



**Ayudas a la investigación 2009: Resultado del proyecto  
Estrategias de detección de  
simulación en lumbalgia crónica**

**Ayudas a la investigación 2009:**

Resultado del proyecto

**ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN  
DE SIMULACIÓN  
EN LUMBALGIA CRÓNICA**

Junio 2012

**FUNDACIÓN MAPFRE**



**Fuentes mixtas**

Producto proveniente de bosques bien gestionados y  
otras fuentes controladas

FUNDACIÓN MAPFRE - Paseo de Recoletos, 23  
28004 Madrid

[www.fundacionmapfre.com/salud](http://www.fundacionmapfre.com/salud)  
[fundacion.salud@mapfre.com](mailto:fundacion.salud@mapfre.com)

Impreso en LUFERCOMP, S.L.

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con las opiniones vertidas en este informe.

Se autoriza la reproducción total o parcial de la información contenida en el resultado de esta Ayuda a la investigación financiada por Fundación Mapfre, siempre que se cite su procedencia.

---

Para facilitar la lectura, se evita el uso continuo del duplicado de género (director/directora, profesor/profesora, educador/educadora, alumno/alumna, etc.). Así, cada vez que se hace referencia a director, profesor, etc. se entiende que se hace referencia a los dos géneros, sin que esto implique ningún tipo de consideración discriminatoria o de valoración peyorativa.

---

### **Investigador Principal**

Héctor González Ordi

*Dr. en Psicología. Profesor Universidad Complutense de Madrid*

### **Equipo de Investigación**

Pilar Capilla Ramírez

*Dra. en Psicología. Médico de Familia. FREMAP. Profesora Universidad Europea de Madrid*

Pablo Santamaría Fernández

*Licenciado en Psicología. Director de I+D TEA ediciones*

M<sup>a</sup> Isabel Casado Morales

*Dra. en Psicología. Profesora Universidad Complutense de Madrid*

# ÍNDICE

Presentación.....	9
Introducción.....	11
Resumen Ejecutivo.....	13
<b>1. Muestra.....</b>	<b>15</b>
1.1. Lumbalgia no litigante (n=15).....	15
1.2. Lumbalgia litigante (n=23).....	15
1.3. Lumbalgia Análogo (n=20).....	16
1.4. Controles (n=30).....	16
<b>2. Instrumentos.....</b>	<b>18</b>
2.1. Exploración física y pruebas médicas.....	18
2.2. Valoración Personal Vital y Autoeficacia Percibida.....	19
2.2.1. Valoración Personal Vital.....	19
2.2.2. Autoeficacia percibida.....	19
2.3. Valoración de la discapacidad.....	20
2.4. Valoración general del estado de salud y la calidad de vida.....	20
2.5. Patrones de exageración de síntomas.....	21
<b>3. Procedimiento.....</b>	<b>23</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>35</b>
5.1. Criterios clínicos de sospecha de simulación.....	36
5.2. Evaluación mediante autoinforme.....	36
<b>6. Anexos.....</b>	<b>39</b>
6.1. Referencias bibliográficas.....	39
6.2. Índice de figuras.....	44
6.3. Índice de tablas.....	44

## PRESENTACIÓN

El trabajo que se traslada en este informe es el resultado de una línea de investigación, financiada por FUNDACIÓN MAPFRE en la Convocatoria de Ayudas de 2009, centrada en la valoración del daño corporal, que trata sobre la detección de simulación de síntomas en patología dolorosa crónica. Se presentan los datos y el protocolo de actuación para la detección de la simulación en lumbalgia crónica, desde un enfoque multimétodo, multisistema y multidisciplinar.

Desde este mismo enfoque se han realizado, o se están realizando actualmente, investigaciones para la detección de la simulación de síntomas en otras patologías dolorosas cronicadas como fibromialgia y cervicalgia/esguince cervical.

La detección de la simulación, esto es, la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos, 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 psicológicas, evaluación conductual, etc. *La mejor práctica clínica implica el uso de criterios diagnósticos múltiples* en oposición a la utilización de un único test y de la utilización de enfoques evaluativos que incluyan la combinación de test especializados e indicadores de validez. Desde esta perspectiva se desarrolla esta línea de investigación que pretende ofrecer al profesional un arsenal de herramientas que le faciliten la dificultosa objetivación de la simulación de los síntomas.

Queremos agradecerles el esfuerzo que ha realizado el grupo liderado por Héctor González Ordi, junto con el equipo de investigación que ha participado en el proyecto: Pilar Capilla, Pablo Santamaría y M<sup>a</sup> Isabel Casado Morales. Estamos seguros de que su esfuerzo contribuirá a la mejora de la gestión diaria de la valoración del daño corporal.

FUNDACIÓN MAPFRE

## INTRODUCCIÓN

Se calcula que ocho de cada diez personas sufrirán dolor en la zona baja de la espalda al menos una vez en su vida [1]. El dolor de espalda o molestia lumbar actualmente es considerado como un síntoma, no como una enfermedad, tiene una etiología multifactorial y ocurre frecuentemente en toda la población, en todas las edades, en todos los estratos sociales y ocupaciones [2]. Cabe destacar que la etiología es inespecífica en el 80% de los casos [3]. Hablamos de dolor lumbar crónico cuando dura más de tres meses o, incluso, persiste una vez resuelta la lesión [4].

Al igual que ocurre en otros dolores crónicos, una de la principales diferencias entre la lumbalgia aguda y la crónica, es que en la segunda los factores cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales influyen de manera decisiva en el mantenimiento del dolor [5]. El dolor crónico de espalda se ha asociado frecuentemente a factores emocionales como la ansiedad y el estrés, la depresión, la ira y otros procesos psicológicos y psicosociales [6-13].

En la lumbalgia crónica, independientemente de que los factores causantes de la iniciación del dolor persistan o no, hay dos factores claves en la cronificación: 1) la evitación de las actividades de la vida diaria y 2) el miedo al dolor [14] [15]. La conducta de evitación de la actividad o de determinadas posturas es adaptativa en el caso de la patología aguda, pero deja de serlo cuando el dolor se cronifica [5]. Podemos afirmar, por tanto, que los factores psicosociales juegan un importante papel en la cronificación del dolor lumbar [16] [17]. Desde el Modelo Integral de Discapacidad, aplicado a los pacientes con lumbalgia crónica en el entorno laboral (entorno de compensación al trabajador), como predictor de discapacidad es más fiable el enfoque biopsicosocial que el modelo biomédico [18], ya que el primero incluye factores físicos/médicos, factores psicosociales, conducta de protección del dolor -considerado como el mejor predictor de discapacidad [19]- y factores referidos al puesto de trabajo, en especial la creencia por parte del paciente de que su trabajo está en peligro debido a la lesión.

Como vemos, el dolor de espalda crónico es un dolor complejo cuyo estudio y tratamiento debe abordarse desde un enfoque multidisciplinar. Por estas mismas razones el abordaje de la simulación ha de ser multimétodo, multisistema y multidisciplinar [20-22], ya que no toda exageración de síntomas es, en sí misma, simulación [23] [24]; por lo que no debe considerarse siempre como intento del paciente de presentar un patología falsa; esta exageración en la presentación de sus síntomas puede ser, también, efecto del aprendizaje y/o la experiencia.

El objetivo de este trabajo fue el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en patologías lumbalgia crónica, con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad, y elaborar un protocolo detallado de actuación para aquellos casos en los que el profesional de la salud implicado detecte la posibilidad de existencia de síntomas de simulación,

en especial en aquellos pacientes en los que el contexto social, laboral, familiar o personal hagan pensar en la obtención de beneficios económicos o eximentes laborales.

Adicionalmente, pretendemos elaborar perfiles diferenciales entre aquellos indicadores médicos y/o psicológicos que presenten una mayor capacidad predictiva del patrón de exageración de síntomas/simulación, basada en la validez predictiva: indicadores que mayor capacidad tengan para detectar simulación (sensibilidad), así como entre aquellos indicadores médicos y/o psicológicos que mayor capacidad tengan para excluir no simulación (especificidad).



## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en lumbalgia crónica, con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad, y elaborar un protocolo detallado de actuación para aquellos casos en los que el profesional de la salud implicado detecte la posibilidad de existencia de síntomas de simulación, en especial en aquellos pacientes en los que el contexto social, laboral, familiar o personal hagan pensar en la obtención de beneficios económicos o eximentes laborales.

La muestra del estudio estaba compuesta por 88 participantes, divididos en cuatro grupos: lumbalgia no litigante (n=15), lumbalgia litigante (n=23), lumbalgia análogo (n=20) y grupo control (n=30). Se les administra una batería de pruebas médicas y psicológicas, que incluyen diversas pruebas médicas complementarias, escala de valoración personal vital, escala de autoeficacia percibida, Índice de discapacidad de Oswestry - IDO, Índice de Discapacidad Crónica de Waddell - IDC, Cuestionario de Salud SF-36, Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS y Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada - MMPI-2-RF.

Se presentan datos referidos a diferencias entre grupos y validez predictiva de los instrumentos utilizados y se propone un protocolo de actuación para la detección de la simulación en función del el perfil diferencial obtenido entre los pacientes no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación.

## 1. MUESTRA

Se trata de una muestra incidental compuesta por 88 personas con edades comprendidas entre 24 y 63 años, de los cuales 30 eran casos control y 58 casos de lumbalgia.

Nos planteamos estudiar la lumbalgia crónica en función de tres condiciones posibles características de este tipo de estudios [20] y [22]: pacientes no litigantes (Clínicos sin situación de ITCC) a los que se denominará grupo de “lumbalgia no litigante”, pacientes litigantes con sospecha clínica de simulación (Clínicos en situación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes – ITCC) a los que se denominará grupo de “lumbalgia litigante” y sujetos sanos que actuaran como simuladores análogos a los que se denominará “lumbalgia análogo”; adicionalmente, incluimos un grupo de personas sanas sin patología dolorosa diagnosticada, que servirá como grupo control.

### 1.1. Lumbalgia no litigante (n=15)

Constituido por pacientes que presentan lumbalgia crónica diagnosticada en el Sistema Público de Salud y no se encuentren en situación de Incapacidad Temporal y sin un beneficio externo manifiesto.

### 1.2. Lumbalgia litigante (n=23)

Constituido por pacientes con lumbalgia crónica, diagnosticados en Sistema Público de Salud y en Seguimiento por Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en FREMAP Madrid. En este grupo se incluyeron pacientes que generaron sospecha clínica de simulación por presentar las siguientes características:

1. Existencia de beneficio externo: percepción de una retribución económica estando en situación de incapacidad temporal (IT) y/o pendientes de valoración por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) con el fin de obtener una incapacidad permanente (IP).
2. Sospecha clínica de simulación de, al menos, un profesional de la salud implicado en su tratamiento (médico o fisioterapeuta).
3. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMN y EMG) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente. No se encuentra evidencia física en la exploración física y pruebas de imagen y función que justifiquen el dolor y discapacidad referidos por el paciente. Como se ha señalado anteriormente, no existen pruebas médicas diagnósticas de fibromialgia.

4. Cumplen al menos 3 de los 5 signos de Waddel, como criterio discriminante de sospecha clínica [25].
5. Baja adherencia a las prescripciones médicas.
6. La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada.
7. Escasos o nulos avances terapéuticos

### 1.3. Lumbalgia Análogo (n=20)

Con el objetivo de explorar el perfil de sujetos que supiéramos a ciencia cierta que estaban mintiendo, presentando su peor imagen posible, incluimos un grupo de simuladores análogos, que estaba constituido por sujetos adultos sanos a los que se les instruirá deliberadamente para que mintieran y simulasen síntomas consistentes con el diagnóstico de lumbalgia crónica. El empleo de grupos análogos en el estudio empírico de la simulación está ampliamente documentado [22], y presenta una elevada validez interna (sabemos que nos mienten porque les pedimos que lo hagan) pero una menor validez externa (no presentan patología real). Las instrucciones que recibieron los sujetos simuladores análogos para la realización de las diferentes pruebas de autoinforme fueron las siguientes:

*“A continuación vas a responder a una prueba de evaluación psicológica. Imagina que para acceder a una serie de ventajas económicas y laborales o conseguir un subsidio o pensión afirmas que te encuentras psicológica y físicamente muy afectado porque sufres dolores intensos en la parte baja de la espalda, que te impiden estar sentado en la misma posición mucho tiempo, coger pesos excesivos o hacer movimientos bruscos o intensos; por lo que, te resulta muy difícil moverte y desplazarte a trabajar y, una vez en tu puesto de trabajo, mantener la concentración y la eficacia durante mucho tiempo, debido a que el dolor va siendo cada vez más intenso a medida que transcurre el día. Nos gustaría que contestes a la prueba sin perder de vista esta intención, pero tratando de que las respuestas sean lo más convincentes posibles, es decir, sin que puedan detectar que estás mintiendo”.*

### 1.4. Controles (n=30)

Constituido por sujetos adultos sanos (sin patología dolorosa crónica diagnosticada), reclutados mediante el método de “bola de nieve” entre los padres de los alumnos de últimos cursos y postgrado de la UCM.

En la tabla 1 puede verse la distribución por sexo y edad en cada uno de los grupos. Los casos que constituyen esta muestra incidental se han obtenido principalmente de la Universidad Complutense de Madrid y de FREMAP, Mutua de AT y EP nº 61 de la SS.

TABLA 1. Estadísticos descriptivos de sexo y edad de cada uno de los grupos				
	<b>N</b>	<b>% mujeres</b>	<b>Edad media (dt)</b>	<b>Rango de edad</b>
Lumbalgia litigante	23	73,9	43,8 (9)	27-59
Lumbalgia no litigante	15	20,0	45,4 (9,4)	24-63
Lumbalgia análogo	20	55,5	42,7 (10,4)	24-62
Control	30	43,3	48,8 (7,4)	33-61
<b>Total</b>	<b>88</b>			

Cabe señalar que existen ciertas diferencias en cuanto al porcentaje de mujeres en los distintos grupos, ya que los grupos de litigantes y análogos tienen porcentajes de mujeres del 73,9 y el 55,5% respectivamente, frente al 20% de las mujeres en el grupo no litigante.

## 2. INSTRUMENTOS

A los participantes del estudio se les administró una batería de pruebas y técnicas médico-psicológica dividida en cinco grandes apartados:

1. Exploración física y pruebas médicas.
2. Valoración Personal Vital y Autoeficacia Percibida.
3. Valoración de la discapacidad producida por la lumbalgia
4. Valoración general del estado de salud y la calidad de vida.
5. Patrones de exageración de síntomas.

A continuación se describen los distintos instrumentos y técnicas que conformaban la batería médico-psicológica de este estudio.

### 2.1. Exploración física y pruebas médicas

Todos los pacientes con lumbalgia crónica (litigantes y no litigantes), habían sido estudiados mediante las siguientes pruebas físicas:

1. **Exploración física:** 1) Dismetrías de miembros inferiores, 2) Alteraciones del eje (escoliosis o cifosis), 3) Balance muscular (Bm), 4) Balance articular activo (Ba a), 5) Balance articular pasivo (Ba p), 6) Existencia de signos de compromiso radicular (reflejos osteotendinosos-ROT, claudicación a la marcha de talones-puntillas, alteraciones de la sensibilidad en miembros inferiores (MMII) y existencia de amiotrofias musculares en MMII). Adicionalmente en el caso de los pacientes litigantes se exploraron los signos de Waddel.
2. **Pruebas de imagen:** 1) Radiografías anteroposterior (AP) y lateral (L) de columna lumbar y 2) Resonancia Magnética de columna lumbar (RM)
3. **Pruebas de función:** Electromiograma (EMG) de inserción en aquellos pacientes que referían ciática.

Para la inclusión en la muestra de lumbalgia crónica los pacientes debían cumplir los siguientes requisitos:

1. Exploración física normal
2. En el caso de los pacientes litigantes cumplir, al menos 3 de los 5 signos de Waddel, como criterio discriminante de sospecha clínica [25].

3. Radiografía AP y L. normales de columna lumbar
4. EMG sin signos clínicos de afectación radicular.
5. RM sin lesiones que justificaran la clínica dolorosa cronificada que presentaban los pacientes.

## 2.2. Valoración personal vital y autoeficacia percibida

### 2.2.1. Valoración Personal Vital

Con el fin de evaluar la percepción que los participantes tenían de su vida cotidiana, elaboramos un instrumento de screening específicamente para esta investigación que constaba de siete ítems con un formato de respuesta escalar (1= muy mala y 5= muy buena), que preguntaban acerca de el grado de satisfacción con su pareja, situación social, familiar, laboral, sexual y salud física y psicológica, tal y como puede observarse en la figura 1. La puntuación total que oscila entre 7 y 35 puntos, siendo 7 la peor valoración personal posible. Se puede obtener también una puntuación promediada con un rango de 1 a 5, siguiendo la misma escala de respuesta, 1 = muy mala a 5 = muy buena.

FIGURA 1. Escala de Valoración Personal Vital

**Valoración personal.** Lea las siguientes frases y conteste con una "x" en la casilla que se ajuste mejor a usted, siendo 1=muy mala, 2=mala, 3=normal, 4=buena y 5=muy buena

Frases	1	2	3	4	5
Mi situación de pareja en los últimos tiempos es					
Mi situación social en los últimos tiempos es					
Mi vida familiar en los últimos tiempos es					
Mi vida laboral en los últimos tiempos es					
Mi vida sexual últimamente es					
Mi salud física últimamente es					
Mi estado psicológico últimamente es					

### 2.2.2. Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida se evaluó mediante la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General - EAG de Baessler y Schwarzer [26]. La EAG es una escala de diez ítems que exploran la

capacidad percibida para resolver problemas, asumiendo que si el individuo se cree capaz de resolver eficazmente un problema, se mostrará más inclinado a actuar y se sentirá más confiado en sus propias posibilidades. El formato de respuesta es escalar donde 1 = incorrecto y 4 = totalmente cierto. El rango de respuestas oscila entre 10 y 40, siendo diez el menor nivel de autoeficacia percibida. Presenta una aceptable consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = .81). Se puede obtener también una puntuación promediada con un rango de 1 a 4, siguiendo la misma escala de respuesta, 1 = baja autoeficacia a 4 = alta autoeficacia.

### 2.3. Valoración de la discapacidad

El Índice de Discapacidad de Oswestry – IDO [27], permite evaluar el impacto del dolor lumbar en las actividades de la vida cotidiana. Florez-García et al. [28] informan que el IDO posee una buena consistencia interna en su adaptación al castellano ( $\alpha$  de Cronbach de .86) y Borrego Jiménez et al. [29] confirman y mejoran este resultado, informando de un  $\alpha$  de Cronbach de .89. Esta es una prueba que proporciona valores en porcentajes de incapacidad. En este sentido, valores iguales o mayores al 80% sugieren la posibilidad de exageración de síntomas, lo que exige una valoración más pormenorizada de la existencia de simulación.

El Índice de Discapacidad Crónica de Waddell – IDC [30], evalúa si una actividad cotidiana concreta se ha visto reducida, si se evita o si se necesita ayuda como consecuencia del dolor lumbar. El IDC de Waddell correlaciona con el IDO, lo que puede resultar útil para valorar la inconsistencia de respuestas del paciente simulador a través de pruebas diferentes [30] y [31].

### 2.4. Valoración general del estado de salud y la calidad de vida

Para la valoración general del estado de salud y la calidad de vida se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 [32]. Este instrumento está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de salud, repartidos en 8 escalas que miden: 1-Función física. 2-Rol físico. 3-Dolor Corporal. 4-Salud General. 5-Vitalidad. 6-Función social. 7-Rol emocional. 8-Salud mental, y un ítem de transición de salud. Las escalas están ordenadas de forma que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Es uno de los instrumentos más usados a nivel nacional tanto como medida descriptiva del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, como instrumento de evaluación de diferentes procedimientos terapéuticos y como referencia para validar nuevos instrumentos de medición. Diversos estudios con diferentes muestras han demostrado que posee una consistencia interna superior a  $\alpha$  de Cronbach de .80 y una fiabilidad test-retest, a seis meses, entre .60 y .90 [33]. En este estudio se ha tenido en cuenta solamente la puntuación total en el SF-36.

## 2.5. Patrones de exageración de síntomas

Para la exploración de los posibles patrones de exageración de síntomas entre los grupos del estudio, se utilizaron dos instrumentos de autoinforme adaptados al castellano distintos pero convergentes, ampliamente conocidos en el campo de la simulación: el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada – MMPI-2-RF [34] y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS [35].

El MMPI-2-RF es una nueva versión del MMPI compuesta por 338 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, seleccionados de entre los 567 ítems originales del MMPI-2. Está compuesto por 42 escalas sustantivas que se engloban en cuatro grandes categorías (escalas de segundo orden, escalas clínicas reestructuradas, escalas de problemas específicos, escalas de intereses y las cinco de personalidad psicopatológica) y por 8 escalas de validez que abarcan la detección de patrones inconsistentes de respuestas, exageración de síntomas y minimización o disimulación. En este estudio se han tenido en cuenta solamente las escalas de validez sensibles a la exageración de síntomas [36]:

F-r (Infrecuencia): evalúa la tendencia del individuo a dar respuesta infrecuentes y con baja probabilidad de ocurrencia en la población normal.

Fp-r (Psicopatología infrecuente): evalúa la tendencia del individuo a mostrar respuestas infrecuentes, bizarras o con baja probabilidad de ocurrencia en la población psiquiátrica.

Fs (Quejas somáticas infrecuentes): evalúa la tendencia a presentar diversas quejas somáticas y cognitivas infrecuentes en pacientes en tratamiento médico.

FBS-r (Validez de los síntomas): evalúa la tendencia a la exageración de diversas quejas somáticas y cognitivas.

RBS (Escala de sesgo de respuesta): evalúa la tendencia a la exageración de problemas de memoria [37].

El SIMS es un instrumento de evaluación mediante autoinforme que consta de 75 ítems con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, administrándolo aisladamente o formando parte de una batería de evaluación más completa, tanto en contextos clínicos como medicolegales 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.
5. **Trastornos Afectivos (Ta):** 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 [35]. 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 [35].

Un resumen de los instrumentos de autoinforme aplicados en esta investigación puede verse en la tabla 2.

TABLA 2. Instrumentos de autoinforme utilizados en la investigación		
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	FUENTE
<b>Valoración Personal Vital</b>	Grado de satisfacción con diferentes aspectos de la vida cotidiana.	Ad Hoc para la investigación.
<b>Autoeficacia Percibida</b>	Capacidad percibida para resolver problemas de forma eficaz y autoconfianza personal.	Baessler y Schwarzer (1996)
<b>Índice de Discapacidad de Oswestry – IDO</b>	Impacto del dolor lumbar en las actividades de la vida cotidiana.	Fairbank, Davies, Couper y O'Brien (1980).
<b>Índice de Discapacidad Crónica de Waddel - IDC</b>	Discapacidad para la actividad cotidiana como consecuencia del dolor lumbar	Waddel, Bircher, Finlayson y Main (1984).
<b>Cuestionario de Salud SF-36</b>	Impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida.	Alonso, Prieto y Antó (1995).
<b>Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada – MMPI-2-RF</b>	Escalas de exageración de síntomas	Ben-Porath y Tellegen (2009)
<b>Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS</b>	Exageración de síntomas	González Ordi y Santamaría Fernández (2009)

### 3. PROCEDIMIENTO

Tras la lectura y aceptación del consentimiento informado, se procedió a aplicar a los sujetos del estudio dos sesiones de evaluación la siguiente batería de pruebas físicas y psicológicas: Sesión 1: Exploración física y pruebas médicas y Sesión 2: Instrumentos de autoinforme (Tabla 2).

### 4. RESULTADOS

La obtención de los resultados de nuestro estudio se desarrolló de la siguiente manera:

1. Estimación la fiabilidad de las pruebas aplicadas a las muestras de nuestro estudio mediante el cálculo de la consistencia interna a través del  $\alpha$  de Cronbach.
2. Análisis de varianza unifactorial entre las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos en relación a la Valoración Personal Vital, la Autoeficacia Percibida, las escalas de discapacidad (IDO e IDC), el impacto sobre la salud (SF-36) y los patrones de exageración de síntomas del MMPI-2-RF y el SIMS. Para ello se ha comprobado previamente el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene en cada uno de los casos. El estadístico de contraste post hoc utilizado ha sido la Diferencia Honestamente Significativa o HDS de Tukey, que permite comparaciones múltiples cuando se quiere comparar un grupo con todos los demás, manteniendo bajo el error tipo I o falso positivo.
3. Cálculo del tamaño del efecto de las diferencias encontradas mediante la  $d$  de Cohen. El tamaño del efecto informa de cuánto de grande es la diferencia existente entre dos grupos. Una vez que sabemos que una diferencia es significativa (es decir, es real y no debida al azar) cabe preguntarse cuál es su magnitud, su tamaño. Cohen (1988) sugirió como guía de interpretación de dichos tamaños los siguientes criterios: valores de  $d$  entre 0,20 y 0,49 son considerados como pequeños; valores entre 0,50 y 0,79 como moderados y valores de 0,80 y superiores como grandes. No obstante, Rogers [38] sugirió que en el contexto concreto de valoración de la capacidad discriminativa de instrumentos de simulación se emplearan criterios más exigentes: valores de  $d$  entre 0,75 y 1,24 son considerados moderados; valores entre 1,25 y 1,50 como grandes y valores superiores a 1,50 como muy grandes.
4. Análisis de la validez predictiva de las variables discriminantes obtenidas en el paso 3 y 4, mediante la obtención de la curva característica del receptor (COR), los valores del área bajo la curva y los puntos de corte para determinar la sensibilidad y especificidad por pruebas y patologías en no litigantes versus litigantes.

Los análisis de varianza unifactoriales, las pruebas post hoc y las curvas COR se han realizado utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.0. Para el cálculo de la *d* de Cohen se ha empleado el programa informático facilitado por la UCCS (University of Colorado, Colorado Springs) a tal efecto y disponible en su página web <http://www.uccs.edu/~faculty/lbecker/>.

Las escalas y subescalas que presentan diferencias entre medias estadísticamente significativas entre los distintos grupos son las escalas de Valoración Personal Vital (VP), Autoeficacia Percibida (AP), las puntuaciones medias totales en el Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO), el Índice de Discapacidad Crónica de Waddell (IDC) y el Cuestionario de Salud SF-36; así mismo, también presentan diferencias estadísticamente significativas la puntuación Total y las escalas de Deterioro neurológico (Dn) y Trastornos Afectivos (Ta) del SIMS y las subescalas de Validez de los Síntomas (FBS-r) y Sesgos de Respuestas (RBS) del MMPI-2-RF. Ver tabla 3.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos, ANOVA, pruebas post hoc (HSD de Tukey) y tamaño de las diferencias (d de Cohen) en las distintas escalas y subescalas que presentan diferencias significativas entre grupos

Escala/Subescala	Descriptivos por Grupos					ANOVA (Grupos Lumbalgia)			HDS de Tukey (significación estadística)			d de Cohen	
	Lumbalgia Litigante (LL)	Lumbalgia litigante (LNL)	Lumbalgia Análogo (LA)	Control	F	G.L.	P	LNL vs LL	LL vs LA	LNL vs LA	LL vs LNL	LA vs LNL	
<b>VP†</b>	2,5 (0,65)	3,6 (0,56)	2,7 (0,89)	3,5 (0,64)	11,87	2	0,001	0,001	0,536	0,002	1,89***	1,21***	
<b>APT</b>	2,4 (0,78)	3,0 (0,35)	2,5 (0,59)	2,9 (0,65)	4,66	2	0,014	0,015	0,942	0,042	1,06*	1,15*	
<b>IDO-Total</b>	25,4 (7,03)	15,4 (14,6)	31,8 (6,9)	-----	29,97	2	0,001	0,001	0,020	0,001	0,97***	1,55***	
<b>IDC-Total</b>	6,7 (2,06)	2,4 (2,29)	7,6 (1,95)	-----	27,49	2	0,001	0,001	0,471	0,001	2,02***	2,53***	
<b>SF-36-Total</b>	29,3 (14,81)	69,6 (16,06)	24,2 (18,35)	-----	38	2	0,001	0,001	0,570	0,001	2,70***	2,68***	
<b>SIMS - Total</b>	16,2 (8,07)	7,5 (3,31)	19,2 (6,19)	7,3 (3,04)	14,36	2	0,001	0,001	0,307	0,001	1,35***	2,35***	
<b>SIMS - Dn</b>	4,3 (3,26)	0,8 (1,08)	5,7 (2,67)	0,7 (0,92)	14,77	2	0,001	0,001	0,202	0,001	1,35***	2,37***	
<b>SIMS - Ta</b>	7,0 (2,57)	3,9 (1,55)	8,6 (2,5)	3,8 (1,82)	14,77	2	0,001	0,001	0,055	0,001	1,40***	2,30***	
<b>MMPI-2-RF - FBSr</b>	66,2 (11,0)	52,1 (11,5)	66,4 (15,1)	-----	6,54	2	0,003	0,006	0,999	0,006	1,26**	1,06*	
<b>MMPI-2-RF - RBS</b>	74,7 (32,2)	44,5 (18,4)	72,1 (28,1)	-----	6,08	2	0,004	0,005	0,951	0,014	1,19**	1,16*	

## Notas:

VP = Valoración Personal Vital; AP = Autoeficacia Percibida; IDO = Índice de Discapacidad de Oswestry; IDC = Índice de Discapacidad Crónica de Waddell; SF-36 = Cuestionario de Salud SF-36; SIMS-total = Puntuación total en el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS; SIMS-Dn = Escala de Deterioro Neurológico del SIMS; SIMS-Af = Escala de Trastornos Afectivos del SIMS; MMPI-2-RF-FBSr = Escala de Validez de los Síntomas del MMPI-2-RF; MMPI-2-RF = Escala de Sesgos de Respuesta en el MMPI-2-RF. LL=Lumbalgia Litigante; LNL=Lumbalgia No Litigante; LA=Lumbalgia Análogo.

† Valoración personal total promediada: 1 muy mala - 5 muy buena; Autoeficacia Percibida total promediada (1= baja autoeficacia; 4= alta autoeficacia).

Las pruebas IDO, IDC, SF-36 y MMPI-2-RF se administraron solamente a los grupos de lumbalgia.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

El primer aspecto a señalar tiene que ver con la estimación de la fiabilidad de las pruebas utilizadas en nuestro estudio a través de la consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach). En la tabla 4 aparecen reflejados los valores de los  $\alpha$  para cada prueba.

TABLA 4. Consistencia interna de las escalas y subescalas significativas	
	Alfa de Cronbach
Valoración personal (VP)	0,89
Autoeficacia percibida (AP)	0,94
IDO (Total)	0,93
IDC (Total)	0,89
SF-36 (Total)	0,97
SIMS – Total	0,87
SIMS – Dn	0,83
SIMS – Ta	0,67
MMPI-2-RF FBS-r	0,86
MMPI-2-RF RBS	0,83

Como puede observarse, el instrumento de valoración personal vital, creado *ad hoc* para el estudio, presenta una buena fiabilidad, 0,89. La Escala de Autoeficacia General arroja una excelente fiabilidad, 0,94, superior a la aportada en la adaptación española, 0,81 [26]. La fiabilidad mostrada en nuestro estudio del IDO, 0,93, es excelente y superior a los valores informados en estudios anteriores [28] y [29]. Nuestros datos señalan que el IDC también presenta una buena consistencia interna, 0,89. El SF-36 se comporta excelentemente bien en nuestro estudio, con una fiabilidad de 0,97, con valores superiores a los señalados por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo [33]. La consistencia interna del total y las subescalas del SIMS sensibles en este tipo de patologías es de moderada a buena. Las escalas de validez sensibles a la exageración de los síntomas del MMPI-2-RF presentan buenos valores en cuanto a su fiabilidad se refiere.

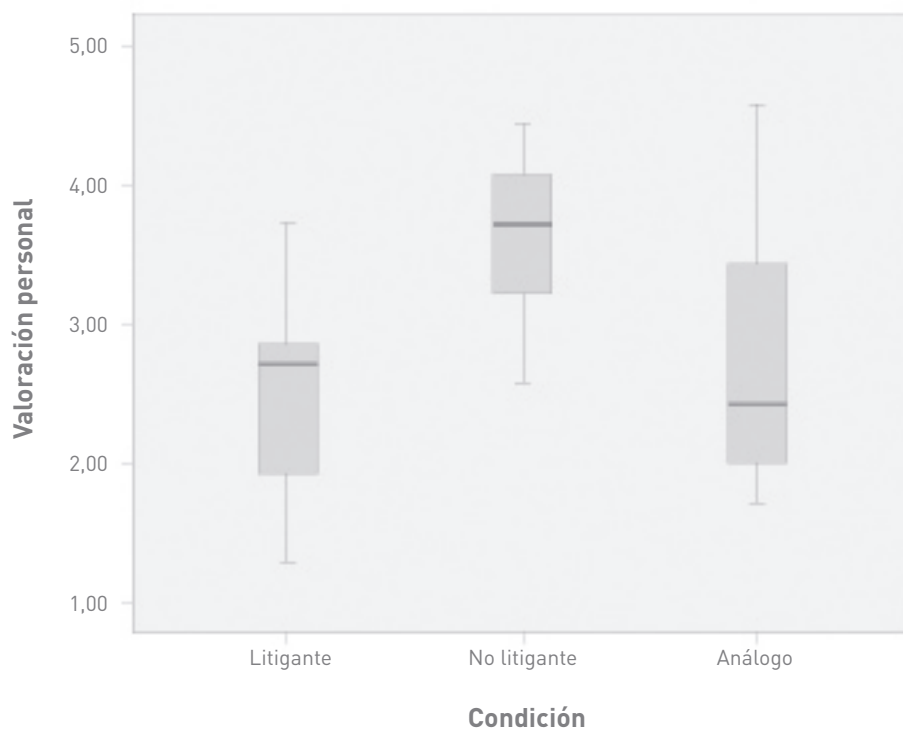
Respecto a las diferencias entre medias que pueden verse en la tabla 3, los ANOVA reflejan que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las variables consideradas en este estudio. Los análisis *post hoc* (HDS de Tukey) indican que las puntuaciones obtenidas por el grupo de pacientes no litigantes difiere significativamente tanto del grupo de pacientes litigantes como del grupo análogo; sin embargo, estas últimas dos condiciones, litigante y análogo no difieren entre sí, excepto para la puntuación total de la Escala de Discapacidad de Oswestry, donde sí se encuentran diferencias significativas. El tamaño del efecto de las diferencias (d de Cohen) en las comparaciones entre litigante versus no litigante y análogo versus no litigante oscila entre valores moderados a muy grandes, siguiendo los criterios de Rogers [38].

En cuanto a la valoración personal general de su situación vital y la autoeficacia percibida, los pacientes con lumbalgia litigantes presentan significativa y discriminantemente una peor valoración personal de su situación vital ( $d$  de Cohen =1,89,  $p < 0,001$ ) y, en menor medida, una menor autoeficacia percibida ( $d=1,06$ ,  $p < 0,05$ ) que los no litigantes, pero puntúan de forma similar a los análogos, a los que se instruyó para que mintieran deliberadamente a tal efecto, tal y como puede observarse también en los diagramas de cajas y bigotes de la figura 2.

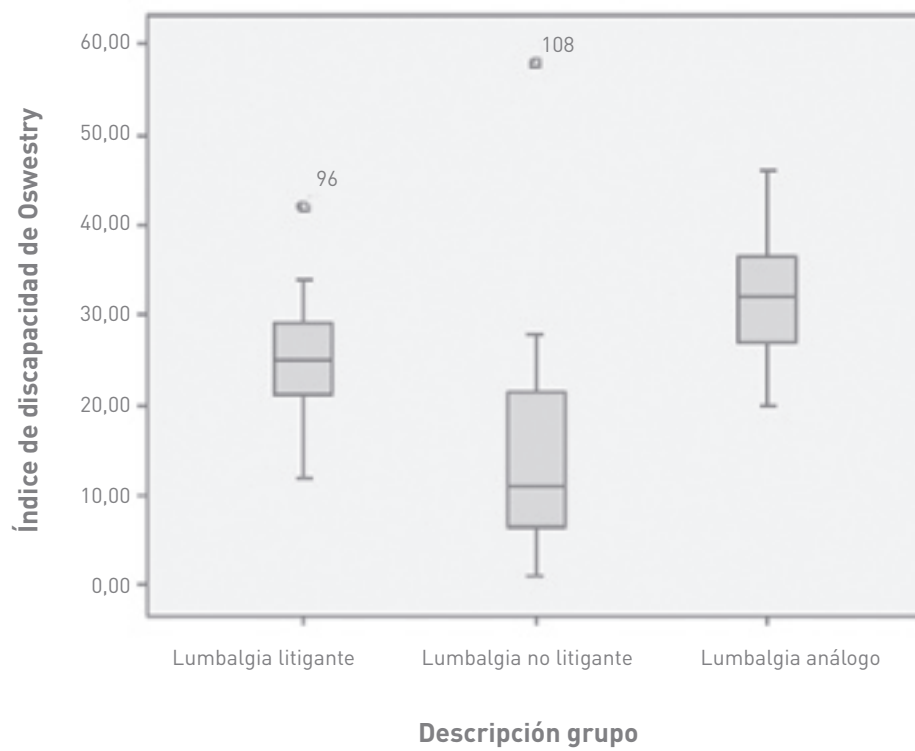
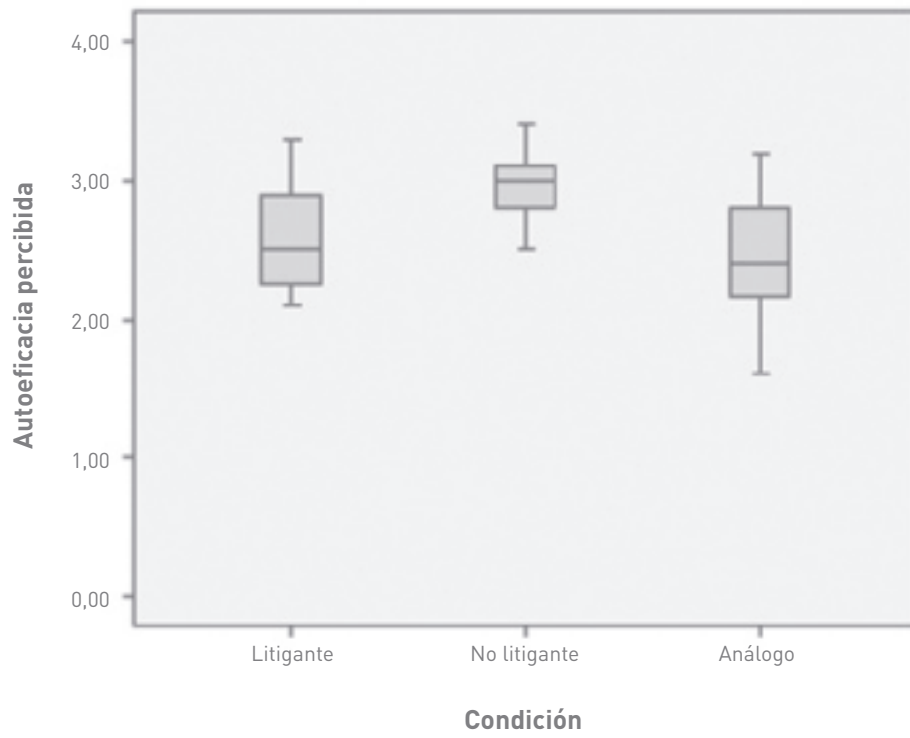
Se encontraron diferencias discriminantes con tamaños del efecto muy grande para el IDC ( $d=2,02$ ,  $p < 0,001$ ) y moderado para el IDO ( $d=0,97$ ,  $p < 0,001$ ) entre lumbalgia litigante y no litigante. Estos tamaños del efecto son mayores entre los grupos de lumbalgia análogos y no litigante. Tanto la información proporcionada por el IDC como por el IDO nos indican que los litigantes autoinforman de una mayor discapacidad en las actividades de la vida cotidiana que los no litigantes, de forma similar a los análogos (en el IDC), a los que se les pidió que mintieran deliberadamente a tal efecto. Es importante señalar además, que el IDO es la única escala donde el grupo análogo mostró diferencias significativas con el grupo litigante, presentando las mayores puntuaciones en discapacidad. Ver figura 2.

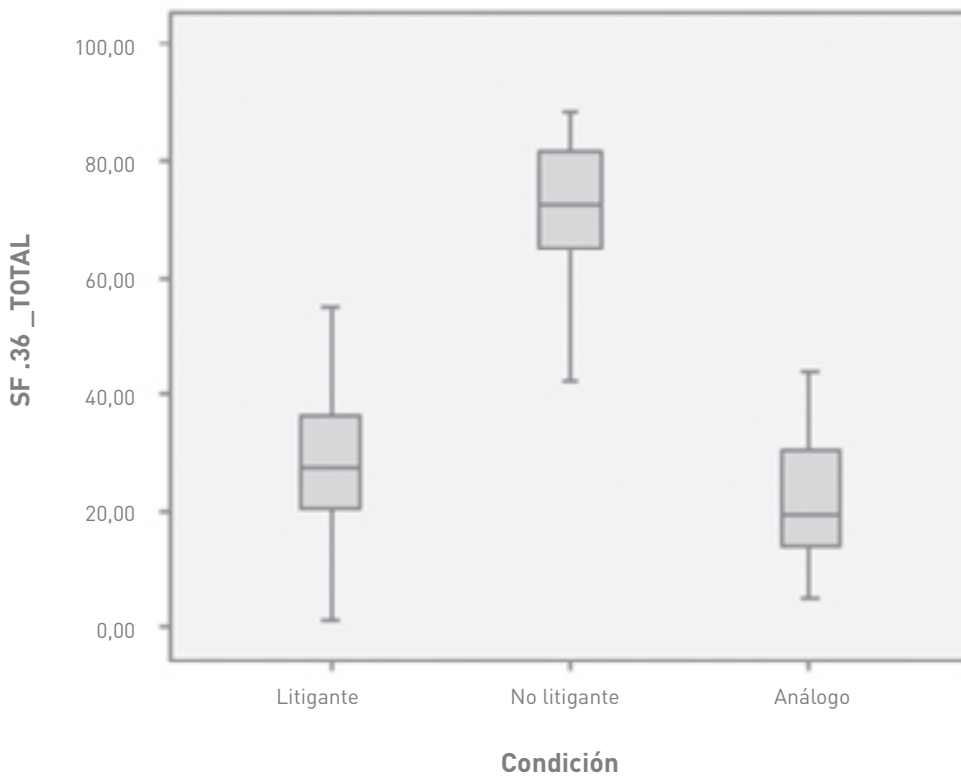
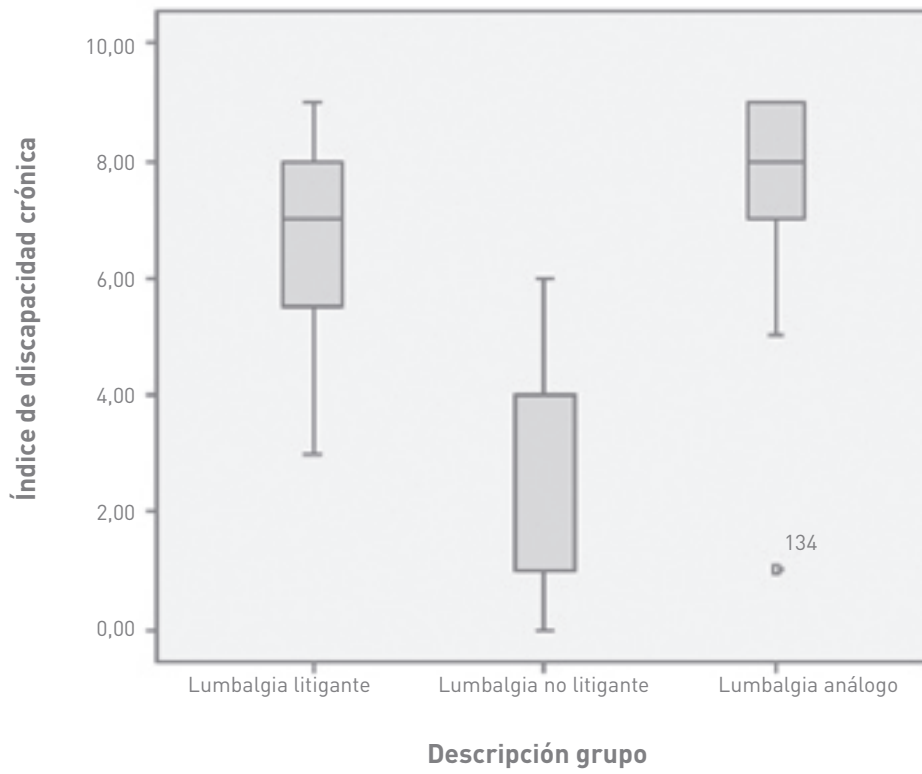
Respecto a las diferencias entre medias encontradas para la valoración general del estado de salud y la calidad de vida, se obtuvieron diferencias discriminantes muy grandes entre litigantes y no litigantes ( $d=2,70$ ,  $p < 0,001$ ) y no litigantes análogos ( $d=2,68$ ,  $p < 0,001$ ). Los litigantes se autopresentan con un peor estado de salud que los no litigantes, de forma similar al grupo de análogos, a los que se les pidió que mintieran específicamente sobre su estado de salud (Figura 2).

FIGURA 2. Diagramas de cajas y bigotes de las puntuaciones en Valoración Personal Vital, Autoeficacia Percibida, IDO, IDC y SF-36 para lumbalgia litigante, lumbalgia no litigante y lumbalgia análogo, respectivamente.



4. Resultados



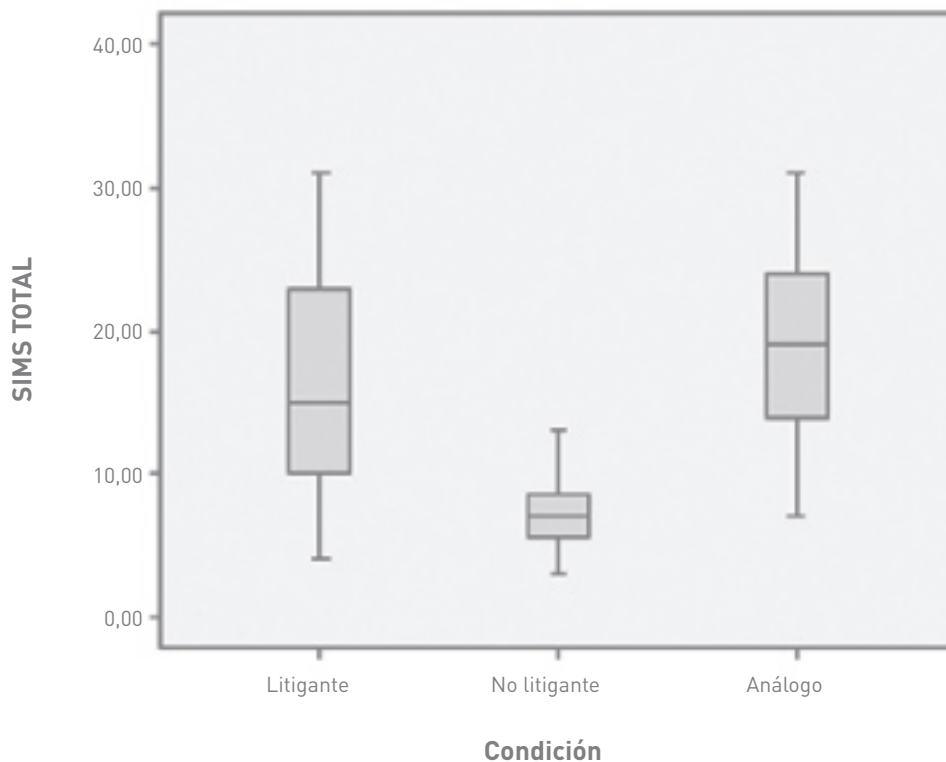


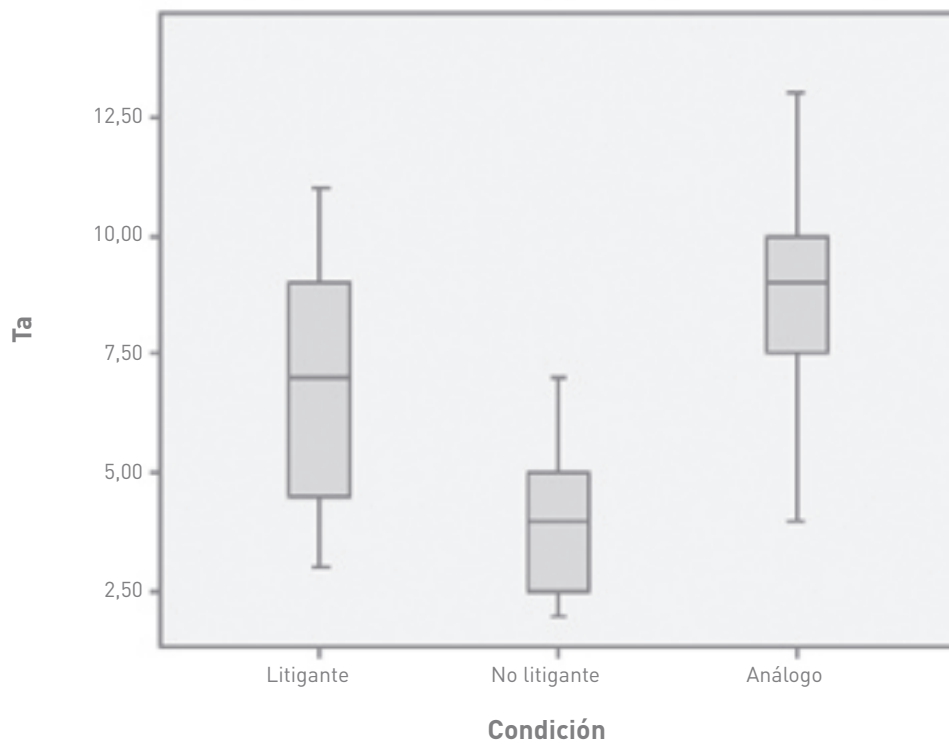
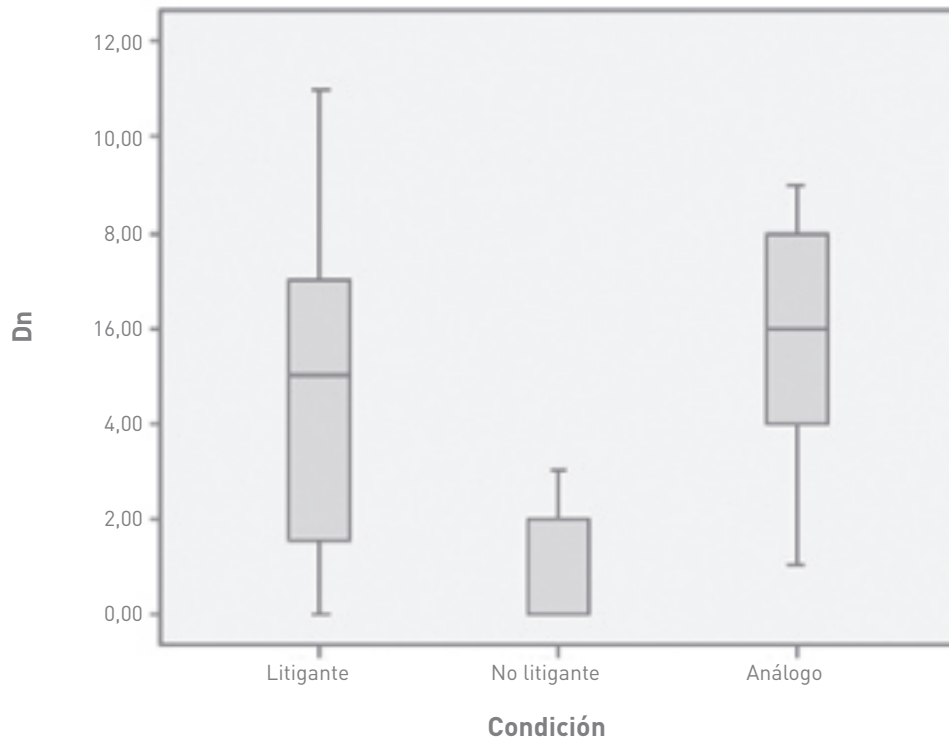


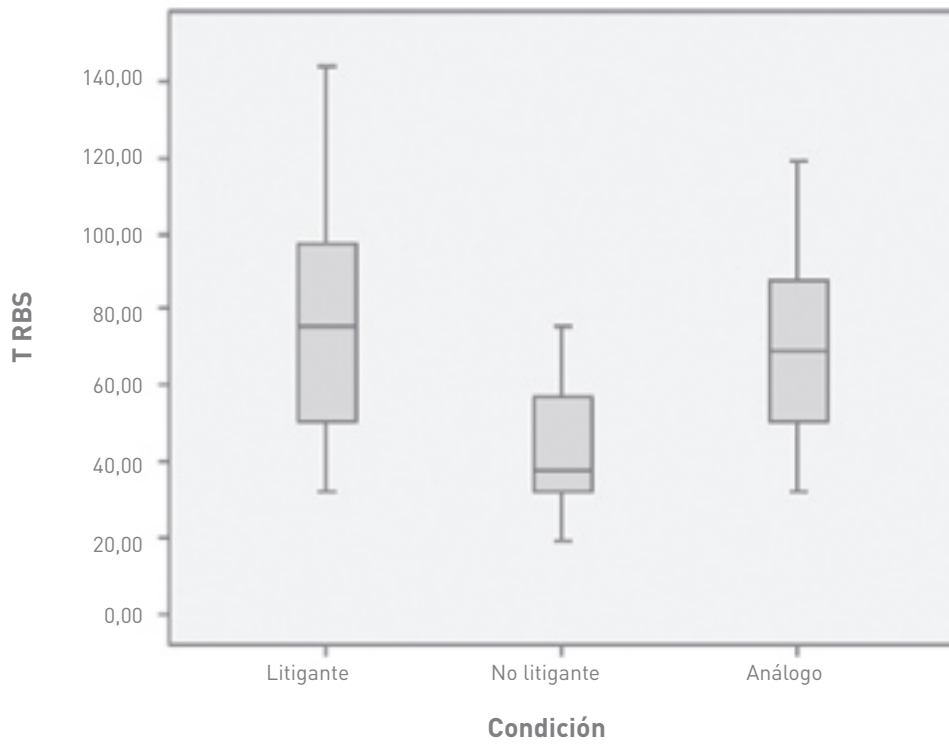
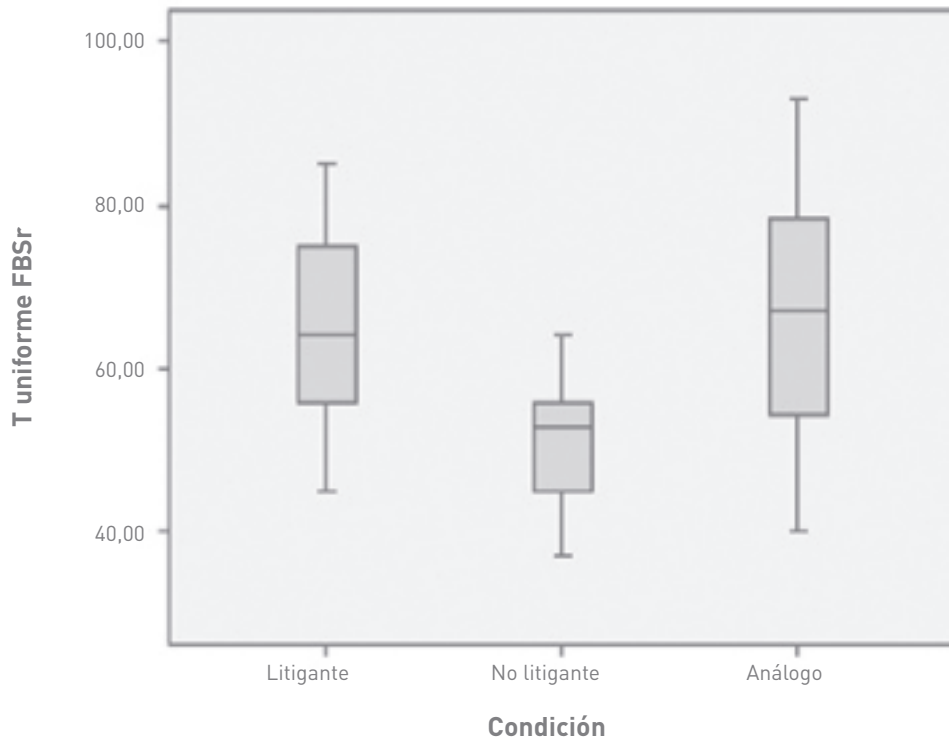
Respecto al SIMS, la puntuación media de la escala total del SIMS del grupo litigante alcanza el punto de corte para sospecha de exageración de síntomas en la adaptación española de la prueba ( $\geq 16$ , según González Ordi y Santamaría Fernández [35]), e igualmente ocurre con las subescalas de deterioro neurológico y trastornos afectivos; mientras que la puntuación media del total y de las mismas subescalas están muy por debajo de los puntos de corte estimados para sospecha de exageración de síntomas en el grupo no litigante. Por otro lado, las puntuaciones medias del grupo litigante son menores, como era previsible, que las del grupo análogo. Otro aspecto a señalar es que las puntuaciones medias del grupo de lumbalgia no litigante son muy similares al grupo control, que no presenta patología alguna (Figura 3). El grupo litigante presenta una mayor nivel de exageración de síntomas de forma significativa y discriminante que el grupo no litigante, tanto para la puntuación total del SIMS ( $d=1,35$ ,  $p < 0,001$ ), como las subescalas de Deterioro Neurológico ( $d=1,35$ ,  $p < 0,001$ ) y Trastornos Afectivos ( $d=1,40$ ,  $p < 0,001$ ).

Respecto al MMPI-2-RF, el grupo de lumbalgia litigante presenta mayores puntuaciones que el grupo de lumbalgia no litigante e incluso que en el grupo de lumbalgia análogo en las escalas de validez FBS-r y RBS (Figura 3), con tamaños del efecto grande ( $d=1,26$ ,  $p < 0,01$ ) y moderado ( $d=1,19$ ,  $p < 0,01$ ), respectivamente.

FIGURA 3. Diagramas de cajas y bigotes de las puntuaciones en el Total y las subescalas de Deterioro Neurológico (Dn) y Trastornos Afectivos (Ta) del SIMS (fila superior) y las subescalas FBSr y RBS del MMPI-2-RF (fila inferior) para lumbalgia litigante, no litigante y análoga, respectivamente.







A continuación, examinamos la utilidad de las pruebas de nuestro estudio que han mostrado resultados significativos en las diferencias entre las puntuaciones medias y en el tamaño del efecto, como herramientas predictivas a la hora de discriminar entre lumbalgia no litigante y litigante, establecimos la curva característica del receptor (COR), calculando el área bajo la curva (AUC) para cada una de ellas (Tabla 5) y los posibles puntos de corte para establecer los valores respectivos de sensibilidad y especificidad (Tabla 6).

TABLA 5. Área bajo la curva para lumbalgia para las pruebas discriminantes					
Comparación no litigante vs litigante					
Variables resultado de contraste	Área	Error (tip. (a))	Sig. asintótica(b)	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
				Límite superior	Límite inferior
Valor Pers.	,909	0,47	,000	,816.	1,002
Autoeficacia	,787	,073	,003	,643	,931
SF-36	,959	,028	,000	,904	1,014
IDC	,917	,052	,000	,816	1,018
IDO	,814	,079	,001	,659	,970
SIMS-Total	,845	,064	,000	,720	,970
SIMS-Dn	,817	,068	,001	,685	,950
SIMS-Af	,826	,065	,001	,698	,954
MMPI-2-RF FBSr*	,801	,078	,005	,648	,954
MMPI2-RF RBS*	,818	,075	,003	,671	,966

Los valores resultantes del área bajo la curva (AUC) para los instrumentos utilizados nos indican que los instrumentos elegidos parecen presentar una buena exactitud global a la hora de clasificar a los sujetos con dolor lumbar no litigantes frente a los litigantes, con áreas bajo la curva que oscilan desde 0,787 a 0,959. Los instrumentos que presentan mayor exactitud son el SF-36, el IDC y la escala de valoración personal vital, seguidos por el SIMS total y las subescalas de trastornos afectivos y deterioro neurológico; finalmente, el IDO y las escalas de validez del MMPI-2-RF (FBSr y RBS) y en menor medida la escala de autoeficacia percibida, cierra el paquete evaluativo.

TABLA 6. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad en lumbalgia (no litigantes <i>versus</i> litigantes)			
VARIABLES resultado de contraste	Puntos de corte	Sensibilidad	Especificidad
Valoración Personal Vital	≤ 2,7	0,57	0,93
Autoeficacia percibida	≤ 2,75	0,65	0,87
Cuestionario SF-36 (Total)	≤ 15,6	0,91	0,99
IDC	≥ 6,5	0,67	0,99
IDO	≥ 29	0,35	0,93
SIMS-Total	≥ 9,5	0,80	0,80
SIMS-Dn	≥ 3,5	0,52	0,93
SIMS-Af	≥ 5,5	0,70	0,87
MMPI-2-RF FBSr*	≥ 66	0,47	0,99
MMPI2-RF RBS*	≥ 72	0,47	0,92

\* Puntuaciones T

Para determinar los puntos de corte clasificatorios para cada uno de los instrumentos, tuvimos en cuenta el hecho de que, a excepción del SIMS, los instrumentos empleados en este estudio no están diseñados específicamente para la detección de exageración de síntomas sino para la evaluación clínica general. Por ello primamos los valores de especificidad frente a los de sensibilidad, ya que es especialmente importante asegurarnos que el porcentaje de falsos positivos sea lo más reducido posible. Inversamente, el SIMS es un instrumento de screening para la detección de la exageración de síntomas y su principio básico es el cribaje inicial de posibles sujetos exageradores, por lo que solamente en este caso, primamos valores de sensibilidad frente a especificidad, tanto en la escala total como en las subescalas de deterioro neurológico y trastornos afectivos; es decir, buscamos detectar el mayor porcentaje de sujetos que exageran síntomas y que el SIMS, como instrumento de screening que es, pueda actuar como “sistema de alarma” que sugiera realizar una evaluación más detallada multimétodo-multisistema-multiprofesional [22].

## 5. CONCLUSIONES

Para buscar patrones diferenciales entre pacientes con lumbalgia no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación hemos procurado centrarnos en aquellas variables que mostraran diferencias en los porcentajes o en las puntuaciones medias en diversas pruebas entre no litigantes y litigantes y, al mismo tiempo, que estos últimos no mostraran diferencias con el grupo de análogos; es decir, detectar las variables que mostraran que el litigante respondían de forma diferente al honesto y de forma similar con el análogo, que había sido instruido para que mintiera deliberadamente. Con las características de este estudio, a nuestro juicio este ha sido el mejor método para detectar qué patrón de respuestas presenta un paciente que miente, cuando miente. Según este criterio, el perfil diferencial obtenido entre sujetos no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación sería el siguiente:

1. Los pacientes con lumbalgia litigantes se autopresentan significativa y discriminantemente con una peor valoración personal de su situación vital y una menor autoeficacia percibida para manejar su vida cotidiana que los pacientes no litigantes.
2. De las puntuaciones en la escalas IDC, IDO y SF-36, se deduce que los pacientes litigantes afirman que su enfermedad les produce un mayor grado de discapacidad, informando de un peor estado de salud general que pacientes no litigantes.
3. El grupo de lumbalgia litigante presenta mayores puntuaciones que el grupo de lumbalgia no litigante, e incluso que en el grupo de lumbalgia análogo, en las escalas de validez sensibles a la exageración de síntomas del FBS-r y RBS del MMPI-2-RF. Así mismo, los litigantes muestran una mayor tendencia a la exageración de síntomas en la escala total del SIMS y las subescalas de deterioro neurológico, trastornos afectivos especialmente. Por tanto, presentan un esfuerzo deliberado por presentarse a sí mismos de la peor manera posible (“mala imagen”), sobredimensionando las puntuaciones en las pruebas de personalidad clínica.

Los resultados en general nos muestran que los pacientes litigantes tienden a presentar una “mala imagen” de sí mismos y de su estado físico y psicológico en comparación con los sujetos no litigantes que presentan un diagnóstico similar; destacando una mala valoración de su vida cotidiana y una baja autoeficacia percibida, extremando su discapacidad y mala salud, y exagerando sus síntomas. El perfil sobredimensionado obtenido en nuestro estudio es concordante con diversas investigaciones que reflejan que los pacientes litigantes presentan mayor tendencia a exagerar sus síntomas que los pacientes no litigantes [39-43]. Es más, parece que los estudios recientes con diseños de grupos conocidos, comparando las condiciones de pacientes sin incentivos económicos, pacientes con incentivos económicos, simuladores comprobados mediante criterios diagnósticos multidimensionales y simuladores análogos, reflejan que los simuladores comprobados presentan significativa y consistentemente mayores puntuaciones en escalas de exageración de síntomas y discapacidad

que los pacientes con incentivos económicos pero que no presentan criterios compatibles con simulación, aunque ciertamente los pacientes con incentivos económicos puntúan también más alto que aquellos que no los tienen [44-47].

Teniendo en cuenta estas conclusiones, nuestra propuesta para detectar simulación en lumbalgia puede explicitarse en el siguiente protocolo:

### 5.1. Criterios clínicos de sospecha de simulación

1. Existencia de beneficio externo: percepción de una retribución económica estando en situación de incapacidad temporal (IT) y/o pendientes de valoración por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) con el fin de obtener una incapacidad permanente (IP).
2. Sospecha clínica de simulación de, al menos, un profesional de la salud implicado en su tratamiento (médico, psicólogo o fisioterapeuta, etc).
3. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMN y EMG) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente. No se encuentra evidencia física en la exploración física y pruebas de imagen y función que justifiquen el dolor y discapacidad referidos por el paciente.
4. Cumplen al menos 3 de los 5 signos de Waddel, como criterio discriminante de sospecha clínica [25].
5. Baja adherencia a las prescripciones médicas.
6. La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada.
7. Escasos o nulos avances terapéuticos.

### 5.2. Evaluación mediante autoinforme

La sospecha clínica de simulación debería apoyarse en evidencia empírica objetivable. Con este fin pueden administrarse las pruebas utilizadas en nuestro estudio, considerando que las puntuaciones por encima o debajo de los puntos de corte recomendados (Tabla 7), sugieren con mayor probabilidad la existencia de “mala imagen” deliberada. Cuantas más pruebas resulten convergentes en la dirección de la hipótesis de la mala imagen, más seguridad tendrá el profesional para emitir un juicio clínico.

TABLA 7. Puntos de corte recomendados

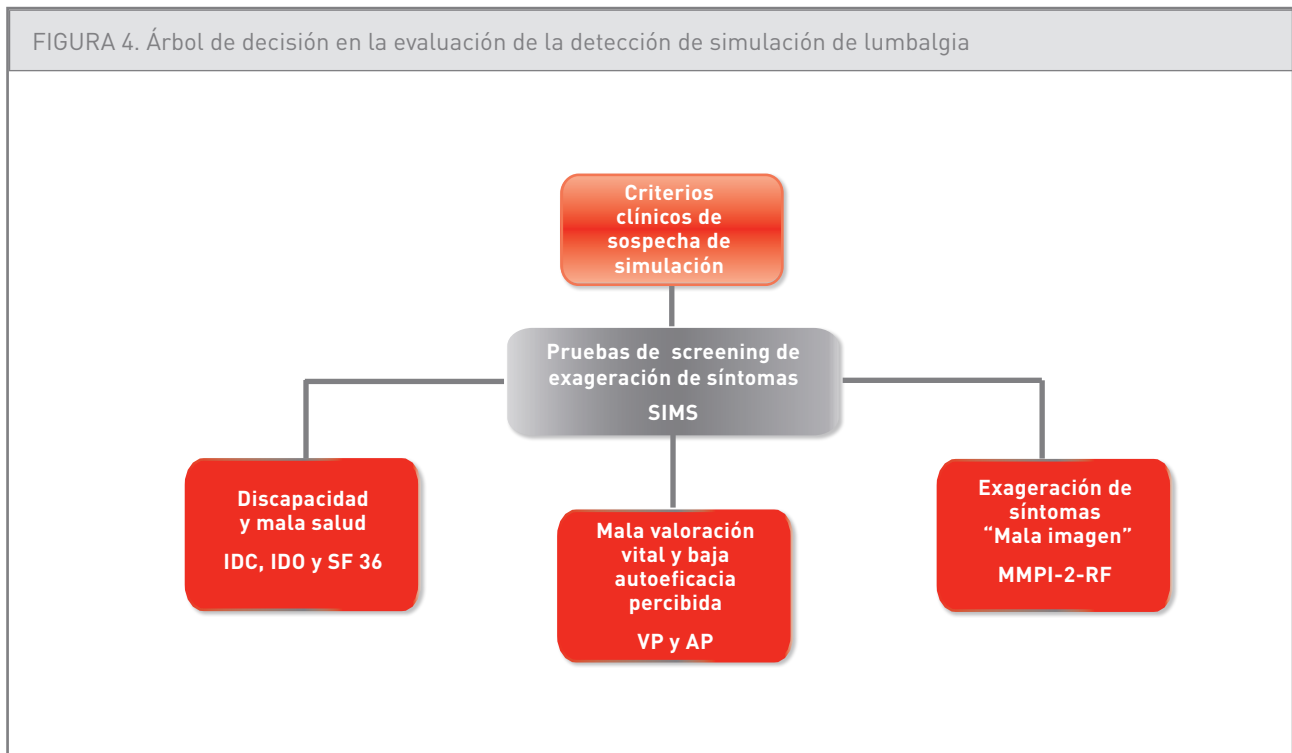
Variables resultado de contraste	Puntuación	Punto de corte recomendado)
Valoración Personal Vital (VP)	Directa (Promediada)	$\leq 2,7$
Autoeficacia Percibida (AP)	Directa (Promediada)	$\leq 2,7$
SF-36 (Puntuación total)	Directa	$\leq 15,6$
IDC (Puntuación total)	Directa	$\geq 6,5$
IDO (Puntuación total)	Directa	$\geq 29$
SIMS (Puntuación total)	Directa	$\geq 9,5$
SIMS Deterioro Neurológico (Dn)	Directa	$\geq 3,5$
SIMS Trastornos Afectivos (Af)	Directa	$\geq 5,5$
MMPI-2-RF FBSr (Validez de los Síntomas)	T uniforme	$\geq 66$
MMPI-2-RF RBS (Escala de sesgo de respuesta)	Puntuación T	$\geq 72$

La figura 4 representaría el árbol de decisión que, de forma sintética, expresa las dimensiones a explorar en la simulación de lumbalgia, según se desprenden de nuestros datos. Junto con la existencia de beneficio externo, la falta de evidencia física que justifiquen el dolor y discapacidad referidos por el paciente, la baja adherencia al tratamiento y a las prescripciones clínicas así como los escasos o nulos avances terapéuticos, (incluidos en los criterios clínicos de sospecha de simulación), se procede a administrar pruebas de screening para detectar posibilidad de exageración de síntomas, que deben confirmarse a través de una evaluación más detallada que evidencie patrones de mala salud y discapacidad extremas, mala valoración de los distintos ámbitos de la vida cotidiana por parte del paciente, baja autoeficacia percibida y un estilo de personalidad centrado en presentar una “mala imagen de sí mismo”.

No obstante, conviene recordar, parafraseando a DeClue [48], que “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.



FIGURA 4. Árbol de decisión en la evaluación de la detección de simulación de lumbalgia



Nuestro estudio ha pretendido explorar perfiles discriminantes para ayudar a detectar simulación en patología dolorosa cronicada, orientada a la fibromialgia y la lumbalgia crónica. No obstante, existen algunas limitaciones que debemos señalar:

1. Es necesario incrementar el número de sujetos de los distintos grupos en futuros estudios con el fin de comprobar si los perfiles obtenidos hasta el momento se mantienen y puede generalizarse con más seguridad.
2. Al tratarse de una muestra incidental, no hemos podido controlar adecuadamente la variable sexo en los grupos de lumbalgia. Para futuros estudios debe equipararse esta variable en todas las condiciones.
3. La estrategia investigadora de comparar las condiciones de no litigancia, litigancia y análogos parece fructífera; pero, incrementaríamos considerablemente la seguridad de nuestras conclusiones si contáramos además con un criterio de jueces expertos para determinar un grupo de simuladores comprobados.

## 6. ANEXOS

### 6.1. Referencias bibliográficas

1. Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. En: Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Madrid: Fundación Grünenthal; 2003. P.23-28.
2. Díez MA. Lumbalgia y ciática: prevención. *Farmacia Profesional* 2003; 17: 50-56.
3. Moix J, Cano A y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B 13 de la Comisión europea. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés* 2006; 12: 117-129.
4. Penzo W. El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
5. Casado MI, Moix J y Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud* 2008; 19: 379-392.
6. Casado MI y Urbano MP. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8: 48-69.
7. Moix-Queraltó J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología* 2005; 36. 37-60.
8. Moix J, Cano A y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B 13 de la Comisión europea. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés* 2006; 12: 117-129.
9. Brage S, Sandanger I y Nygar JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-years population- based study. *Spine* 2007; 15: 269-274.
10. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM y Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal in primary care patients. *Psychosom Med.* 2008; 70: 890-897.
11. Mok LC y Lee IF. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *J. Clin. Nursing* 2008; 17: 1471-1480.
12. Truyols MM, Pérez J, Medinas MM., Palmer A y Sesé A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud* 2008; 19: 295-320.
13. Waxman SE, Tripp DA y Flamenbaum R. The mediating role of depression and negative partner responses in chronic low back pain and relationship satisfaction. *J Pain* 2008; 9: 434-442.
14. Jansen SA. Negative effect and sensitization to pain. *Scand. J. Psychol.* 2002; 43(2): 131-138.

15. Turk DC. y Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70: 678-690.
16. Michalski D. y Hinz A. Anxiety and depression in chronic back pain patients: effects on beliefs of control and muscular capacity. *Psy Psychosomatic Med Psychol* 2006; 56: 30-38.
17. Jellena P, Van der Roer N, Van der Windt D, Van Tulder MW, Van der Horst HE, Stalman WAB y Bouter LM. Low back pain in general practice: cost-effectiveness of a minimal psychosocial intervention versus usual care. *Euro Spine J.* 2007; 16:1812-1821.
18. Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, Meloche GR, Milner R y Zuberbier OA. Biopsychosocial Multivariate Predictive Model of Occupational Low Back Disability. En: Schulz IZ y Gatchel RJ. (eds). *Handbook of Complex Occupational Disability Claims. Early risk, identification, intervention and prevention.* Springer; 2005. p. 191-202.
19. Prkachin KM, Schultz I, Berkowitz J. et al. Assessing pain behaviour in real time: concurrent validity and examiner sensitivity. *Behavior Research and Therapy* 2002; 40: 595-607.
20. González Ordi H, Capilla Ramírez P, y Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud* 2008; 19: 393-415.
21. Capilla Ramírez P. y González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica. Estudio de casos. *Trauma* 2009; 20: 255-263.
22. González Ordi H, Santamaría Fernández P, y Capilla Ramírez P. (eds). Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. TEA Ediciones, 2011.
23. Turk DC. Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain* 1996; 68: 423-430.
24. Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ y Curtis KL. Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 1117-1126.
25. Waddel G, McCulloch JA, Kummel E y Venner RM. Nonorganic physical sign in low back pain. *Spine* 1980; 5: 117.
26. Baessler J y Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés* 1996; 2: 1-8.
27. Fairbank JCT, Davies JB,, Couper J y O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271-273.
28. Florez-García M, García Pérez MA, García Pérez F, Armenteros-Pedrerros J, Álvarez-Prado A y Martínez-Lorente MD. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación* 1995; 29: 138-145.

29. Borrego Jiménez PS, Sáez Regidor ML, Borrego Jiménez JM, Borrego Jiménez PA y Borrego Jiménez P. Análisis psicométrico del Cuestionario de Discapacidad del Dolor Lumbar de Oswestry, *Fisioterapia* 2005; 27: 250-254.
30. Waddel G, Bircher M, Finlayson D y Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behavior ?. *Bri. Med Jour: Clin, Res & Educ* 1984; 289: 739-741.
31. Miralles RC y Rull M. Valoración de los resultados del tratamiento del dolor lumbar y de las secuelas. *Rev de la Soc Esp de Dolor* 2001; 8, Supl. II: 131-139.
32. Alonso J, Prieto L y Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados. *Med Clín* 1995; 104: 771-766.
33. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Índices y Escalas utilizados en ciertas tecnologías de la prestación ortoprotésica (Protetización del Sistema Osteoarticular). Publicación nº 33. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
34. Ben-Porath YS, y Tellegen A. MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado. Manual Profesional (Adaptación al castellano por P. Santamaría Fernández). TEA Ediciones, 2009.
35. González Ordi H y Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS. TEA Ediciones, 2009.
36. Santamaría Fernández P, González Ordi H, Capilla Ramírez P, Blasco J y Pallardo Durá L. La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF. Comunicación presentada en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología Julio de 2010, Oviedo, Asturias, España. Disponible en: [http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion\\_MMPI-2-RF.pdf](http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf)
37. Gervais RO, Ben-Porath YS, Wygant DB, y Sellbom M (2010). Incremental Validity of the MMPI-2-RF Over-reporting Scales and RBS in Assessing the Veracity of Memory Complaints. *Arch Clin Neuropsychol* 2010; 25: 274-284.
38. Rogers R. (ed). *Clinical Assessment of Malingering and deception* (3ª edición). Guilford Press, 2008.
39. Granacher RP y Berry DTR. Feigned medical presentations. En R. Rogers R. (ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Guilford Press, 2008. p. 145-156.
40. Iverson GL y McCracken LM. Postconcussive symptoms in persons with chronic pain. *Brain Injury* 1997; 11: 783-790.
41. Iverson GL, King RJ, Scott JC y Adams RL. Cognitive complaints in litigating patients with head injuries or chronic pain. *Jour Forens Neuropsychol* 2001; 2: 19-30.
42. Larrabee GJ. Exaggerated pain report in litigants with malingered neurocognitive dysfunction. *Clin Neuropsychol* 2003; 17: 395-401.

43. Rogers R y Payne JW. Damages and rewards: assessment of malingered disorders in compensation cases. *Beh Sci and the Law* 2006; 24: 645-658.
44. Aguerrevere LE, Greve KW, Bianchini KJ y Meyers JE. Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated version of the Meyers Index for the MMPI-2. *Arch Clin Neuropsychol* 2008; 23: 831-838.
45. Bianchini KJ, Etherton JL, Greve KW, Heinly MT y Meyers JE. Classification accuracy of the MMPI-2 validity scales in the detection of pain-related malingering. A known-groups study. *Assessment* 2008; 15: 435-449.
46. Greve KW, Bianchini KJ, Black FW, Heinly MT, Love JM, Swift DA y Ciota M. The prevalence of cognitive malingering in persons reporting exposure to occupational and environmental substances. *Neurotoxicol* 2006; 27: 940-950.
47. Wygant DB, Anderson JL, Sellbom M, Rapier JL, Allgeier LM y Granacher RP. Association of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales with Structured Malingering Criteria. *Psychol Injury and Law* 2011; doi:10.1007/s12207-011-9098-z.
48. DeClue G. Practitioner's corner: Feigning ≠ Malingering: A case study. *Beh Sci and the Law* 2002; 20: 717-726.

## 6.2. Índice de figuras

FIGURA 1. Escala de Valoración Personal Vital.....	19
FIGURA 2. Diagramas de cajas y bigotes de las puntuaciones en Valoración Personal Vital, Autoeficacia Percibida, IDO, IDC y SF-36 para lumbalgia litigante, lumbalgia no litigante y lumbalgia análogo, respectivamente. ....	27
FIGURA 3. Diagramas de cajas y bigotes de las puntuaciones en el Total y las subescalas de Deterioro Neurológico (Dn) y Trastornos Afectivos (Ta) del SIMS (fila superior) y las subescalas FBSr y RBS del MMPI-2-RF (fila inferior) para lumbalgia litigante, no litigante y análoga, respectivamente.....	30
Figura 4. Árbol de decisión en la evaluación de la detección de simulación de lumbalgia .....	38

### 6.3. Índice de tablas

TABLA 1. Tabla 1. Estadísticos descriptivos de sexo y edad de cada uno de los grupos.....	17
TABLA 2. Instrumentos de autoinforme utilizados en la investigación .....	22
TABLA 3. Estadísticos descriptivos, ANOVA, pruebas post hoc (HSD de Tukey) y tamaño de las diferencias (d de Cohen) en las distintas escalas y subescalas que presentan diferencias significativas entre grupos.....	25
TABLA 4. Consistencia interna de las escalas y subescalas significativas .....	26
TABLA 5. Área bajo la curva para lumbalgia para las pruebas discriminantes .....	33
TABLA 6. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad en lumbalgia (no litigantes versus litigantes).....	34
TABLA 7. Puntos de corte recomendados .....	37







Para más información:  
[www.fundacionmapfre.com/salud](http://www.fundacionmapfre.com/salud)

# FUNDACIÓN **MAPFRE**

**[www.fundacionmapfre.com](http://www.fundacionmapfre.com)**

Tel. (+34) 91 581 00 97

Fax: (+34) 91 581 85 35