadas significativamente. En este sentido, considerar conjuntamente las escalas F y F(p) resultaría más eficaz para discriminar entre grupos con psicopatología genuina de grupos de simuladores que la escala F por sí sola (Bury y Bagby, 2002; Rothke, Friedman, Jaffe, Greene, Wetter, Cole y Baker, 2000; Storm y Graham, 2000; Strong, Greene y Schinka, 2000).

La escala FBS (Less-Haley, English & Glenn, 1991), también denominada escala de validez de síntomas, se diseñó específicamente con el fin de ayudar a detectar simulación de quejas somáticas en el ámbito forense. Incluye ítems referidos a síntomas somáticos, alteración del sueño, síntomas relacionados con tensión y estrés, falta de energía o anhedonia, etc. Aunque ha sido una escala que ha generado cierto debate en torno a su validez para detección de exageración de síntomas durante la década de los noventa, ya que algunos autores señalan que más bien que se trataría de una escala que evalúa la tendencia a la expresión de sintomatología psicopatológica severa, centrada en los aspectos más somáticos, y distrés emocional (Butcher, Arbisi, Atlis y McNulty, 2003), recientes estudios de metanálisis parecen confirmar su utilidad para la detección de exageración de sintomatología en pacientes litigantes con lesiones personales (Nelson, Sweet y Demakis, 2006).

Recientemente, Aguerrevere, Greve, Bianchini y Meyers (2008) han informado de un índice discriminante (Índice Abreviado de Meyers, IAM) para la detección de simulación basado en la combinación de pesos específicos en fun-

ción de las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez del MMPI-2 *F*, *Fp*, *F-K*, *FBS*, *DsR*, *O-S* y la escala suplementaria del MMPI-2 *Es* (*Fuerza del Yo*). Basado en estudios anteriores con dichas escalas del MMPI-2 (Meyers, Millis y Volkert, 2002), el IAM presenta un número más reducido de escalas (*F-K*, *F*, *FBS*, *Fp* y *Es*), más fáciles de computar para el evaluador, pero manteniendo su capacidad predictiva para discriminar entre simuladores y no simuladores. El Índice Abreviado de Meyers presenta una buena precisión predictiva para discriminar entre pacientes simuladores y no simuladores en patologías relacionadas con el dolor crónico y el trastorno craneoencefálico (Aguerrevere et al., 2008).

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado – MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009).

El MMPI-2-RF proporciona, en 50 escalas, una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto de ítems del MMPI., reduciendo considerablemente el número de ítems, ya que consta de 338, y el tiempo de aplicación (35-50 minutos), respecto al MMPI-2. El objetivo perseguido en la reestructuración del MMPI-2 ha sido un conjunto más reducido de escalas independientes entre sí, no redundantes, que evaluaran los constructos subyacentes al MMPI-2 de una manera más eficiente, centrada en el contenido y más coherente en su estructura y organización (Tellegen y Ben-Porath, 2008). Contiene ocho *escalas de validez* que permiten detectar eficazmente las principales amenazas a la interpretación del protocolo: dos escalas que exploran inconsistencia en la respuesta al contenido de los ítems; cuatro escalas creadas para la detección de patrones de exageración de síntomas (*F-r*, *Fp-r*, *Fs* y *FBS-r*) y dos escalas para la detección de patrones de minimización de síntomas (*L-r* y *K-r*).

Consideremos las escalas incluidas en el MMPI-2-RF para la detección de exageración de síntomas.

La escala *F-r* está compuesta de ítems que raramente contestarían los sujetos de la muestra de tipificación del MMPI-2-RF. Elevaciones por encima de puntuaciones T mayores de 70 indicarían un patrón de exageración de síntomas, una vez descartada la posibilidad la falta de consistencia en las respuestas (escalas *VRIN-r* y *TRIN-r* elevadas) debido a psicopatología severa y/o problemas emociones agudos, descuido al contestar, falta de motivación al realizar la prueba, etc.

La escala *Fp-r* está compuesta de ítems que raramente contestarían individuos con psicopatología real severa. Los autores del manual profesional del MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009) sugieren que puntuaciones T mayores de 70 podrían constituir indicativo de posible exageración de síntomas. Si *F-r* está significativamente elevada, cuanto más alto sea el valor de *Fp-r*, mayor probabilidad de exageración de síntomas/simulación.

La escala *Fs* fue creada para identificar sujetos que exageran síntomas somáticos haciendo gala de un elevado número de quejas somáticas que raramente alegan pacientes en tratamiento médico. Se considera que si el sujeto evaluado presenta puntuaciones T por encima de 80, podría pensarse en un patrón de exageración de síntomas/simulación de sintomatología y quejas somáticas.

La escala *FBS-r* está diseñada para identificar pacientes litigantes que presentan sintomatología neurológica, somática y distrés emocional no creíble. A partir de puntuaciones T superiores a 80 se puede pensar en la existencia de exageración de síntomas/simulación de sintomatología y quejas neurológicas, somáticas y emocionales (Ben-Porath y Tellegen, 2009).

Las escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF siguen la tradición del MMPI-2 y están claramente relacionadas, lo que facilita la convergencia entre ambas pruebas. De hecho, González Ordi y Santamaría Fernández (2009) han encontrado correlaciones positivas elevadas y significativas entre las escalas que incluía originalmente el MMPI-2 y las nuevas escalas desarrolladas para el MMPI-2-RF: *F* y *F-r* (.86), *Fp* y *Fp-r* (.84) y *FBS* y *FBS-r* (.96) en una muestra de 273 usuarios de mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.

Debido a que el MMPI-2-RF es un instrumento relativamente reciente, la versión original norteamericana se publicó en 2008 y la adaptación española en 2009, existen todavía pocos estudios sobre precisión predictiva para discriminar entre simuladores y no simuladores. No obstante, los que hay resultan prometedores y en la misma línea de la evidencia contrastada existente respecto al MMPI-2, tanto para discriminar simulación de psicopatología en el contexto forense-criminal (Sellbom, Toomey, Wygant y Kucharsky, 2010) como simulación de problemas de memoria en el contexto de la neuropsicología forense (Gervais, Ben-Porah, Wygant y Sellbom, 2010).

Inventario de evaluación de la personalidad – PAI (Morey (1991))

El Inventario de Personalidad de Morey (1991) es otro de los instrumentos multiescalares más utilizados para la detección de simulación mediante autoinforme. Consta de 344 ítems que proporcionan 4 escalas de validez, 11 escalas clí-

nicas, 5 escalas consideraciones para el tratamiento y 2 escalas relaciones interpersonales. De las cuatro escalas de validez, resulta particularmente interesante en el contexto de este trabajo la escala de Impresión Negativa (NIM), que está incluye ítems que preguntan por síntomas extremadamente raros o poco frecuentes (que contestarían menos del 5% en la población clínica de referencia) y presentan una visión de uno mismo exageradamente desfavorable. Se considera que puntuaciones T entre 73 y 83 pueden reflejar un patrón de exageración de síntomas y se sugiere que con puntuaciones mayores de 92, se considere la posibilidad de simulación.

El PAI ha demostrado tener una buena capacidad predictiva en la detección de simulación de psicopatología en contextos forense (Kucharski, Toomey, Fila & Duncan, 2007), penitenciario (Edens, Poythress y Watkins-Clay, 2007), militar (García Silgo y Robles Sánchez, 2010), simulación de estrés postraumático y depresión (Lange, Sullivan y Scott, 2010) y psicopatología general (Sullivan y King, 2010) con diseños análogos.

Instrumentos de screening

A pesar de que tanto los instrumentos de evaluación objetiva de la personalidad como los instrumentos de evaluación neuropsicológica pueden resultar eficaces en la detección de la simulación, existen ciertas limitaciones también respecto a su utilización: (a) su administración conlleva mucho tiempo, (b) es necesario un entrenamiento especializado para su administración y (c) a menudo son pruebas complejas de interpretar (Schinka y Borum, 1993).

Razón por la cual, en los últimos años, se han desarrollado un cierto número de instrumentos de screening, rápidos y sencillos en su administración, corrección e interpretación, para detectar y alertar de la posible simulación (una revisión de estos instrumentos puede encontrarse en Smith, 2008). Debido a que en nuestro país, la tradición investigadora y evaluativa sobre la simulación es mucho más reciente, disponemos de pocos instrumentos adecuadamente validados a la población española. Entre los que sí están disponibles, es especialmente destacable el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS.

El *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS* (Widows y Smith, 2005; González Ordi y Santamaría Fernández, 2009) es un instrumento de evaluación mediante autoinforme que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, administrando como medida de screening o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada, tanto en contextos clínicos como médico-legales o forenses.

Permite obtener una puntuación total que se refiere al *perfil de simulación general* que presenta el sujeto y *cinco escalas específicas* referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

- (1) *Psicosis (Ps)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real;
- (2) *Deterioro Neurológico (Dn)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos;
- (3) *Trastornos Amnésicos (Am)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real;
- (4) *Baja Inteligencia (Bi)*: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general; y
- (5) *Trastornos Afectivos (Af)*: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

Los estudios de la adaptación española, con un total de 1.005 sujetos participantes, señalan que el SIMS posee una satisfactoria consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach), tanto para el total de la prueba (.94) como para sus cinco subescalas: .90 para Psicosis, .85 para Deterioro Neurológico, .90 para Trastornos Amnésicos, .69 para Baja Inteligencia y .65 para Trastornos Afectivos (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009). Respecto a su validez predictiva, diversos estudios internacionales han señalado que el SIMS resultaría muy útil como herramienta de screening para la detección de simulación. Los valores de sensibilidad oscilan entre .93 y 100 considerando el punto de corte para la escala total de >14, y entre .94 y 100 cuando el punto de corte es >16; los valores de especificidad se encuentran entre .52 y .91 para el total >14 puntos y entre .51 y .98 para el total >16 puntos (para una revisión más detallada consultar González Ordi y Santamaría Fernández, 2009).

Igualmente, la escala total del SIMS posee una adecuada validez convergente con las escalas de validez relacionadas con la exageración de síntomas del MMPI-2 (F, Fb, Fp, F-K, FBS) y el MMPI-2-RF (F-r, Fp-r, Fs y FBS-r) y están inversamente relacionados con las escalas de defensividad del MMPI-2 (escala K) y el MMPI-2-RF (L-r y K-r), proporcionando una adecuada evidencia de validez convergente (González Ordi y Santamaría Fernández, 2008 y 2009). Además, el

SIMS presenta correlaciones positivas y significativas con indicadores de exageración de síntomas o “mala imagen” de otras pruebas objetivas de personalidad, como es el caso de la Escala Z (mala imagen) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y III (González Ordi y Santamaría Fernández, 2008) y el Índice Global de Gravedad o Índice Sintomático General (GSI) del SCL-90-R (Edens, Otto y Dwyer, 1999). En este sentido, el SIMS es un instrumento de screening que puede resultar muy útil a la hora de proporcionar información que favorezca la convergencia de los datos para determinar simulación.

Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández (2008) han presentado un estudio utilizando el SIMS como herramienta para discriminar entre pacientes con dolor crónico litigantes y no litigantes. En concreto, se administró esta prueba a cuatro grupos distintos: un grupo control (sin patología dolorosa diagnosticada), dolor crónico de espalda no litigante, dolor crónico de espalda litigante y fibromialgia litigante, encontrando que los grupos litigantes puntuaban significativamente más alto en el SIMS que el grupo no litigante y el grupo control, y que entre estos dos últimos, no existían diferencias significativas. Igualmente en el contexto médicolegal, el SIMS discriminó adecuadamente en cuanto a la presencia de patrón de exageración de síntomas entre pacientes con sospecha de simulación y litigantes y pacientes sin sospecha de simulación y no litigantes que presentaban sintomatología compatible con trastornos de tipo somatoforme y cursaban baja por AT y por ITCC (González Ordi, Santamaría Fernández y Fernández Marín, 2010). En ambos estudios, los pacientes litigantes presentaron un patrón de exageración de síntomas con el fin de reflejar “su peor imagen posible”, mucho más deteriorada que los individuos que presentan una patología similar pero que responden honestamente, siguiendo el principio de “cuanto más, mejor” (Rogers, Gillis y Bagby, 1990).

A lo largo de estas páginas, hemos presentado una concepción multidimensional de la detección de la simulación, centrada en la evaluación pormenorizada multimétodo/multisistema en tres grandes dimensiones: física (médica), neuropsicológica y mediante autoinforme. Hemos hecho mención a algunos instrumentos, pruebas, estrategias más utilizadas en el campo y hemos hecho hincapié en la necesidad de la convergencia de los datos provenientes de distintas fuentes de información, a partir de la sospecha clínica, para poder determinar con la mayor seguridad posible el diagnóstico de simulación.

Parfraseando a DeClue (2002), “ninguna puntuación aislada o combinación de puntuaciones en un test puede determinar por sí misma la presencia de simulación” (p.724); es la exploración e investigación clínica cuidadosa, la detección de inconsistencias del paciente en diversas pruebas psicológicas, neuropsicológicas y físicas, o de la observación de su conducta en distintos ámbitos médico, psicológico, fisioterapéutico y rehabilitador y la convergencia de los datos disponibles, lo que al final contribuye a la determinación de simulación.

REFERENCIAS

- Aguerrevere, L.E., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Meyers, J.E. (2008). Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated version of the Meyers Index for the MMPI-2. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 831-838.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-5 development. Workgroup on Somatic Symptom Disorders*. Borrador publicado el 29 de Enero de 2010. Obtenido de: <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/APA%20Somatic%20Symptom%20Disorders%20description%20January29%202010.pdf>
- Arbisi, P.A. y Ben-Porath, Y.S. (1995). On MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequent Psychopathology Scale F(p). *Psychological Assessment*, 7, 424-431.
- Arbisi, P.A. y Butcher, J.N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 571-595.
- Baer, R. A., Rinaldo, J. C. y Berry, D. T. R. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability). En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Vol. 2 (pp. 861-866). London: SAGE.
- Bantick, S., Wisw, R.G., Ploghaus, A., Clare S., Smith, S.M. y Tracey, I. (2002). Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain*, 125, 310-319.
- Barona de Guzman, R. (2003). Interés clínico del sistema Ned SUE/IBV en el diagnóstico y valoración de las alteraciones del equilibrio. *Revista de Biomecánica del Instituto de Biomecánica de Valencia (Monográfico: posturografía ¿algo se mueve?)*. Febrero de 2003, 43-51.

- Bartol, C.R. y Bartol, A.M. (2004). *Introduction to forensic psychology*. London: SAGE.
- Ben-Porath, Y.S., Graham, J.R., Hall, G., Hirschman, R. y Zaragoza, M.S. (Eds.) (1995). *Forensic applications of the MMPI-2*. London: SAGE.
- Ben-Porath, Y.S. y Tellegen, A. (2009). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado. MMPI-2-RF. Manual*. (Adaptación española realizada por P. Santamaría Fernández). Madrid: TEA Ediciones.
- Bender, S.D. y Rogers, R. (2004). Detection of neurocognitive feigning: development of a multi-strategy assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 49-60.
- Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.
- Boccaccini, M.T. y Brodsky, S. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 253-259.
- Bowman, C. y Mangham, C. (1989). Clinical use of moving platform posturography. *Seminars in Hearing*, 10, 161-171.
- Bury, A.S. y Bagby, R.M. (2002). The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 14, 472-484.
- Butcher, J.N. (2005). Assessing MMPI-2 profile validity. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference*. 2nd edition (pp. 128-132). New York: Oxford University Press.
- Butcher, J.N., Arbisi, P.A., Atlis, M.M. y McNulty, J.L. (2003). The construct validity of the Less-Haley Fake Bad Scale. Does this scale measuring somatic malingering or feigned emotional distress?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 473-485.
- Butcher, J.N. y Ben-Porath, Y.S. (2004). Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. *Australian Psychologist*, 39, 44-50.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1999). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. (Adaptación española realizada por A. Avila-Espada y F. Jiménez-Gómez). Madrid: TEA Ediciones.
- Butcher, J.N. y Williams, C.L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Camara, W.J., Nathan, J.S. y Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20, 255-263.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2008). *Detección de simulación en dolor crónico*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Logroño, 27-29 de Noviembre de 2008.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). *Tasas de prevalencia de simulación: un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos*. Comunicación presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Barcelona, 26-28 de Noviembre de 2009.
- Davis, K., Taylor, S.I., Crawley, A.P., Wood, M.L. y Mikulis, D.I. (1997). Functional MRI pain and attention-related activations in the human cingulate cortex. *Journal of Neurophysiology*, 77, 3370-3380.
- DeClue, G. (2002). Practitioner's corner: Feigning ≠ Malingering: A case study. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 717-726.
- De Luca, C.J. (1997). *The use of surface electromyography in biomechanics*. Boston: Delsys.
- Edens, J.F., Otto, R.K. y Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387-396.
- Edens, J.F., Poythress, N.G. y Watkins-Clay, M.M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88, 33-42.
- Elhai, J.D., Naifeh, J.A., Zucker, I.S., Gold, S.V., Deitsch, S.E. y Frueh, B.C. (2004). Discriminating malingering from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd). *Assessment*, 11, 139-144.
- Etherton, J.L., Bianchini, K.J., Ciota, M.A., Heinly, M.T. y Greve, K.W. (2006). Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index. *The Spine Journal*, 6, 61-71.

- Etherton, J.L., Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Ciota, M.A. (2005). Test of Memory Malingering performance is unaffected by laboratory-induced pain: implications for clinical use. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 375-384.
- Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L. y Rosomoff, R.S. (1999). Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. *Clinical Journal of Pain*, 15, 244-274.
- Folks, D.G. (1995). Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurologic Clinics*, 13, 267-281.
- Frederick, R.I. (2003). Neuropsychological tests and techniques that detect malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 323-335). Oxford: Oxford University Press.
- Gansler, D., Tombaugh, T.N., Moczynski, N.P. y Rees, L.M. (1995). *Test of Memory Malingering (TOMM): initial validation in a traumatic brain injury cohort*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the National Academy of Neuropsychology, San Francisco, CA.
- García Silgo, M. y Robles Sánchez, J.I. (2010). Estudio de las bajas temporales para el servicio por motivos psicológicos: mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas. *Sanidad Militar*, 63, 154-162.
- Gerson, A.R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, 57-69.
- Gervais, R.O., Ben.Porath, Y.S., Wygant, D.B. y Sellbom, M. (2010). Incremental validity of the MMPI-2-RF over-reporting scales and RBS in assessing the veracity of memory complaints. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 274-284.
- Gervais, R.O., Green, P., Allen, L.M. et al (2001). Effects of coaching on symptom validity testing in chronic pain patients presenting for disability assessment. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2,1-19.
- Gervais, R.O., Russell, A.S., Green, P. et al (2001). Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *Journal of Rheumatology*, 28,1892-1899.
- Gillard, N.D. y Rogers, R. (2010). Malingering: models and methods. En J.M. Brown y E.A. Campbell (Eds.), *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology* (pp. 683-689). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- González Ordi, H. (2005). *Informe interpretativo informatizado del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A): Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 393-415.
- González Ordi, H. y Gancedo Rojí, M. (1999). Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En A. Ruano, J. M. Muñoz Céspedes y C. Cid Rojo (Coords.), *Psicología de la Rehabilitación* (pp. 405-441). Madrid: Fundación MAPFRE-Medicina.
- González Ordi, H. y Gómez Segura, J. (2002). *Informe interpretativo informatizado del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2): Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2008). *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Comunicación presentada en la 29th Stress and Anxiety Reserch Society (STAR) Conference. Londres, 16-18 de Julio de 2008.
- González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría Fernández, P. y Fernández Marín, P. (2010). Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS en el contexto médico-legal. *eduPsykhé*, 9, 3-22.
- Gough, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.
- Graham, J.R., Watts, D. y Timbrook, R.E. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of Personality Assessment*, 57, 264-277.
- Greiffenstein, M.F., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Baker, W.J. (2008). Test of Memory Malingering and Word Memory Test: a new comparison of failure concordance rates. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 801-807.
- Green, P., Rohling, M.L., Lees-Haley, P.R. y Allen L.M., III. (2001). Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. *Brain Injury*, 15, 1045-1060.
- Greene, R.L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiscale personality inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*, 2º edición (pp. 169-207). New York: The Guilford Press.
- Greene, R.L. (2008). Malingering and defensiveness on the MMPI-2. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 159-181). Nueva York: Guilford Press.

- Greve, K.W., Ord, J.S., Bianchini, K.J. y Curtis, K.L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychological evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1117-1126.
- Hamilton, J.C. y Feldman, M.D. (2001). "Chest pain" in patients who are malingering. En J.W. Hurst y D.C. Morris (Eds.), *Chest pain* (pp. 443-456). Armork, NY: Futura Publishing Co.
- Hislop, H.J. y Perrine, J.J. (1967). Isokinetic concept of exercise. *Physical Therapy*, 47, 114-117.
- Huesa, F. y Carabias, A. (1999). Evaluación comparativa isométrica, isotónica e isocinética de la musculatura flexo extensora de columna lumbar en sujetos sanos y afectados de lumbalgia. *Mapfre Medicina*, 10, 213-218.
- Hutchinson, G.L. (2001). *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Iverson, G.L. (2003). Detecting malingering in civil forensic evaluations. En H.A. MacNeill Jr. y L.C. Hartlage (Eds.), *Handbook of forensic neuropsychology* (pp. 137-177). New York: Springer.
- Jensen, M.C., Brant-Zawadzki, M.N. y Obuchowski, N. (1994). Magnetic Resonance Imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine*, 331, 69-73.
- Kay, N.R. y Morris-Jones, H. (1998). Pain clinic management of medico-legal litigants. *Injury*, 29, 305-308.
- Kropp, P.R. y Rogers, R. (1993). Understanding malingering: motivation, method, and detection. En M. Lewis y C. Sarni (Eds.), *Lying and deception in everyday life* (pp. 201-216). New York: The Guilford Press.
- Kurcharski, L.T., Toomey, J.P., Fila, K. y Duncan, S. (2007). Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88, 25-32.
- Lange, R.T., Sullivan, K.A. y Scott, C. (2010). Comparison of MMPI-2 & PAI validity indicators to detect feigned depression and PTSD symptom reporting. *Psychiatry Research*, 176, 229-235.
- Langeluddecke, P.M. y Lucas, S. K. (2003). Quantitative measures of memory malingering on the Wechsler Memory Scale-third edition in mild head injury litigants. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 181-197.
- Larrabee, G.J. (2003a). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425.
- Larrabee, G.J. (2003b). Exaggerated MMPI-2 symptom report in personal injury litigants with malingered neurocognitive deficit. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 673-686.
- Leavitt, F. y Sweet, J.J. (1986). Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain. *Pain*, 25, 357-364.
- Lees-Haley, P.R. (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 745-755.
- Less-Haley, P.R., English, L.T. y Glenn, W.J. (1991). A fake bad scale on the MMPI-2 for personal-injury claimants. *Psychological Reports*, 68, 203-210.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B. y Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. 4ª edición. Oxford University Press.
- Lilienfeld, S.O. y Fowler, K.A. (2006). The self-report assessment of psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 107-132). New York: The Guilford Press.
- Lubin, B., Larsen, R.M. y Matarazzo, J.D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.
- Martens, M., Donders, J. y Millis, S.R. (2001). Evaluation of invalid response sets after traumatic head injury. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-18.
- McDermott, B.E. y Feldman, M.D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- Meyers, J.E., Millis, S.R. y Volkert, K. (2002). A validity index for the MMPI-2. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 157-169.
- Meyers, J.E. y Volbrecht, M.E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 261-276.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M. y Condit, D.C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.

- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Muñoz Céspedes, J.M. y Paúl Lapedriza, N. (2001). La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 32, 773-778.
- Nelson, N.W., Sweet, J.J. y Demakis, G.J. (2006). Meta-analysis of the MMPI-2 Fake Bad Scale: utility in forensic practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 39-58.
- Nichols, D.S. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Nicholson, R.A., Mouton, G.J., Bagby, R.M., Buis, T., Peterson, S.A. y Buigas, R.A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristics analysis. *Psychological Assessment*, 9, 471-479.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (versión en castellano: Madrid: Meditor, 2006).
- Piotrowski, C. (1998). Assessment of pain: A survey of practicing clinicians. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 181-182.
- Pope, K.S., Butcher, J.N. y Seelen, J. (1993). *The MMPI, MMPI-2 & MMPI-A in court. A practical guide for expert witnesses and attorneys*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª edición. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rees, L.M. (1996). *A test of memory malingering: A simulation study and clinical validation*. Tesis doctoral no publicada. Carleton University, Ottawa, Ontario (Canadá).
- Rees, L.M. y Tombaugh, T.N. (1996). *Validation of the Test of Memory Malingering (TOMM) using a simulation paradigm*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the International Neuropsychological Society, Chicago, Ill.
- Resnick, P.J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 130-152). 2ª edición. New York: The Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (2008a). An introduction to response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 3-13). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). Detection Strategies for Malingering and Defensiveness. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 14-35). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. y Bender, S. D. (2003). Evaluation of Malingering and Deception. En A. M. Goldstein (Ed.), *Handbook of Psychology. Vol. 11: Forensic Psychology* (pp.109-129). New Jersey: Wiley.
- Rogers, R. y Neumann, C.S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 71-82). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rogers, R., Gillis, J.R. y Bagby, R.M. (1990). The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- Rogers, R., Salekin, R.T., Sewell, K.W., Goldstein, A.M. y Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: a prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367.
- Rogers, R., Sewell, K.W. y Goldstein, A.M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18, 543-552.
- Rogers, R., Sewell, K.W., Morey, L.C. y Ustad, K.L. (1996). Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment*, 67, 629-640.
- Rosenberg, D. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglected*, 11, 547-563.
- Rosenfeld, J.P., Ellwanger, J.W., Nolan, K., Wu, S., Bermann, R.G. y Sweet, J. (1999). P300 scalp amplitude distribution as an index of deception in a simulate cognitive deficit model. *International Journal of Psychophysiology*, 33, 3-19.
- Rothke, S.E., Friedman, A.F., Jaffe, A.M., Greene, R.L., Wetter, M.W., Cole, P. y Baker, K. (2000). Normative data for the F(p) scale of the MMPI-2: implications for clinical and forensic assessment of malingering. *Psychological Assessment*, 12, 335-340.
- Samuel, R.Z., y Mittenberg, W. (2006). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12. Obtenido el 7 de Enero de 2008, de <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.asp?articleid=122>

- Sellbom, M. y Bagby, R.M. (2008). Response styles on multiscale inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and Deception* (pp. 182-206). 3ª edición. New York: The Guilford Press.
- Sellbom M, Toomey, JA, Wygant, DB y Kucharski, LT (2010). Utility of MMPI-2-RF (Reestructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-group design. *Psychological Assessment*, 22, 22-31.
- Schinka, J.A. y Borum, R. (1993). Readability of adult psychopathology inventories. *Psychological Assessment*, 5, 384-386.
- Slick, D.J., Sherman, E.M. e Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Slick, D.J., Tan, J.E., Strauss, E.H. y Hultsch, D.F. (2004). Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 465-473.
- Smith, G.P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. 3ª edición (pp.323-329). New York: The Guilford Press.
- Storm, J. y Graham, J.R. (2000). Detection of coached general malingering on the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 12, 158-165.
- Strong, D.R., Greene, R.L. y Schinka, J.A. (2000). A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings. *Psychological Assessment*, 12, 166-173.
- Sullivan, K. y King, I. (2010). Detecting faked psychopathology: a comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176, 75-81
- Tellegen, A. y Ben-Porath, Y.S. (2008). *MMPI-2-RF technical manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tombaugh, T.N. (1996). *Test of Memory Malingering*. North Tonawanda, NY: MHS.
- Vilar-López, R. (2009). La detección de simulación. En M. Pérez García (Coord.), *Manual de neuropsicología clínica* (pp. 283-302). Madrid: Pirámide.
- Vilar-López, R., Santiago-Ramajo, S., Gómez-Río, M., Verdejo-García, A., Llamas, J.M. y Pérez-García, M. (2007). Detection of malingering in a Spanish population using three specific malingering tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 379-388.
- Vitacco, M.J. (2008). Syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and Deception* (pp. 39-50). 3ª edición. New York: The Guilford Press.
- Waddel, G., McCullogh, J.A., Kummel, E. y Venner, R.M. (1980). Nonorganic physical sign in low back pain. *Spine*, 5, 117.
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz, FL: PAR: Psychological Assessment Resources.

Ficha 1.

Caso Clínico 1

Fuente: Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20, 255-263.

Historia Clínica: Se trata de una paciente mujer, 73 años. Es remitida a consulta para manejo del dolor crónico tras cirugía de columna lumbar (artrodesis y extracción de material de osteosíntesis, hueso cerámico L2-L4). No ha tolerado opiáceos y no obtiene mejoría con analgesia (pregabalina), rehabilitación, neuroestimulador, infiltraciones locales ni epidurales.

Comorbilidad: Presenta además diagnóstico de cuadro ansioso depresivo en tratamiento por psiquiatría con benzodiazepinas (alprazolam) y antidepresivos (sertralina), así como la siguiente sintomatología asociada: gastralgia inespecífica, cervicalgia y dorsalgia, anorexia, dolores en miembros superiores e insomnio.

Exploración física: Se trata de una paciente de 73 años, bien hidratada y perfundida, con un índice de masa corporal de 23, niega pérdida de peso (pese a la anorexia y la poca ingesta de alimento y bebida que refiere). Movilidad de columna lumbar correcta, con rangos articulares normales a excepción de los últimos grados que coincide con la cirugía previa. La columna cervical y dorsal son normales en la exploración.

Pruebas físicas: Aporta radiografías y resonancia magnética de columna lumbar con buenos reuntados de la cirugía en la imagen. Radiografía y resonancias magnéticas de columna cervical y dorsal normales para la edad de la paciente y gastroscopia y ecografía abdominal normales.

Pruebas de screening de simulación: Ante la inconsistencia de los síntomas/signos se evalúa mediante SIMS: Obtenemos puntuaciones totales de 32 y en las escalas de Deterioro Neurológico de 10, y trastornos afectivos de 10, datos que superan los puntos de corte para considerar la existencia de sospecha de simulación.

Evaluación mediante autoinforme: 1) *Dolor:* Refiere EVA de 9, En el cuestionario de *Mc Gill abreviado* la paciente describe el dolor como "terrible" y dibuja todas las áreas corporales como afectas por ese dolor. Nada mejora el dolor. 2) *Discapacidad:* a) *Registro de Actividades de la vida diaria (AVD)*, la paciente informa que acude semanalmente a la peluquería, semanalmente sale con las amigas, diariamente pasea entre una y dos horas, hace la comida, sale a la compra..., estos datos son inconsistentes con un cuadro depresivo y con una EVA de 9. b) *Índice de discapacidad de Oswestry:* puntúa 62% de incapacidad, encontrándonos en los ítems marcados inconsistencias claras en el tiempo que refiere que puede caminar, o estar sentado, al contrastarlo con la observación conductual y el registro de AVD. c) *PAI*, test multiescalar de personalidad: encontramos puntuaciones elevadas en Inconsistencia (escala de validez).

Observación conductual: La paciente se muestra muy reticente a la posibilidad de mejoría, en la exploración clínica presenta 4/5 de los *signos de Waddell*, se mantiene sentada la hora de consulta sin precisar cambio postural. Al movimiento no hay expresiones de dolor, se sube y baja de la camilla sin ayuda, sube y baja las escaleras.

Como conclusión: todas las inconsistencias desde diferentes métodos de evaluación convergen para el diagnóstico de simulación. Sin embargo, llamó la atención la avanzada edad de la paciente y la ausencia de un objetivo externo identificable aparente, por lo que se interrogó específicamente sobre ello encontrando que estaba pendiente de obtener una minusvalía.

Ficha 2.

Caso Clínico 2

Fuente: Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20, 255-263.

Historia clínica: Paciente mujer, de 46 años de edad. Víctima de los atentados del 11-M, fue accidente laboral. Las lesiones físicas que presentó entonces fueron hipertensión ocular, alteraciones auditivas, presión torácica y dolores musculares en hemicuerpo izquierdo. Presentó también un cuadro de ansiedad. En la actualidad se mantienen los dolores musculares y la ansiedad y está diagnosticada de fibromialgia vs dolores musculares inespecíficos, síndrome de fatiga crónica, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.

Está en tratamiento con cloracepato, paroxetina, pregabalina y tramadol clorhidrato sin mejoría.

Pruebas físicas: todas las pruebas de imagen y función aportadas eran normales, si bien llama la atención que no se pudo realizar RMN abierta por referir claustrofobia.

Pruebas de screening: Ante lo abigarrado del cuadro y la ausencia de datos objetivos se plantea SIMS, obteniendo las siguiente puntuaciones: Puntuación total: 27, Escala de deterioro neurológico:9, Escala de trastornos amnésicos:8, y Escala de Baja inteligencia: 4. Estas puntuaciones superan los puntos de corte establecidos y nos indican la existencia de un patrón de exageración de síntomas/ simulación.

Evaluación mediante autoinforme: 1) *Dolor:* a) En el *Cuestionario de Mc Gill abreviado*, la paciente informe de su dolor como cruel, terrible y mortificante, marcando todas las zonas corporales incluso faciales como zonas de dolor. b) *EVA:* puntúa en 7,5 en reposo y 10 con actividad. 2) *Evaluación de la discapacidad y el impacto de enfermedad.* a) *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ):* puntúa 69/100, (siendo 0 la mejor calidad de vida y la mayor capacidad funcional) b) *Escala de Intensidad de Fatiga:* Puntúa 7/7, es decir la máxima puntuación. c) *SF-36:* los datos obtenidos son:

Salud Física (SOBRE 100 LO MEJOR): Función Física 20, Rol físico: 0, Dolor Corporal: 32, Salud General: 30. Salud Mental: Vitalidad: 10, Función social: 22,5, Rol Emocional: 0, Salud Mental: 36. Transición de Salud: 25 y Puntuación global: 19,58. Observamos que SF-36 y FIQ no correlacionan y que las puntuaciones serían las correspondientes a una paciente con una severa incapacidad física y psicológica lo cual es inconsistente con el estilo de vida de la paciente, las AVD y la observación conductual. 3) *Evaluación para estrés postraumático.* Utilizamos la *Escala de Trauma de Davison*, con los siguientes resultados: Puntuación Total:126/136, Frecuencia:65/68 y Gravedad:59/68, es decir, la paciente presenta casi todos los síntomas posibles con una frecuencia prácticamente constante y una intensidad muy elevada. 4) *Estudio de la personalidad:* a) *SCL-90-R:* PDSI: pc 85, lo cual indica que la paciente maximiza respuestas, otro dato convergente para el diagnóstico de simulación. b) *MMPI-2:* puntuaciones que superan los puntos de corte para determinar la existencia de sospecha de simulación. F = T77, Fb= T73, K = T47, Índice F-K = +6, Es = T19, Índice abreviado de Meyers: 6.

Como objetivo externo esta paciente estaba en situación de Incapacidad transitoria 18 meses y en espera de paso por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) para la obtención de una Incapacidad Total.

Las diferentes fuentes de información, desde un estudio multimétodo, multisistema y multidisciplinar convergen para el diagnóstico de simulación de síntomas