

Detección de exageración de síntomas en esguince cervical: pacientes clínicos *versus* sujetos análogos

Detection of symptom exaggeration in whiplash: patients versus analogue participants

Capilla Ramírez P¹, González Ordí H², Santamaría Fernández P³, Casado Morales MI²

¹ FREMAP Madrid. Centro Integral Psico-Somático-CIPSO, Madrid, España. ²Universidad Complutense de Madrid. ³TEA Ediciones.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

Resumen

El objetivo de este trabajo es el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en esguince cervical (EC), con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad. La muestra es incidental, compuesta por 77 participantes: 47 pacientes que presentan EC y 30 eran sujetos participantes sanos que actuaban como «análogos»; es decir, que fueron deliberadamente instruidos para simular esguince cervical.

Se les administra una batería de pruebas médicas y psicológicas, que incluye diversas pruebas médicas complementarias: *Neck Pain Questionnaire*, Cuestionario de Salud SF-36, Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) e 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.

Palabras clave:

Simulación, exageración de síntomas, esguince cervical, evaluación médica, evaluación psicológica.

Abstract

A multidimensional study on the symptom exaggeration in whiplash is presented. The main aim is to detect discriminant patterns of malingered pain-related disability. Overall sample (n=77) was divided in two groups: whiplash patients (n=47), and analogue whiplash-instructed participants (n=30). Several medical and psychological tests: were administered to participants, including: medical complementary tests, the Neck Pain Questionnaire, the SF-36 Health Survey, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 – Restructured Form (MMPI-2-RF). Data on mean group differences and predictive accuracy of the instruments used are presented.

Key-words:

Malingering, overreporting, whiplash, medical assessment, psychological assessment.

Introducción

Las características especiales del esguince cervical (EC), la presencia de una abigarrada sintomatología asociada a la cervicalgia y la existencia de una situación de litigancia en la mayoría de los casos hacen de ella una de las patologías que más hace sospechar simulación a los profesionales [1][2] y en la que, con frecuencia, el médico se encuentra ante la duda de cuánto del cuadro referido es exageración de

síntomas y cuánto patología. Esta duda lleva a realizar múltiples pruebas de imagen y función, a veces innecesarias y que no suelen aportar mucho más a la correcta exploración inicial realizada al paciente, pero que sirven de aval a la labor del médico, aunque, en ocasiones, se nos vuelven en contra ante hallazgos casuales en la imagen que nada tienen que ver con la sintomatología referida por el paciente, pero que dificultan aún más el diagnóstico diferencial y la posibilidad de la reincorporación laboral o el cierre del proceso.

Por otra parte, sabemos que los casos de simulación de discapacidad se cifran en un 30% [3]. Greve *et al.* [4] afirmaron que una discapacidad mayor a la esperada por la pa-

Correspondencia

P Capilla Ramírez.
FREMAP Madrid. Ronda de Valencia, 8. 28012 Madrid, España.
e-mail: pilar_capilla@fremap.es

tología objetiva u otras inconsistencias debe llevar a un estudio detallado de causas psicológicas o simulación, ya que no toda exageración de síntomas puede ser calificada de simulación, lo que obliga a una evaluación con criterios específicos que permita diferenciar entre simuladores y patologías psicológicas. En su estudio, estos autores encontraron que en casi la mitad de la muestra había alguna evidencia de exageración de síntomas, y en un tercio se reunieron criterios para la posible simulación de discapacidad relacionada con el dolor; por otra parte, en el 21% de los simuladores había hallazgos físicos objetivos. Estos datos indican la necesidad de un diagnóstico multidimensional y multidisciplinar, ya que con frecuencia el hallazgo físico puede no ser la causa del dolor ni de la discapacidad, y son las pruebas específicas y la valoración de los factores psicológicos y psicosociales los que nos van a llevar al diagnóstico diferencial, junto con los criterios y las pruebas médicas [5-10].

El objetivo de este proyecto es el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en EC con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad.

Material y metodología

Se trató una muestra incidental compuesta por 77 participantes: 47 pacientes con diagnóstico de EC en el Sistema Público de Salud y que no se encontraban en situación de Incapacidad Temporal (IT), ni pendientes de juicio, por tanto, sin un beneficio externo manifiesto; y otros 30 eran sujetos participantes sanos, que actuaban como «análogos», es decir, que fueron deliberadamente instruidos para simular EC. Como criterios de inclusión, los pacientes debían cumplir los siguientes requisitos: poseer una exploración física normal; radiografía AP y lateral sin alteraciones de la columna cervical, aunque admitimos la hipolordosis cervical; EMG sin signos clínicos de afectación radicular; y, finalmente, una RM sin lesiones que justificaran la clínica dolorosa cronicada que presentaban los pacientes. Los 47 pacientes del grupo de estudio eran un 70,2% mujeres, con una edad media de 39 (rango: 19 -65) (DE: 10) años. El grupo análogo también estuvo compuesto por un 70% de mujeres, con una edad media de 38 (21 - 65) (DE: 12) años. La muestra de los dos grupos fue homogénea, sin que hubiera diferencias significativas en estas variables entre los grupos considerados (pacientes clínicos y análogos).

Todos los pacientes (n=47) fueron valorados mediante la exploración física: 1) alteraciones del eje (escoliosis o cifosis); 2) balance articular activo (Ba a); 3) balance articular pasivo (Ba p); y 4) existencia de signos de compromiso radicular (reflejos osteo-tendinosos -ROT-, alteraciones de la

sensibilidad en miembros superiores -MMSS- y existencia de amiotrofias musculares). Y también mediante pruebas de imagen: 1) radiografías antero-posterior (AP) y lateral (L) de columna cervical, y 2) resonancia magnética de columna cervical (RM), junto con pruebas de función: electromiograma (EMG) de inserción en aquellos pacientes que referían dolor radicular (síndrome cervicobraquial).

Por su parte, los 30 análogos recibieron las siguientes instrucciones para la realización de las diferentes pruebas de autoinforme: «A continuación vas a responder a una prueba de evaluación psicológica. Imagina que has tenido un accidente de coche y, aunque no tienes grandes secuelas, has solicitado una indemnización económica alegando dolores intensos en la nuca, el cuello y los hombros. Además, dices experimentar fuertes mareos que te impiden caminar con seguridad, dolor de cabeza, miedo e irritabilidad. Te van a evaluar para comprobarlo y deseas mostrar una imagen más afectada que la realidad, sin que se note, pues de ello dependerá dicha indemnización. 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».

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: ■ *Neck Pain Questionnaire* (NPQ) [11]. Evalúa cómo afecta el dolor cervical a las actividades de la vida cotidiana del individuo. Como en este estudio no se han realizado medidas repetidas con el NPQ, el ítem 10 «Comparado con la última vez que contesto este cuestionario, su dolor de cuello esta:» se ha suprimido, por lo que hablaremos en todo momento de «Neck-9». ■ Cuestionario de Salud SF-36 [12]. Es un autoinforme que está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de salud, repartidos en ocho 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. ■ Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2-RF) [13][14]. Es una prueba multiescalar que evalúa personalidad clínica. Debido a que este estudio centra su atención en la búsqueda de patrones discriminantes en la simulación de síntomas relacionados con la esguince cervical, centraremos nuestro interés en las escalas de validez del MMPI-2-RF que miden tanto exageración (F-r, Fp-r, Fs, FBS-r y RBS) como minimización de síntomas (L-r y K-r) [15]. ■ Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) [16][17]. Es un instrumento de evaluación mediante autoinforme que permite obtener una puntuación total que

se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto y cinco escalas específicas referidas a síntomas atípicos, infrecuentes o improbables de psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos.

Tras la lectura y aceptación del consentimiento informado, se procedió a aplicar a todos los participantes (pacientes y análogos), de forma individualizada, los instrumentos descritos anteriormente.

Respecto a los análisis estadísticos, se calcularon las puntuaciones medias y desviaciones típicas para los dos grupos en cada uno de los cuestionarios administrados. Asimismo, se procedió al análisis de las varianzas mediante la F de Snedecor y al cálculo del tamaño del efecto de las diferencias mediante la *d* de Cohen, utilizando los criterios de interpretación propuestos por Rogers [18]. Este sugirió que en el contexto concreto de valoración de la capacidad discriminativa de instrumentos de simulación se emplearan criterios más exigentes que los planteados por el propio Cohen: 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.

Posteriormente, se procedió a realizar los estudios sobre validez predictiva de cada uno de los instrumentos utilizados, calculando la curva característica del receptor (COR), los valores del área bajo la curva, los puntos de corte para determinar la sensibilidad y especificidad, el porcentaje de casos correctos clasificados en su conjunto y el poder predictivo positivo y negativo por pruebas entre pacientes y análogos.

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/>).

I Resultados

Diferencias entre medias y tamaño del efecto

En la Tabla 1 se ofrecen las diferencias entre medias, el tamaño del efecto y la significación probabilística entre los pacientes clínicos y los sujetos análogos para todas las escalas y subescalas utilizadas en este estudio. El instrumento que mejor discriminó entre pacientes clínicos y sujetos análogos fue el Cuestionario de Salud SF-36, con un tamaño del efecto en la puntuación total grande ($d=1,4$, $p<0,001$). Las subescalas oscilan entre tamaños del efecto moderados

a grandes, y son particularmente discriminativas las subescalas de Salud General ($d=1,3$, $p<0,001$), Función Física ($d=1,2$, $p<0,001$), Función Social ($d=1,2$, $p<0,001$) y Salud Mental ($d=1,1$, $p<0,001$). En todos los casos, los sujetos análogos presentaron puntuaciones con peor calidad de vida debido a la cervicalgia (bajas puntuaciones) que los pacientes clínicos con dolor cervical real diagnosticado.

El *Neck Pain Questionnaire* mostró una buena capacidad de discriminación, ya que la puntuación total presenta un tamaño del efecto grande ($d=1,1$, $p<0,001$). Inversamente a lo que ocurre con el SF-36, los sujetos análogos presentaron puntuaciones más elevadas, que indican que existe una mayor incidencia de la dolencia sobre las actividades cotidianas del individuo, frente a los pacientes clínicos con cervicalgia crónica. Respecto a las escalas de validez del Cuestionario de Personalidad MMPI-2-RF, encontramos que el indicador más discriminante es la Escala de Validez de Síntomas o FBS-r ($d=1,3$, $p<0,001$). Los sujetos análogos puntúan significativamente más alto, por encima del punto de corte de significación clínica ($T\geq 65$), que los pacientes clínicos con EC. Esta escala fue construida a partir de criterios empíricos y racionales buscando detectar una doble estrategia de simular un alto grado de afectación debido a la lesión y una minimización de los problemas emocionales y de personalidad previos al accidente o lesión; en suma, una combinación de exageración y minimización presente habitualmente en los contextos de reclamaciones por accidentes o lesiones o solicitudes de incapacidad [19]. Con tamaños del efecto más moderados pero muy significativos encontramos la escala RBS ($d=0,9$, $p<0,001$), que evalúa exageración de los problemas de concentración y memoria, y donde los sujetos análogos puntúan significativamente más alto, por encima del punto de corte de significación clínica ($T\geq 65$), que los pacientes clínicos. Las escalas de exageración de síntomas F-r y Fs presentan tamaños del efecto muy moderados, con menor significación estadística que las anteriores, y las puntuaciones no superan el punto de corte de significación clínica en el MMPI-2-RF ($T\geq 65$). Finalmente, ni la escala Fp-r, sensible a la exageración de síntomas relacionados con trastorno mental grave, ni las escalas L-r y K-r, relacionadas con minimización/ocultación de síntomas, presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Respecto a la escala de exageración de síntomas SIMS, la puntuación total presentó valores discriminantes con tamaños del efecto grandes ($d=1,0$, $p<0,001$), siendo particularmente interesantes los tamaños del efecto encontrados para la Escala de Deterioro Neurológico Dn ($d=1,2$, $p<0,001$) y Trastornos Afectivos Ta ($d=1,2$, $p<0,001$). En todos los ca-

Tabla 1. Diferencias entre medias y tamaño del efecto entre pacientes clínicos diagnosticados de cervicalgia/esguince cervical y sujetos simuladores análogos en los cuestionarios utilizados

Prueba/escala	Pacientes clínicos Media (sd)	Simuladores análogos Media (sd)	F	d (Cohen)
Cuestionario de dolor cervical <i>Neck Pain Questionnaire</i> (NPQ)				
NPQ-9	16,5 (7,0)	23,6 (5,0)	21,676***	1,1
Cuestionario de Salud SF-36				
SF-36 Total	52,5 (19,9)	29,3 (12,4)	32,312***	1,4
SF-36 Función Física	64,5 (28,2)	36,0 (17,1)	24,571***	1,2
SF-36 Rol Físico	22,7 (38,0)	3,3 (18,3)	6,714*	0,6
SF-36 Dolor Corporal	32,1 (25,8)	16,1 (15,3)	9,311**	0,7
SF-36 Salud General	55,9 (21,1)	32,5 (14,2)	28,140***	1,3
SF-36 Vitalidad	43,0 (22,6)	26,7 (16,2)	11,458**	0,8
SF-36 Función Social	57,7 (25,3)	30,8 (20,2)	23,502***	1,2
SF-36 Rol Emocional	62,1 (45,2)	32,2 (41,5)	8,315**	0,7
Sf-36 Salud Mental	60,4 (19,2)	41,5 (16,4)	19,331***	1,1
Cuestionario de Personalidad MMPI-2-RF (Escala de Validez)				
F-r	46,9 (8,0)	53,8 (9,0)	11,485**	0,8
Fp-r	47,0 (8,2)	48,6 (8,1)	0,646 ns	0,2
Fs	52,2 (8,9)	60,5 (14,2)	9,078**	0,7
FBS-r	57,6 (11,6)	73,8 (14,3)	27,041***	1,3
RBS	52,4 (20,2)	70,6 (19,9)	13,698***	0,9
L-r	54,2 (10,5)	53,0 (8,1)	0,275 ns	0,1
K-r	53,9 (10,4)	51,4 (9,4)	1,017 ns	0,2
Inventario de Simulación de Síntomas - SIMS				
SIMS-Total	10,4 (5,3)	16,4 (6,8)	18,276***	1,0
SIMS-Dn	2,3 (2,3)	5,3 (2,9)	25,265***	1,2
SIMS-Ta	5,0 (2,2)	7,6 (2,0)	26,130***	1,2
SIMS-Ps	0,3 (0,6)	1,0 (1,7)	6,274*	0,6
SIMS-Bi	2,3 (1,4)	1,7 (1,4)	3,310 ns	0,4
SIMS-Am	0,5 (1,1)	0,9 (1,5)	1,190 ns	0,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ ns = no significativo.

Los sujetos análogos puntuaron significativamente más alto que los pacientes clínicos con EC.

Resulta interesante apuntar que las escalas clínicas que evalúan el impacto del dolor cervical en la vida cotidiana, SF-36 y NPQ, mostraron una correlación alta y significativa, inversamente relacionada, respecto a la puntuación total ($r_{xy} = -.701$, $p < .01$). Este dato demostró la convergencia entre escalas independientes: a menor incidencia de la dolencia cervical sobre las actividades cotidianas del individuo (NPQ), mayor estado de salud autoinformado (SF-36), o bien, a mayor impacto del dolor cervical, menor estado de salud. Entre las subescalas del Cuestionario de Salud SF-36 que mejor correlacionaron con el *Neck Pain Questionnaire* en-

contramos las escalas referidas a Función Física ($r_{xy} = -.732$, $p < .01$) y Dolor Corporal ($r_{xy} = -.645$, $p < .01$) (Tabla 2).

En relación a las pruebas que incluyeron escalas sobre exageración y validez de los síntomas, MMPI-2-RF y SIMS, encontramos correlaciones positivas altas y significativas entre el total del SIMS y las escalas de exageración RBS, F-r, FBS-r y Fs, con una tendencia similar respecto a las subescalas del SIMS Deterioro Neurológico y Trastornos Afectivos. Las escalas L-r y K-r presentaron una relación inversa al tratarse de escalas de ajuste psicológico y minimización de síntomas, respectivamente. La escala Fp-r, sensible a la exageración de síntomas relacionados con trastorno mental grave, no presentó correlaciones significativas (Tabla 3).

Tabla 2. Correlaciones entre las escalas SF-36 y NPQ

	Neck Pain Questionnaire 9 ítems
SF-36 TOTAL	-.701**
Función Física	-.732**
Rol Físico	-.465**
Dolor Corporal	-.645**
Salud General	-.232
Vitalidad	-.452**
Función Social	-.535**
Rol Emocional	-.324*
Salud Mental	-.357*

* $p < 0,05$ (bilateral); ** $p < 0,01$ (bilateral)

Validez predictiva

Para el estudio de la validez predictiva en la correcta clasificación de pacientes clínicos sin sospecha de simulación *versus* simuladores análogos se consideraron solamente las escalas que presentaban tamaños del efecto de moderados

a grandes, rango de Cohen entre 0,9-1,4, entendiendo que son las escalas que mejor discriminan en nuestro estudio. Para las escalas de impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida y las actividades cotidianas (NPQ y SF-36), al ser instrumentos concebidos prioritariamente en el ámbito clínico y dirigidos a evaluar el seguimiento de la enfermedad, seleccionamos los puntos de corte que mantuvieran un cierto equilibrio entre sensibilidad y especificidad, pero manteniendo el mayor porcentaje global de acierto posible. Para determinar los puntos de corte en las escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF, buscamos los valores de mayor especificidad posible (cerca de 0,90) [20]. Finalmente, respecto al SIMS mantuvimos los puntos de corte recomendados en la adaptación española de la prueba [16]. La Tabla 4 muestra los valores de validez predictiva, incluyendo el área bajo la curva, sensibilidad, especificidad, porcentaje global de acierto (casos correctos clasificados en su conjunto) y poder predictivo positivo y negativo para tasas de prevalencia estimada del 15%, 30% y 50%, respectivamente.

Tabla 3. Correlaciones entre las escalas del MMPI-2-RF y el SIMS

	SIMS-Total	SIMS-Dn	SIMS-Ta	SIMS-Ps	SIMS-Bi	SIMS-Am
F-r	.562**	.554**	.449**	.233	-.033	.570**
Fp-r	.271	.245	.343*	-.018	-.121	.267
Fs	.525**	.545**	.575**	.012	-.034	.282
FBS-r	.553**	.528**	.492**	.136	-.003	.540**
RBS	.731**	.680**	.634**	.165	.154	.552**
L-r	-.039	-.008	-.083	-.008	.266	-.281
K-r	-.359*	-.367*	-.403**	-.251	.165	-.232

* $p < 0,05$ (bilateral); ** $p < 0,01$ (bilateral)

Tabla 4. Datos de validez predictiva entre las escalas que mejor discriminan entre grupos

Escala/Punto de corte	AUC	Sen.	Esp.	% global	Prev.=15%		Prev.=30%		Prev.=50%	
					PPP	PPN	PPP	PPN	PPP	PPN
NPQ ≥ 21	0,794	0,73	0,80	76%	0,39	0,94	0,61	0,87	0,79	0,75
SF-36 Total ≤ 35	0,838	0,73	0,80	76%	0,39	0,94	0,61	0,87	0,78	0,75
FBS-r $\geq 76^*$	0,793	0,50	0,93	66%	0,54	0,91	0,74	0,81	0,87	0,65
RBS $\geq 72^*$	0,761	0,50	0,88	64%	0,41	0,91	0,63	0,80	0,80	0,64
SIMS-Total ≥ 16	0,727	0,42	0,85	60%	0,33	0,89	0,55	0,77	0,74	0,60
SIMS-Dn ≥ 3	0,762	0,73	0,78	75%	0,36	0,94	0,58	0,87	0,76	0,74
SIMS-Ta ≥ 7	0,757	0,50	0,88	65%	0,41	0,91	0,63	0,80	0,80	0,64

Puntos de corte en puntuación directa, excepto * = Puntuación T; AUC = área bajo la curva; Sen. = Sensibilidad; Esp. = Especificidad; % global = Porcentaje global de acierto (porcentaje de casos correctos clasificados en su conjunto); Prev. = Tasa de prevalencia estimada bajo la cual se han calculado el poder predictivo positivo (PPP) y el poder predictivo negativo (PPN).

I Discusión

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, constituidos por sujetos adultos sanos a los que se les instruirá deliberadamente para que mintieran y simulasen síntomas consistentes con el diagnóstico de EC. El empleo de grupos análogos en el estudio empírico de la simulación está ampliamente documentado [7][10] 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). En el contexto clínico médico-legal, las patologías más simuladas suelen ser aquellas cuya sintomatología resulta difícil de relacionar claramente con una base orgánica objetivable. En general, los datos indican que en este contexto las conductas de simulación más frecuentes son la exageración de síntomas (dolor) y la exageración de la discapacidad, por la posibilidad de obtener incentivos económicos [7]. En este marco podemos encuadrar aquellos esguinces cervicales que se cronifican sin que el clínico encuentre una causa aparente, y que cursan con una marcada discrepancia síntomas/signos, así como aquellos otros cuya sintomatología principal es de difícil objetivación y evaluación (v.g., mareos inespecíficos, cefaleas...). Sin embargo, hay que resaltar la importancia de la correcta evaluación, porque si es importante detectar la simulación, lo es más aún no catalogar de simulación a un paciente honesto.

Nuestro estudio, basado en un diseño con análogos, nos ha permitido explorar cómo se comportan distintos instrumentos de evaluación mediante autoinforme con sujetos instruidos deliberadamente para simular dolor y discapacidad cervical, en comparación con pacientes diagnosticados de cervicgia pero que respondieron honestamente (*bona-fide*). En este sentido, nuestros resultados indican que los simuladores presentan mayores puntuaciones en el *Neck Pain Questionnaire*, que indica una peor calidad de vida debido a la cervicgia, y menores puntuaciones en el SF-36, tanto en el total como en las subescalas, que indica un peor estado de salud general. También muestran mayores puntuaciones en las escalas de validez del MMPI-2-RF F-r, Fs, FBS-r y RBS, indicando una tendencia a la exageración de síntomas improbables, somáticos y problemas de concentración y memoria. Igualmente, presentan mayores puntuaciones en el SIMS total y en las subescalas de Deterioro Neurológico y Trastornos Afectivos, indicando una mayor tendencia a la exageración de síntomas especialmente de tipo somático-neurológico y síntomas atípicos de ansiedad y depresión.

Aunque nuestro estudio ha encontrado patrones de actuación bien diferenciados entre pacientes *bona-fide* y simuladores análogos de cervicgia, es bien cierto que dichos simuladores son sujetos sanos y no pacientes diagnosticados. Por ello, en futuros estudios sería deseable contar con muestras clínicas de pacientes con un diagnóstico y estatus clínico similar pero en condiciones de litigancia y no litigancia, y más aún, contar con grupos de simuladores confirmados mediante criterios/jueces externos, a fin de poder contrastar y ajustar los resultados encontrados en este estudio. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamilton JC, Feldman MD. «Chest pain» in patients who are malingering. En Hurst JW, Morris DC (eds.), Chest pain. Armork, NY: Futura Publishing Co; 2001. p. 443-56.
2. Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P, González Ordi H. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud* 2013; 24:139-51.
3. Mittenberg W, Patton C, Canyock E, Condit D. Base rates of malingering and symptom exaggeration. *J Clin Exp Psychology* 2002; 24:1094-102.
4. Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ, Curtis KL. Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medic-Legal Context. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90:1117-26.
5. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga BS. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud* 2008; 19:393-415.
6. Capilla Ramírez P, González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica. Estudio de casos. *Trauma Fund MAPFRE* 2009; 20:255-63.
7. González Ordi H, Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P (eds.). Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
8. Capilla Ramírez P, González Ordi H. Simulación en patología dolorosa del raquis cervical (Cervicgia/Esguince cervical). *Rev Esp de Med Legal* 2012; 38:76-84.
9. Capilla Ramírez P. Esguince cervical y cervicgia crónica. En: González Ordi H, Santamaría P, Capilla P (eds.). Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. Madrid: TEA ediciones; 2012. p. 375-96.
10. Rogers R, Gillard ND, Berry DTR, Granacher RP. Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment: A Known-Groups Study. *J Psychopathol Behav Assess* 2011; 33:355-67

11. González Henández T, Balsa Criado A, González Secunda I, Zamorano E, Sainz de Murieta J, Pérez Are J, *et al.* Adaptación del Northwick Park Neck Questionnaire a la población española. *Rev Esp de Reumatol* 1999; 5: 176
12. 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 Clín (Barc.)* 1995; 104:771-6.
13. Ben-Porath YS, Tellegen A. *MMPI-2-RF Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008.
14. Santamaría Fernández P. *Adaptación española del MMPI-2-RF*. Madrid: TEA Ediciones 2009.
15. Santamaría Fernández P, González Ordi H. Evaluación mediante autoinforme. En: González Ordi H, Santamaría P, Capilla P (eds.). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones; 2013. p. 185-273.
16. González Ordi H, Santamaría Fernández P. *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)*. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
17. Widows MR, Smith GP. *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. Professional manual. Lutz, FL PAR: Psychological Assessment Resources; 2005
18. Rogers R. Detection strategies for malingering and defensiveness. En: Rogers R (ed.). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York: The Guilford Press; 2008. p. 14-35.
19. Greiffenstein MF, Fox D, Lees-Haley PR. The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. En: Boone KB (ed.). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective*. Nueva York: Guilford Press; 2007. p. 210-35.
20. Sellbom M, Bagby RM. Detection of Overreported Psychopathology With the MMPI-2 RF Form Validity Scales. *Psychol Assess* 2010; 22: 757-67.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este trabajo. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.