



ORIGINAL

Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos

A Protocol for detection of malingered pain symptomatology in clinical practice: case studies

Capilla Ramírez P¹, González Ordi H²

¹ FREMAP Madrid. ² Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

Se propone un protocolo para la detección de la simulación de dolor en la práctica clínica de tipo multimétodo, multisistema y multidisciplinar que busca, mediante las diferentes pruebas aportadas desde los ámbitos de la medicina y la psicología, encontrar las inconsistencias que nos presenta el paciente. De las diferentes pruebas y los distintos profesionales se obtienen los datos convergentes que nos llevan al diagnóstico de simulación.

Palabras clave:

Simulación, dolor crónico, protocolo clínico, evidencia médica, evidencia psicológica.

Abstract

A multi-method, multi-system and interdisciplinary protocol for the detection of malingered pain symptomatology in clinical practice is addressed. This protocol is mainly based on the patient's clinical behaviors inconsistencies, by taking into account evidence from different knowledge of medicine and psychology. From the different tests and different professionals, convergent data were obtained for the diagnosis of malingering.

Key words:

Malingering, chronic pain, clinical protocol, medicine-based evidence, psychology-based evidence.

Introducción

La detección de la simulación, esto es, la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos [1], 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 [2] y de la utilización de enfoques evaluativos que incluyan la combinación de test especializados e indicadores de validez [3].

El modelo biopsicosocial en el abordaje del dolor crónico, hace hincapié en las complejas relaciones existentes entre los factores biológicos, cognitivos, afectivos y somáticos, y la necesidad de estudiarlos a fondo, así como sus interacciones, con el fin de entender mejor el proceso de cronificación de las patologías cuya principal manifestación es el dolor o cursan prioritariamente con dolor [4][5]. Desde este modelo, para evaluar correctamente la simulación en dolor crónico, ha de hacerse desde una perspectiva multidimensional [6][7]. En este sentido, Bianchini et al., [6] han propuesto una serie de estándares diagnósticos referidos a la discapacidad relacionada con simulación de dolor (Tabla 1).

Diversos estudios han tratado de determinar la incidencia de la simulación, aunque resulta difícil proporcionar datos precisos debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o la patología que se aborda [8] (Tabla 2). Estudiamos las tasas base de simula-

Correspondencia

P. Capilla Ramírez.

Centro Asistencial Fremap Madrid. Ronda de Valencia nº 8. 28012 Madrid
pilar_capilla@fremap.es



Tabla 1. Criterios diagnósticos referidos a la discapacidad relacionada con la simulación del dolor (Bianchini, Greve y Glynn, 2005)⁶

Criterio A	Evidencia de incentivos externos significativos
Criterio B	Evidencia procedente de la evaluación física. <ul style="list-style-type: none"> ▮ Sesgos en el rendimiento físico ▮ Discrepancia entre la valoración subjetiva de dolor (v.g. EVA) y la reactividad psicofisiológica concomitante ▮ Los síntomas o las quejas informadas por el paciente son sustancialmente divergentes con la evidencia fisiopatológica existente. ▮ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▮ Rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas ▮ Rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo. ▮ Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral. ▮ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▮ La discrepancia de la conducta del paciente cuando es formalmente evaluado <i>versus</i> cuando no sabe que está siendo evaluado. ▮ Las quejas autoinformadas no son consistentes con la evolución de la historia clínica del paciente. ▮ 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. ▮ Los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con la conducta observable y objetivable. ▮ Presentación de un patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de <i>screening</i> de simulación de síntomas.
Criterio E	Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos.

Tabla 2. Incidencia de simulación por patologías en EE.UU [8]

	%
T.C.E leve	38,5
Fibromialgia o fatiga crónica	34,7
Dolor o trastornos somatoformes	31,4
Trastornos neurotóxicos	26,5
Lesión por accidente con electricidad	21,9
Trastornos por depresión	14,9
Trastornos de ansiedad	13,5
Trastornos disociativos	10,5
Trastorno con base epiléptica	9,3
T.C.E. moderado o severo	8,8
Demencia vascular	2,4

ción, en nuestro país, según la estimación de 161 profesionales médicos, observando que la incidencia de simulación es aún más elevada que en los estudios norteamericanos ya descritos [9] (Tabla 3). De estos estudios se desprende que son los trastornos asociados al dolor crónico los que se encuentran a la cabeza de los índices de incidencia, siendo el otro gran grupo los trastornos de ansiedad y depresión. No en vano, el DSM-IV-TR [1] 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. Nuestros estudios previos en detección de la simulación en patología dolorosa crónica [10] nos indican que es posible detectar estas conductas con un protocolo adecuado.



Tabla 3. Estimación de la incidencia de simulación, en España, en patología crónica [9]

Patología	%	Dt (Rango)
Esguince cervical	60	24,8 (5-100)
Fibromialgia SFC	50	27,6 (1-100)
Cervicalgia crónica	50	22,3 (5-100)
Depresión	50	22,4 (5-90)
Ansiedad	50	23,3 (0-90)
Lumbalgia crónica	45	22,9 (5-100)

Tasa media estimada de simulación (N=161)

Detección de las conductas de simulación: Protocolo

La detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información. Cuantas más inconsistencias presente un paciente a lo largo de la realización de diferentes pruebas 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. Esta evaluación debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar, teniendo en cuenta la información que puedan aportar los distintos profesionales implicados en el tratamiento del paciente. La convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información es crucial para asegurar el diagnóstico de simulación. [11] (figura 1).

Tras la realización de una historia clínica completa, entrevista y exploración física y psicológica, el profesional encuentra inconsistencias, es decir, los datos referidos por el

paciente y sus conductas no correlacionan con los datos objetivos en la exploración y las pruebas complementarias, disponemos de pruebas de detección de la simulación, como es el inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS [12]-

El SIMS es un instrumento de despistaje diseñado para la detección rápida de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. 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: a. psicosis, evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real; b. deterioro neurológico: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos; c. trastornos amnésicos, 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; d. baja inteligencia: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general; y e. trastornos afectivos: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

El SIMS ha demostrado también su alta eficacia en la detección de las conductas de simulación en dolor crónico [10], encontrándonos las escalas de deterioro neurológico y trastornos afectivos y la puntuación total por encima del punto de corte para considerar simulación. Si las puntuaciones en el SIMS se encuentran en valores que nos indican un patrón de exageración de síntomas, iniciamos un estudio más detallado, que irá en función de la patología en cuestión. Dentro de este estudio disponemos de:

Pruebas físicas

1. Analíticas

La realización de analíticas específicas o de rutina pueden resultarnos de utilidad en aquellas patologías que cursen con cansancio crónico, como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, y que nos descartaran la existencia de estados carenciales, tumorales, infecciosos, etc.

2. Pruebas de Imagen

Entre las pruebas de imagen más utilizadas se encuentran las radiografías o la RMN [13]. Siempre, la interpretación de la imagen y del informe radiológico debería ser realizada por el clínico que trata al paciente con el fin de

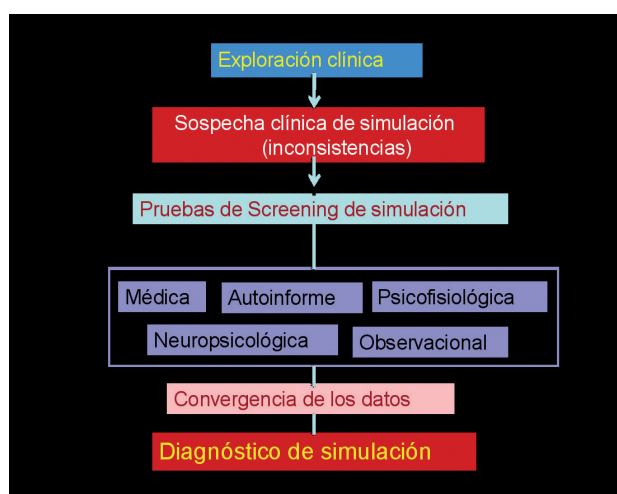


Fig. 1. Protocolo básico de detección de la simulación.



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 complica aún más la situación. Así mismo, la resonancia magnética funcional (fMRI), prueba de imagen y de función, aporta información interesante sobre las estructuras implicadas en el procesamiento del dolor, como el córtex cingulado anterior y aportando, en la actualidad, imágenes de activación de diferentes áreas según la intensidad de dolor referida por el paciente [14].

3. Pruebas de función

a. tests isocinéticos para aquellos casos en que el paciente refiere pérdida de fuerza [15]. 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 [16]. b. posturografía dinámica es una prueba que nos permite objetivar de forma más precisa el vértigo, el mareo y las alteraciones del equilibrio, referido por pacientes con patología como esguince cervical, cervicalgia crónica, traumatismos craneoencefálicos o como síntoma único. El estudio mediante posturografía dinámica proporciona los siguientes patrones en las alteraciones del equilibrio [17]: (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. c. potenciales evocados acústicos, visuales y somatosensoriales pueden 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 [18]. El electromiograma de inserción es una prueba objetiva que cuando la realizamos con electrodos profundos es cuantitativa y permite una precocidad en el diagnóstico siendo rápida en el pronóstico, ya que detecta los signos de regeneración antes de que se manifiesten en la clínica [19].

I Evaluación mediante autoinforme

1. Evaluación de la discapacidad y calidad de vida

Utilizamos diferentes escalas autoinformadas por el paciente, que serán diferentes en función de la patología objeto de estudio en cada momento. Son muchos los autoinformes de que disponemos, pero haremos referencia a los más utilizados en las patologías más susceptibles de simulación (Tabla 1) (Tabla 2) (Tabla 3). Estas escalas nos permiten valorar la utilidad de los tratamientos, y contrastar con los signos clínicos objetivos, son de utilidad en el caso de exageración de síntomas / simulación, ya que cuando los administramos en diferentes estadios de la patología dolorosa, sería esperable una convergencia con los datos clínicos; por otra parte, diferentes estudios demuestran que hay instrumentos que se correlacionan entre sí, por lo que datos divergentes entre pruebas que correlacionan nos debe hacer sospechar de la existencia de falseamiento y profundizar en su estudio [20]. Destacamos el Cuestionario de Salud SF-36 [21] uno de los instrumentos más usados 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.

El cuestionario sobre el impacto de la fibromialgia (FIQ) [22] es, hasta ahora, el único instrumento específico para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y calidad de vida. El FIQ además presenta una alta correlación con el SF-36, considerando que ambos cuestionarios presentan formatos de respuesta diferente, lo que resulta útil para evaluar la inconsistencia de respuestas a través de diferentes medidas, que suele presentarse en los sujetos simuladores.

La escala de gravedad de fatiga, es un instrumento creado en neurología y su aplicación más extensa es en esclerosis múltiple y lupus eritematoso sistémico. Consta de 9 ítems valorados de 0 a 7 puntos. Todos ellos hacen referencia expresa a la fatiga. Se obtienen los valores medios de las puntuaciones. Se consideran puntuaciones normales en adulto sano 2,3 ($\pm 0,7$) puntos. Conociendo las puntuaciones en patologías como la esclerosis múltiple en fases avanzadas, podemos sospechar la existencia de simulación o exageración de síntomas, cuando las puntuaciones en esta escala se aproximan a estas puntuaciones y se alejan de la normalidad, en patologías mucho más banales.

El Neck Pain Questionnaire (NPQ) [23] está dirigido, de forma específica, a evaluar cómo afecta el dolor cervical a las actividades de la vida cotidiana, consta de 10 ítems, con 5 opciones de respuesta, puntuándose de 0-4, de menor a mayor intensidad y gravedad. Es muy utilizado en esguince



cervical como medida repetida para evaluar la eficacia del tratamiento; en este sentido, la puntuación en el NPQ debería ir disminuyendo a medida que el paciente presenta una mejor movilidad de columna cervical y menos contracturas, ya que este cuestionario valora específicamente aspectos para los cuales es preciso una buena movilidad del cuello. Si esto no ocurre debe hacernos pensar en un patrón de exageración de síntomas y mantenimiento intencional de la discapacidad.

El índice de discapacidad de Oswestry (IDO) [24] permite evaluar el impacto del dolor lumbar en las actividades de la vida cotidiana. 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, pero valores menores, que no correlacionen con actividad diaria del paciente también nos indican exageración de síntomas.

El índice de discapacidad crónica de Waddell [25] 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.

En general, los sujetos simuladores presentarán en las pruebas de autoinforme puntuaciones altas en índices de incapacidad, peor calidad de vida y peor estado de salud. Por otra parte, veremos que las puntuaciones de los diferentes instrumentos varían poco con los diferentes tratamientos aplicados, no correlacionan con los datos clínicos objetivos ni con otros instrumentos que valoran aspectos similares [20].

Finalmente hacer referencia a dos cuestionarios para valoración de la cefalea tensional y las migrañas el Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y el Headache Disability Inventory (HDI) [26], ambos son de utilidad en patologías con cefalea asociada como la cervicalgia crónica, el esguince cervical, el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia. Estos dos autoinformes correlacionan entre sí, lo que nos ayuda, en el caso de simulación a detectar inconsistencias.

2. Evaluación del dolor

La Escala Visual Analógica (EVA), es el instrumento más utilizado para obtener valoraciones autoinformadas son la percepción de la intensidad del dolor. El cuestionario de McGill abreviado [27] y el inventario multidimensional del dolor de West Haven-Yale (WHYMPI) [28] se deriva de la tradición cognitivo - conductual y evalúa múltiples dimensiones de la experiencia de dolor con el objetivo de integrar datos de diversa naturaleza: médica, psicológica y conductual.

3. Evaluación de la personalidad

Entre los instrumentos de evaluación objetiva de la personalidad presentan índices de validez que han demostrado ser útiles en la detección de la simulación en dolor crónico, destacamos el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 forma reestructurada (MMPI-2-RF) [29] que es el cuestionario de personalidad más empleado por los psicólogos clínicos y los neuropsicólogos además de ser uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar aspectos de personalidad en pacientes con dolor crónico, en evaluación forense de adultos y en pleitos por daños personales. El MMPI-2 es, además, el instrumento de evaluación de la personalidad multiescalar de amplio espectro mejor validado para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad. La adaptación española de la versión reestructurada del MMPI-2 o MMPI-2-RF incorpora nuevas escalas que son sensibles a la exageración de síntomas: F-r, Fp-r, Fs y FBS-r.

El Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) [30] es un instrumento de despistaje sintomático general para evaluar el funcionamiento psicológico y psicopatológico. Dispone de tres niveles diferentes de información, tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Muchas de las variables consideradas por este instrumento son relevantes en el estudio del dolor crónico. El SCL-90-R permite evaluar los síntomas y la intensidad en un paciente en un determinado momento, pudiendo ser muy útil para evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento, evaluando así inconsistencias.

El inventario de evaluación de la personalidad (PAI) [31] es una prueba que ha demostrado su capacidad para detectar simulación en contextos forenses [32]. Contiene tres escalas que contribuyen particularmente a la valoración de la exageración de síntomas, inconsistencia (INC), infrecuencia (INF) e impresión negativa (IMN). La inminente publicación de la adaptación al castellano de esta prueba incrementará la lista de instrumentos psicológicos adecuadamente baremados en nuestro país que sirvan como fuente de información para objetivar el patrón de exageración de síntomas que, junto con otros datos convergentes, nos permita determinar la existencia de simulación [33].

I Pruebas psicofisiológicas

La electromiografía de superficie (EMGs) es una técnica útil para evaluar la respuesta global del músculo y grupos musculares, proporcionando datos objetivos sobre la funcionalidad, la carga de trabajo en relación con diferentes niveles de esfuerzo, la fatiga muscular, etc [19]. El EMGs



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 cialalgias.

■ Pruebas neuropsicológicas

La patología dolorosa cronicada y la discapacidad asociada (v.g. esguince cervical y cervicalgia) a menudo cursa con déficits neurocognitivos relacionados con dificultades en concentración, percepción y memoria. Este aspecto debe tenerse en cuenta de forma relevante porque los simuladores suelen exagerar la presentación del deterioro neurocognitivo con el fin de mantener la imagen de discapacidad. No obstante, hemos de señalar que la evaluación neuropsicológica se ha considerado en la detección de simulación en dolor crónico de forma mucho menos extensiva que en otras patologías como el traumatismo craneoencefálico, donde naturalmente resulta la estrategia evaluativa de elección.

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 [34]. Es por ello que el tipo de instrumentos neuropsicológicos que se más utilizan en la detección de simulación se basan en el denominado «efecto suelo»; esto es, 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 [35].

De hecho, en una encuesta realizada a neuropsicólogos expertos en evaluación de la simulación en el contexto médico legal [36] 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 Malinger (TOMM) [37] y el test de los 15 ítems de Rey [38].

El TOMM [37] es una prueba de *screening* diseñada específicamente para detección de simulación neurocognitiva y consta de dos series o ensayos con 50 dibujos / estímulos y 50 paneles de reconocimiento donde el sujeto debe iden-

tificar visualmente, no nombrar, los dibujos previamente presentados frente a un dibujo para distraer. 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 y en el ensayo de retención que los sujetos controles y los pacientes con deterioro cerebral genuino [39]. Igualmente los pacientes litigantes con deterioro cerebral traumático presentan peor rendimiento, por debajo del azar, que los pacientes no litigantes [40]. El TOMM ha resultado ser eficaz en la clasificación correcta de pacientes con dolor crónico que exageran deliberadamente déficits neurocognitivos [41].

■ Evaluación conductual

Para la evaluación conductual es importante la aportación de los diferentes profesionales que tratan al paciente, ya que no siempre éste mantiene las mismas actitudes, comportamientos y posturas ante diferentes entornos y distintos profesionales. Es fundamental valorar la apariencia externa, la expresión, la postura mantenida, los gestos, la mirada etc, que nos aportaran una visión integral del paciente. Como es lógico, la comunicación entre profesionales de un mismo equipo multidisciplinar es indispensable para valorar estas conductas. Además, en algunas patologías existen descritos signos de sospecha de simulación en la exploración física, como es el caso de los signos de Waddell [42] para lumbalgia crónica, o los signos de Sobel [43], en el caso de cervicalgia crónica y muy útiles en esguince cervical.

Ninguna prueba aislada es determinante para el diagnóstico de la simulación, es la exploración e investigación clínica detallada, la búsqueda de inconsistencias del paciente en las diferentes pruebas psicológicas y físicas y la observación de su conducta en distintos ámbitos, que aportará la convergencia de datos necesaria para diagnosticar la simulación [20] (Figura 2).

■ Casos Clínicos

A modo de resumen práctico ilustramos el protocolo descrito con la presentación de dos casos clínicos.

Caso clínico 1

Historia Clínica: mujer de 73 años. 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 toleró los opiáceos y no obtuvo mejoría con analgesia (pregabalina), rehabilitación, neuroestimulador, infiltraciones locales ni epidurales.

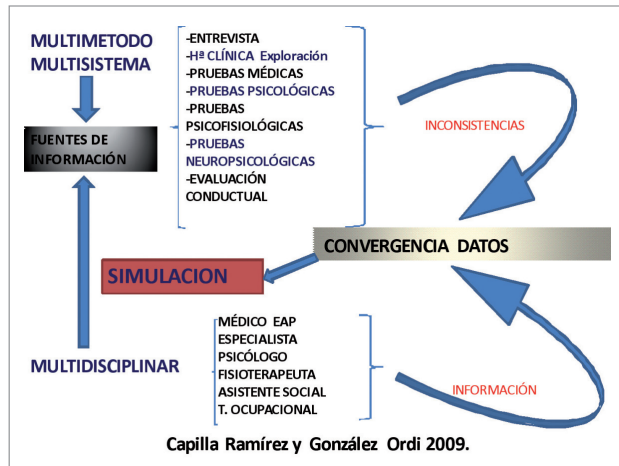


Fig. 2. Algoritmo protocolo de detección de la simulación.

Presentó 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: 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 RNM de columna lumbar con buenos resultados de la cirugía en la imagen. Radiografía y RNM de columna cervical y dorsal normales para la edad de la paciente y gastroscopia y ecografía abdominal normales.

Pruebas de despistaje 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: Dolor: refiere EVA de 9; en el cuestionario de McGill abreviado la paciente describe el dolor como «terrible» y dibuja todas las áreas corporales como afectas por ese dolor. Nada mejora el dolor. 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 com-

pra..., estos datos son inconsistentes con un cuadro depresivo y con una EVA de 9. El 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 Waddel, 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.

2º Caso Clínico

Historia clínica: 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 frente a dolores musculares inespecíficos, síndrome de fatiga crónica, ansiedad, depresión y trastorno de estrés post-traumático. 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 despistaje: ante lo abigarrado del cuadro y la ausencia de datos objetivos se plantea SIMS, obteniendo las siguientes 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: Dolor: a) En el Cuestionario de Mc Gill abreviado la paciente informa 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.



Evaluación de la discapacidad y el impacto de enfermedad. a) FIQ: puntuación 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 y en el SF-36, los datos obtenidos fueron:

Salud Física (100 la mejor puntuación): 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 correlacionaron y que las puntuaciones correspondían a una paciente con una grave incapacidad física y psicológica, lo cual es inconsistente con el estilo de vida de la paciente, las AVD y la observación conductual.

La evaluación para cuantificar la tensión postraumática 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.

El estudio de la personalidad: a) SCL-90-R: PDSI: pc 85, lo cual indicaba 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 e 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. Nuevamente las diferentes fuentes de información, desde un estudio multimétodo, multisistema y multidisciplinar convergen para el diagnóstico de simulación de síntomas. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.
- Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL. Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *Clin Neuropsychol* 1999; 13: 545-61.
- Iverson GL. Detecting malingering in civil forensic evaluations. En: Mac-Neill HA Jr, Hartlage LC (eds). *Handbook of forensic neuropsychology*. New York: Springer; 2003. p.137-177.
- Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychological perspective. *Am Psychol* 2004; 59:792-805.
- Gatchel RJ. *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC: Am Psychol Ass 2005.
- Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingering pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *Spine J* 2005; 5:44-57.
- McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatr Clin North Amer* 2007; 30: 645-62.
- Mitttemberg W, Patton C, Canyock EM, Condit D. Base Rates of Malingering and symptom exaggeration. *J Clin Exp Neuropsychol* 2002; 24:1094-102.
- Capilla Ramírez P, González Ordi H, Santamaría Fernández P. Actas 9º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral (SETLA): Tasas de prevalencia de simulación: Un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos. Barcelona, España, Noviembre 2009. p.47.
- Capilla Ramírez P, González Ordi H, Santamaría Fernández P. Detección de simulación en dolor crónico. En libro de resúmenes: VIII Congreso de la Sociedad Española de Traumatología Laboral - SETLA. Logroño, 2008 p.106.
- González Ordi H, Capilla Ramírez P. Detección de la simulación del dolor crónico. Un enfoque multidisciplinar. IN-FOCOPONLINE - Revista de Psicología Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2380&cat Mayo 2009.
- González Ordi H, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS. Madrid: TEA Ediciones, 2009.
- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N. Magnetic Resonance Imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New Eng J Med* 1994; 331:69-73.
- Kobayashi Y, Kurata J, Sekiguchi M, Kokubun M, Akaishizawa T, Chiba Y, et al. Augmented cerebral activation by lumbar mechanical stimulus in chronic low back pain patients. An fMRI study. *Pain* 2009; 34:2431-6.
- Hislop HJ, Perrine JJ. Isokinetic concept of exercise. *Phys Ther* 1967; 47:114-7.
- Huesa F, Carabias A. Evaluación comparativa isométrica, isotónica e isocinética de la musculatura flexo extensora de columna lumbar en sujetos sanos y afectados de lumbalgia. *Mapfre Medicina* 1999; 10: 213-8.
- Barona de Guzman R. 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 2003; 43-51.



18. Rosenfeld JP, Ellwanger JW, Nolan K, Wu S, Bermann RG, Sweet J. P300 scalp amplitude distribution as an index of deception in a simulate cognitive deficit model. *Int J Psycho*1999; 33:3-19.
19. De Luca CJ. The use of surface electromyography in biomechanics. Boston: Delsys.1997.
20. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico legal. *Monográfico Dolor Crónico. Clínica y Salud* 2008;19:393-415.
21. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados. *Med Clin* 1995; 104:771-6.
22. Monterde S, Salvat I, Montull S. y Fernández Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31:507-13.
23. González T, Balsa A, González I, Zamorano E, Sainz de Murieta J, Perez J. Et al. Adaptación del Northwick Park Neck Questionnaire a la población española. *Rev Esp Reumatol*1999; 5:176-9.
24. Fairbank JCT, Davies,JB, Couper J, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiother*1980; 66:271-3.
25. Waddel G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs:physical disease or illness behavior?. *Br Med J* 1984; 289:739-41.
26. Rodríguez Franco I, Cano García FJ, Blanco Picabía A. Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory. *Análisis y modificación de conducta* 2000; 26:739-62.
27. Melzack R, Katz J. The McGill pain questionnaire: appraisal and current status. En: Turk DC y Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press. 1992; 152-68.
28. Ferrer VA, González R, Manassero MA. El West Haven-Yale Multidimensional Pain Questionnaire: un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico. *Dolor* 1993; 8:153-60.
29. Ben-Porath YS, Tellegen A. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado – MMPI-2-RF* (Adaptación española realizada por P Santamaría Fernández). Madrid: TEA Ediciones. 2009.
30. Derogatis L. *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R*. Madrid: TEA Ediciones 2002.
31. Morey LC. *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: PAR. 1991
32. Sellbom M, Bagby RM. Response styles on multiscale inventories. En: Rogers R, editor: *Clinical assessment of malingering and deception*. 3ª edición. New York: Guilford Press. 2008; 182-206.
33. Ortíz-Tallo Alarcón M, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI. Madrid: TEA Ediciones (en prensa).
34. Frederick RI. Neuropsychological tests and techniques that detect malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A.Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception*. Oxford: Oxford University Press. 2003; 323-35.
35. Muñoz Céspedes JM, Paúl Lapedriza N. La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico. *Rev Neurol* 2001; 32:773-8.
36. Slick DJ, Tan JE, Strauss EH, Hultsch DF. Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Arch Clin Neuropsychol* 2004; 19:465-73.
37. Tombaugh TN. *Test of Memory Malingering*. North Tona-wanda, NY: MHS.1996.
38. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.1995.
39. Rees LM, Tombaugh TN. Validation of the Test of Memory Malingering (TOMM) using a simulation paradigm. *Annual Meeting of the International Neuropsychological Society*. Chicago, Ill.1996.
40. Gansler D, Tombaugh TN., Moczynski NP, Rees LM. Test of Memory Malingering (TOMM): initial validation in a traumatic braining injury cohort. *Annual Meeting of the National Academy of Neuropsychology*, San Francisco, CA, 1995.
41. Greiffenstein ME, Greve KW, Bianchini KJ, Baker WJ. Test of Memory Malingering and Word Memory Test: a new comparison of failure concordance rates. *Arch Clin Neuropsychol* 2008; 23:801-7.
42. Waddel G, McCulloch JA, Kumme E, Venner RM. Nonorganic physical sign in low back pain. *Spine* 1980; 5:117.
43. Sobel JB, Sollenberger P, Robinson R, Polatin PB, Gatchel RJ. Cervical nonorganic signs: a new clinical tool to assess abnormal illness behavior in neck pain patients: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:170-5.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.