

**UNIVERSITAT  
JAUME I**

**Departament de Psicologia Evolutiva,  
Educativa, Social i Metodologia**

---

**“SIMULACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA Y SU DETECCIÓN  
EN EL CONTEXTO MÉDICO-LEGAL: VALORACIÓN DE  
LA CAPACITACIÓN LABORAL EN EL ÁMBITO  
ESPAÑOL”**

**Memoria para optar al grado de doctor por la Universitat Jaume I de Castelló**

Presentada por:

**SUSANA CERVERA LLORENS**

Dirigida por los doctores:

**Pilar Jara Jiménez**

**Francisco Herrero Machancoses**

**CASTELLÓN, 2017**



***“Siempre se ayuda la mentira de lo cierto para atacar la verdad”***

***Séneca.***



***“El que da, no debe volver a acordarse; pero el que recibe nunca debe olvidar”***

***Proverbio Hebreo***

***A todos los que me habéis regalado vuestro tiempo, energía, apoyo y saber.***

***Gracias***



# INDICE

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>2.1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
<b>3.1. Objetivo general</b>	<b>40</b>
<b>3.2. Objetivos específicos</b>	<b>40</b>
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>42</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>45</b>
<b>5.1. Diseño</b>	<b>45</b>
<b>5.2. Muestra</b>	<b>45</b>
<b>5.3. Instrumentos</b>	<b>48</b>
<b>5.4. Variables incluidas en el estudio.</b>	<b>57</b>
<b>5.5. Procedimiento</b>	<b>58</b>
<b>5.6. Aspectos éticos</b>	<b>61</b>
<b>5.7. Análisis de datos</b>	<b>61</b>
<b>6. Resultados</b>	<b>68</b>
<b>Hipótesis 1.</b>	<b>80</b>
<b>Hipótesis 2.</b>	<b>84</b>
<b>Hipótesis 3.</b>	<b>88</b>
<b>Hipótesis 4.</b>	<b>93</b>
<b>Hipótesis 5.</b>	<b>99</b>
<b>Hipótesis 6.</b>	<b>110</b>
<b>7. Discusión general</b>	<b>114</b>
<b>8. Conclusiones</b>	<b>128</b>
<b>9. Referencias</b>	<b>133</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO A: HISTORIAL PSICOBIOSOCIAL</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO B: INVENTARIO ESTRUCTURADO SIMS</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO C: INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON - III</b>	<b>158</b>





## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Número anual de publicaciones sobre simulación desde 1980 a 2016 (ISI Web of Knowledge, 2016).</i>	4
<i>Figura 2. Evolución del desempleo y del gasto en IT entre 2003 y 2015 en España</i>	5
<i>Figura 3. Visión general de los tipos y diseños de investigación</i>	45
<i>Figura 4. a) Teorema de Bayes VPP; b) Sustitución de los parámetros para el cálculo del VPP; c) Teorema de Bayes VPN; d) Sustitución de los parámetros para el cálculo del VPN</i>	64
<i>Figura 5. Prevalencia de simulación en la muestra Probables simuladores/No simuladores</i>	68
<i>Figura 6. Diagnóstico clínico para la muestra global</i>	71
<i>Figura 7. Distribución de la tipología de problemas ambientales en el diagnóstico de trastorno adaptativo para la muestra global</i>	72
<i>Figura 8. Conclusión según capacitación laboral y tratamiento requerido para la muestra global</i>	73
<i>Figura 9. Comparación de las puntuaciones medias en síndromes clínicos entre los grupos</i>	80
<i>Figura 10. Box-plots síndromes clínicos para la muestra global (N = 299)</i>	81
<i>Figura 11. Box-plots síndromes clínicos Probables simuladores vs No simuladores</i>	82
<i>Figura 12. Comparación de las puntuaciones medias en las escalas de personalidad entre los grupos</i>	85
<i>Figura 13. Porcentaje según grupos y nivel de estudios</i>	89
<i>Figura 14. Diagnóstico clínico según el grupo de clasificación</i>	92
<i>Figura 15. Ganancia externa según el grupo de clasificación</i>	93
<i>Figura 16. Medias en las puntuaciones del SIMS y tamaño del efecto de las diferencias, entre probables simuladores y no simuladores</i>	96
<i>Figura 17. Índices de utilidad de la escala total del SIMS para diferentes puntos de corte</i>	97
<i>Figura 18. Escala total del SIMS, área bajo la curva</i>	98
<i>Figura 19. Subescalas del SIMS. Área bajo la curva</i>	99
<i>Figura 20. Perfil de las escalas de validez del MCMI-III en función del grupo</i>	102
<i>Figura 21. Medias y tamaño del efecto para las escalas de validez del MCMI-III para probables simuladores y no simuladores</i>	104
<i>Figura 22. Escala de sinceridad del MCMI-III. Área bajo la curva</i>	106
<i>Figura 23. Escala de deshabilidad social del MCMI-III. Área bajo la curva. El estado real positivo es no Simulador</i>	107
<i>Figura 24. Escala de devaluación del MCMI-III. Área bajo la curva</i>	108

<i>Figura 25. Sensibilidad y Especificidad de las escalas de validez del MCMI-III valorando diferentes puntos de corte</i>	109
<i>Figura 26. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de sinceridad del MCMI-III</i>	111
<i>Figura 27. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de deseabilidad del MCMI-III</i>	111
<i>Figura 28. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de devaluación del MCMI-III</i>	112

## INDICE DE TABLAS

1. <i>Listado de factores e incentivos vinculados a la exageración de síntomas (Iverson, 2007)</i>	9
2. <i>Criterios comunes y diferenciales entre la simulación, los trastornos somatomorfos y los trastornos facticios (modificada de González Ordi, 2011)</i>	14
3. <i>Incidencia de simulación por patologías en EE.UU (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009)</i>	19
4. <i>Incidencia de simulación por patologías en España (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009)</i>	20
5. <i>Criterios multidimensionales de sospecha clínica de simulación de (González Ordi, Capilla Ramírez, y Matalobos Veiga, 2008)</i>	23
6. <i>Criterios de presencia de simulación de (Samuel y Mittenberg, 2006)</i>	24
7. <i>Estrategias de identificación de simulación de síntomas psiquiátricos (modificada de Rogers, 2008a)</i>	25
8. <i>Valores de sensibilidad, especificidad y poder predictivo positivo (PPP) y poder predictivo negativo (PPN) del SIMS (Van Impelen, Merckelbach, Jelacic, y Merten, 2014)</i>	51
9. <i>Características sociodemográficas de la muestra global</i>	69
10. <i>Características laborales de la muestra global</i>	70
11. <i>Características relativas al proceso de IT de la muestra global</i>	73
12. <i>Características sociodemográficas de los subgrupos</i>	74
13. <i>Características laborales de los subgrupos</i>	75
14. <i>Características de salud de los subgrupos</i>	77
15. <i>Características relativas al proceso de IT de los subgrupos</i>	79
16. <i>Incidencia por patologías en el área de la IT</i>	79
17. <i>Diferencias entre los grupos de contraste en las puntuaciones medias de los síndromes clínicos del MCMI-III</i>	82
18. <i>Diferencia de medias entre los grupos de clasificación en los síndromes clínicos del MCMI-III</i>	83
19. <i>Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de síndromes clínicos, para la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal</i>	84
20. <i>Diferencias entre los grupos de clasificación en las escalas de personalidad del MCMI-III</i>	85
21. <i>Diferencia de medias por pares en las escalas de personalidad del MCMI-III</i>	86
22. <i>Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de personalidad (patrones clínicos y patología grave de la personalidad), para</i>	

<i>la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal</i>	87
23. <i>Correlaciones entre las subescalas del SIMS y las escalas de personalidad (patrones clínicos y patología grave de la personalidad), para la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal (N =299)</i>	88
24. <i>Relación de dependencia entre variables sociodemográficas y grupo de contraste</i>	89
25. <i>Relación de dependencia entre Variables de salud y grupo de contraste</i>	90
26. <i>Relación de dependencia entre Variables relativas al proceso de IT y grupo de contraste</i>	92
27. <i>Diferencias entre los grupos de estudio para la puntuación total y subescalas del SIMS. Prueba de Kruskal Wallis</i>	94
28. <i>Comparaciones por pares entre los grupos Probables simuladores y no simuladores en la puntuación total y subescalas del SIMS. Prueba de U de Mann-Whitney</i>	95
29. <i>Comparación entre probables simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias del SIMS</i>	95
30. <i>Valores de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN e índice de Kappa de la puntuación total y las subescalas del SIMS en la clasificación de la muestra en las condiciones probables simuladores/no simuladores para diferentes puntos de corte</i>	96
31. <i>Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de sinceridad del MCMI-III</i>	102
32. <i>Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de discapacidad social del MCMI-III</i>	103
33. <i>Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de devaluación del MCMI-III</i>	104
34. <i>Eficacia clasificatoria de las escalas de validez del MCMI-III para las condiciones de estudio probables simuladores/no simuladores</i>	105
35. <i>Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de validez del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal</i>	110
36. <i>Correlaciones entre las subescalas del SIMS y las escalas de validez del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal</i>	112

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La simulación de psicopatología en procesos de solicitud y/o mantenimiento de una prestación de incapacidad temporal (IT), constituye una de las problemáticas con consecuencias tanto para el individuo que desarrolla esta conducta, como para el global de la sociedad, de mayor incidencia socio-sanitaria. Sin embargo, a pesar del creciente estudio teórico-práctico de este comportamiento, aún existe insuficiente evidencia empírica que permita concluir acerca de su etiología, evaluación y diagnóstico.

El objetivo de esta tesis es analizar la entidad de la simulación en el contexto médico-legal en procesos de incapacitación temporal, en cuanto a prevalencia, trastornos clínicos prevalentemente simulados, caracterización sociodemográfica y de personalidad de los sujetos con probabilidad de simulación, así como la utilidad diagnóstica de simulación, de la versión española de los cuestionarios SIMS (González-Ordi y Santamaría, 2009) y MCMI-III (Cardenal y Sánchez, 2007), a partir de una muestra incidental compuesta por 299 sujetos en situación de incapacidad laboral temporal por enfermedad mental, atendidos por la mutua UMIVALE entre los años 2014 y 2015, en función de un diseño de grupos conocidos que utiliza criterios protocolizados.

Los principales resultados obtenidos, muestran una prevalencia de simulación de alrededor del 20%, así como que los trastornos afectivos y emocionales, emergen como los prevalentemente simulados en el contexto de estudio. No se ha encontrado un perfil de personalidad vinculado a la simulación, asimismo no se ha determinado una relación entre este comportamiento y la personalidad antisocial, los datos disponibles apoyan una perspectiva adaptativa de la simulación.

Los resultados de esta tesis, respaldan la utilidad del cuestionario SIMS como prueba de screening ante la simulación, evidenciando la puntuación total del mismo como la más discriminante; a la vez que apoyan la utilidad de la escala de sinceridad del cuestionario MCMI-III en la clasificación entre sujetos probables simuladores y sujetos con respuesta genuina, por último, también se destaca la naturaleza bidireccional de las escalas de validez del MCMI-III en la detección de distorsión de respuesta. Para ambos cuestionarios, se valoran los puntos de corte que optimizan la eficacia diagnóstica en el contexto médico-legal. En cuanto al uso conjunto de los cuestionarios, los resultados informan de una moderada validez convergente.

**Palabras clave:** simulación, personalidad, distorsión de respuesta, incapacidad temporal, contexto médico-legal, SIMS, MCMI-III, utilidad diagnóstica.

# 1. INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones fundamentales en los contextos donde la evaluación psicológica no implica voluntariedad por parte del sujeto, es el abordaje de la distorsión clínica, especialmente de aquella que resulta deliberada, definida como simulación (Echeburúa, Muñoz, y Loinaz, 2011). La simulación o lo que es lo mismo, la producción intencionada de síntomas físicos y/o psicológicos desproporcionados o falsos motivada por objetivos externos (American Psychiatry Association (APA), 2013), resulta una de las principales problemáticas que se ocasionan en el contexto médico-legal, con el significativo coste, tanto en términos económicos como de recursos humanos con la inversión de tiempo de atención clínica y, el consecuente menoscabo en la capacidad de los profesionales para abordar aquellos casos de necesidad real. En definitiva, la simulación supone en muchos casos un grave fraude económico para la sociedad, incluso es posible que el paciente que simula síntomas llegue a evolucionar hasta configurarse en un enfermo real a partir del permanente proceso de alienación, introyección y autoexclusión laboral (Losa, 2009).

Sin embargo, y aunque el número de investigaciones sobre simulación ha aumentado de forma significativa durante la última década (Santamaría Fernández, 2014) son escasos los estudios sobre simulación y su detección. La Figura 1 muestra la evolución. En este sentido, en España, apenas existen datos sobre prevalencia de simulación en los diferentes ámbitos (clínico, médico-legal y forense), ni sobre los cuadros clínicos prevalentemente simulados (Santamaría Fernández, Capilla Ramírez, González Ordi, 2013).

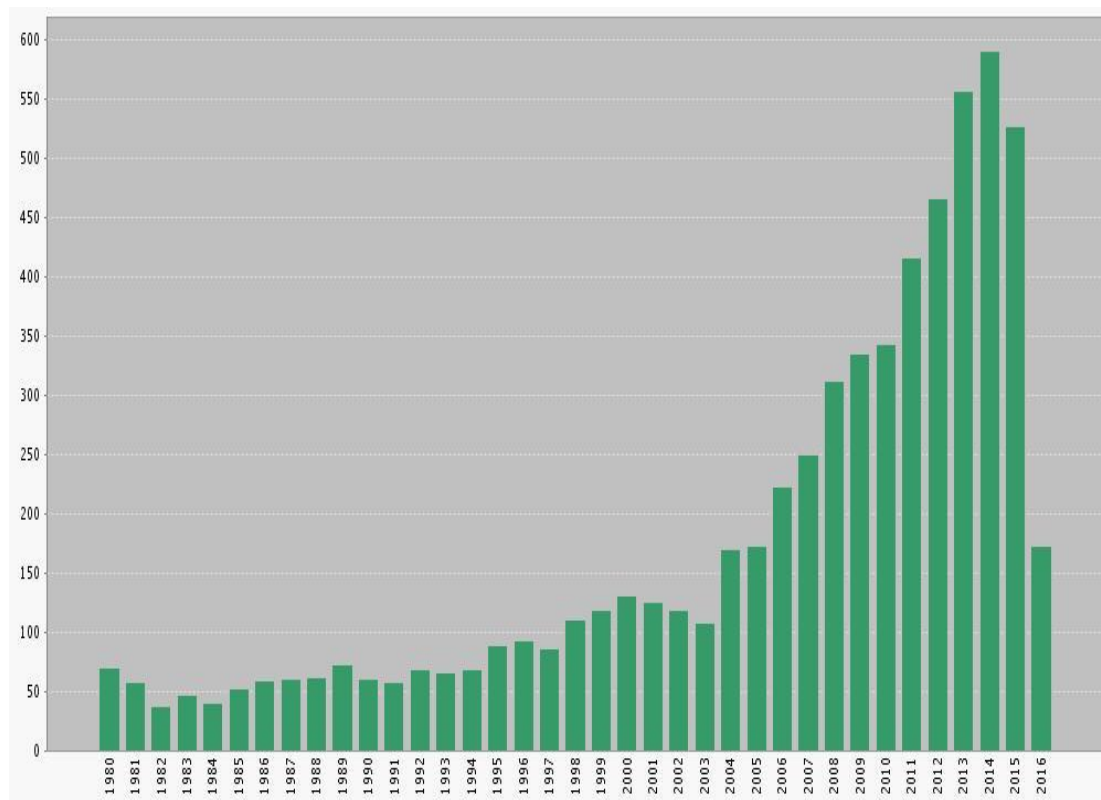
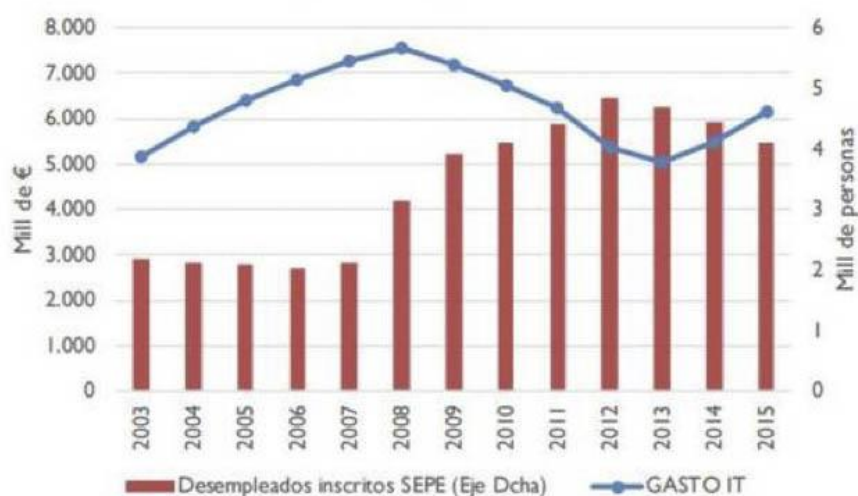


Figura 1. Número anual de publicaciones sobre simulación desde 1980 a 2016 (ISI Web of Knowledge, 2016).

Si además, se atiende a que los escasos datos existentes informan de que en el contexto médico-legal, las patologías estimadas con mayor prevalencia de simulación son aquellas relacionadas con el dolor crónico, junto a los trastornos emocionales (González Ordí, 2011), y que en general los trastornos mentales, suponen la segunda causa de baja laboral en España, así como el tercer grupo de patología que más gasto implica al sistema sanitario público, en concreto 5.379,75 millones de euros en 2015 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016), a la vez que se estima en los próximos 15 años un coste asociado de más de 44 billones de euros, a nivel mundial (Bloom et al., 2012), parece clara la necesidad de ahondar en el constructo y, de forma específica, hacerlo con población española y en este contexto. En la Figura 2 se presenta la curva de la evolución del gasto en incapacidad temporal (IT) desde el año 2003 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016).





Fuente: MEYSS

Figura 2. Evolución del desempleo y del gasto en IT entre 2003 y 2015 en España

En España, la gestión de la IT ya sea por contingencias comunes (CC) o por accidente de trabajo (AT) resulta el gasto más importante a la Seguridad Social, seguido del de farmacia y del de los gastos de personal, a lo que se ha de sumar la carga burocrática que implica la gestión de la IT y sus repercusiones (Blasco Saiz y Pallardó Durá, 2013). En Europa, tal y como señala la Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD, 2009), los costes económicos y sociales vinculados a la incapacidad temporal, representan del 1,5% al 2% del producto interior bruto (PIB). Esta realidad socio-económica evidencia la necesidad de investigación, de formación y de concienciación sobre la adecuación de la IT a los problemas de salud mental en cuanto a su obtención y/o a su prolongación indebida (Gili, Roca, Basu, McKee, y Stuckler, 2013), puesto que el abordaje teórico de la conducta de simulación en el ámbito de la incapacitación laboral, contribuirá en la pericia para descartar estados mentales simulados y, en la prevención de situaciones socio-laborales injustificadas. Asimismo, dicho abordaje incidirá en la detección precoz de procesos de simulación

que en ocasiones puedan desembocar en el desarrollo de un cuadro clínico real (Losa, 2009).

Así pues, la IT debe estar estrictamente fundamentada, tanto por las posibles consecuencias clínicas derivadas de la inactividad y el aislamiento que puede suponer la situación IT, como por todo lo relativo al posible abuso y al fraude (Gervás, Ruíz, y Pérez, 2006). En este sentido, se ha observado tasas de entre un 14% y un 30% de simulación de psicopatología en casos de indemnización laboral o de discapacidad (Mittenberg, Patton, Canyock, y Condit, 2002). Sin embargo, aunque se han desarrollado protocolos fiables y válidos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, no se han establecido métodos igual de precisos para descartar que dicho estado mental sea simulado (Arce, y Pampillón, 2002). Aún hoy, no disponemos de suficientes instrumentos empíricamente validados que evidencien la simulación (Matalobos y González Ordi, 2007) pero, hasta la década de 1980 descartar estados mentales fingidos suponía una cuestión subjetiva y poco específica (Sweet, 2008). Los estudios empíricos y meta-análisis realizados a partir de esa fecha, evidencian que los profesionales de la salud no detectan la simulación más de lo que se espera por azar, ni con mayor pericia con la que lo hace la población general (Aamodt y Custer, 2006; Masip, 2005 ).

Estos hallazgos generan un movimiento progresivo hacia un auge en la investigación de la simulación y hacia un nuevo enfoque que asume la evaluación de estados mentales fingidos como parte nuclear del proceso diagnóstico debido a: las altas prevalencias de simulación estimadas, a las consecuencias de esta conducta en el ámbito clínico y pericial, a la incorporación del diagnóstico de simulación en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), así como por la repercusión en los datos de investigación derivada de la posibilidad de contabilizar en las muestras

clínicas un número significativo de falsos positivos, si no se descarta el constructo (Rosen, 2006; Victor, Boone, y Kulick, 2010). Sin embargo, aún existe un significativo desfase entre la fundamentación teórica actual de la simulación y la base teórica y criterios diagnósticos que propone el DSM-5 (APA, 2013)

Esta tesis analiza el estado de la simulación de psicopatología en cuanto a datos de prevalencia de simulación, a trastornos prevalentes, al posible perfil sociodemográfico que caracteriza a los sujetos con sospecha de simulación y a la valoración de la existencia de características de personalidad facilitadoras de la tendencia a simular. Todo lo anterior, a partir de la información recabada en los informes periciales de capacitación laboral de población española en situación de IT, ya sea por CC o AT, de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Colaboradora con la Seguridad Social nº 15 en la gestión de la IT, UMIVALE, realizados entre 2014 y 2015.

Asimismo, por la relevancia de los instrumentos de autoinforme en la evaluación multimétodo y multisistema, actualmente asumida como el proceder adecuado, en la detección de la simulación (González Ordi, Santamaría y Capilla Ramirez, 2012), esta investigación estudia la utilidad diagnóstica en muestras españolas y en el contexto médico-legal del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) (Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005) en su adaptación española (González-Ordi y Santamaría, 2009), y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) (Millon y Davis, 1997) en su versión española (Cardenal y Sánchez, 2007), así como su validez convergente.

En cuanto a su estructura, esta tesis se ha dividido en dos bloques: el primero hace referencia al marco teórico, y el segundo de los apartados se centra en el estudio empírico. El marco teórico aborda el concepto de simulación, los modelos explicativos

del fenómeno propuesto, los criterios utilizados para su diagnóstico, los datos de prevalencia y los diseños de investigación del constructo. El segundo bloque desarrolla la investigación empírica. Concretamente, se exponen los objetivos de investigación, las hipótesis de partida, el método, procedimiento y la metodología utilizada, y por último se presenta los resultados obtenidos, así como las conclusiones extraídas.

La información derivada de esta tesis doctoral, pretende contribuir al conocimiento sobre simulación de psicopatología en el área de la IT en la población española. Con el objetivo último de abundar en la evidencia empírica que aspira a permitir que el dispositivo socio-sanitario no incorpore a aquellos sujetos simuladores y, consecuentemente, se proteja a los pacientes con patología genuina, al no verse mermados injustificadamente los recursos del sistema de salud. En definitiva, contribuir a una gestión más eficiente de los recursos socio-sanitarios. Por último, cabe resaltar el valor ambiental y contextual de este estudio, por haberse realizado con pacientes valorados en su proceso de incapacitación laboral.

## 2. MARCO TEÓRICO

La construcción de síntomas o el mantenimiento de la enfermedad por parte del paciente, que asume el rol de enfermo injustificadamente, no siempre es un acto consciente, ni mucho menos un intento deliberado de fraude. Este comportamiento, puede quedar predispuesto por variables como el distrés crónico, los problemas de salud mental, los eventos vitales traumáticos, los estresores psicosociales, etc., y, mantenerse por el efecto etiquetado, la inadecuada información, una escasa implicación terapéutica, o la propia IT entre otros factores (Richardson y Engel, 2004). La Tabla 1 enumera algunas de las variables vinculadas a la sintomatología psicológica, somática, y/o cognitiva magnificada, ya sea verbalmente o a través de los indicadores de exageración de sintomatología de las medidas de auto-informe.

**Tabla 1**

**Listado de factores e incentivos vinculados a la exageración de síntomas (Iverson, 2007)**

---

Factores psicosociales.	Pensamiento depresivo negativista.
Refuerzo conducta de exageración de síntomas (p.e. dolor crónico).	Características y desórdenes de la personalidad.
Justificación.	Efecto nocebo.
Dependencia.	Elusión de responsabilidades.
Frustración o Ira.	Factores psicosociales.
Ansia de lucro.	Reclamo de atención.
Somatización.	Búsqueda de atención médica especial.
Búsqueda de derechos o privilegios.	Obtención de medicamentos.

---

Así pues, la magnificación de síntomas es un componente básico de la simulación, (Greve, Ord, Bianchini, y Curtis, 2009a), pero, para ser considerada simulación, la magnificación sintomatológica tiene que ser intencional, consciente, estar dirigida a la consecución de un beneficio externo y no deben existir otras explicaciones

plausibles para dicho comportamiento (Iverson, 2010). Se entiende por simulación el intento deliberado de engañar acerca del padecimiento de una enfermedad, ya sea física o mental, en un contexto de valoración diagnóstica y con el objetivo externo de adquirir una ventaja personal, ya sea de contenido económico, de consecución o mantenimiento de situación de baja laboral, etc. (APA 2013). El tipo de objetivo depende, del contexto en el que se desarrolla la conducta (McDermott, Dualan, y Scott, 2013).

Para profundizar en el concepto de la simulación, se señala que esta entidad no se considera un trastorno mental, aunque pueda derivarse o estar motivada por patología mental subyacente, sino que se entiende como un comportamiento fraudulento multisistémico que incluye factores cognitivos-subjetivos, fisiológicos-somáticos y motores (González Ordi et al., 2012) incluido como entidad nosológica específica por primera vez en la tercera edición del DSM.

En anteriores ediciones, como la primera (APA, 1952) tan solo se citaba en el Apéndice C (Términos Suplementarios, Lista parcial) y en la segunda (APA, 1968), se recogía en el apartado de la neurosis histérica de conversión, discriminando eso sí, el carácter consciente de la entidad, versus al inconsciente de la neurosis histérica.

Y, sin haber experimentado cambios profundos en su definición, o en los criterios indicadores de su sospecha, respecto al DSM-III (APA, 1980), en el actual DSM-5 (APA, 2013) la simulación se engloba en el epígrafe “Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica” recogida con el código Z [V]. Asimismo el DSM-5 alude a que, en determinadas circunstancias, la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo (APA, 2013). En definitiva, la última edición del manual no ha reemplazado los criterios diagnósticos existentes por criterios empíricamente validados, ni considera la naturaleza dimensional de la simulación, entre otras limitaciones que se desarrollan en este marco teórico.

En el actual DSM-5 la simulación V65.2 (Z76.5) queda así definida:

*“La característica esencial de la simulación es la intencional representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos. La simulación difiere del trastorno facticio en que la motivación para producir síntomas, en la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio los incentivos están ausentes. La simulación se diferencia del trastorno conversivo y de los trastornos somatomorfos en la producción intencional de síntomas y en los incentivos externos obvios, asociados. En determinadas circunstancias la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo, por ejemplo, fingir una enfermedad cuando se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra”* (APA, 2013, pp.726-727).

En cuanto a la consideración del otro texto nosológico de referencia, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992), la simulación se engloba en el capítulo XXI de “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”, en el apartado de “personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias”, siguiendo la misma línea que el DSM, la simulación no se engloba en el capítulo de “trastornos mentales y del comportamiento”.

En resumen, la definición de la simulación propuesta por el DSM, se fundamenta en dos componentes: La presencia de consciente e intencional fabricación o exageración de síntomas físicos o psicológicos, desórdenes o impedimentos funcionales para la obtención de beneficios externos, de los cuales existe una completa e incuestionable evidencia, y, la elaboración o exageración debe resultar significativa en

cuanto a magnitud sintomática, es decir, no es suficiente una discreta magnificación o producción de algunos síntomas concretos y aislados.

Así, la simulación puede suponer la construcción de síntomas inexistentes, o la magnificación de sintomatología genuina. A este respecto se han propuesto dos tipologías: simulación pura cuando el sujeto finge un cuadro clínico inexistente, o simulación parcial cuando magnifica de modo consciente sintomatología actual o perseverada (Resnick, 1997). Sin embargo, la definición literal del fenómeno no incluiría la disimulación, entidad en la que operan las mismas variables que en la simulación pero en la que lo que se simula es la ausencia de síntomas físicos y/o psicológicos, ni la falsa imputación o transferencia genuina, en la que el sujeto informa de síntomas reales, aunque atribuidos falsa y conscientemente a un daño concreto, susceptible de ser indemnizable. Esta atribución causal fraudulenta se etiquetó como falsa imputación (Resnick, 1997), o como transferencia genuina (Lipman, 1962) y también supone un modo de simulación (Richard Rogers, Payne, Berry, y Granacher, 2009).

La tipología de simulación actual, se deriva de la presencia o ausencia de patología y se clasifica como simulación pura, aquel supuesto en el que no existe patología genuina sino una completa elaboración de síntomas; por otro lado, simulación parcial o sobresimulación, cuando existen síntomas pero éstos se exageran en frecuencia, intensidad o perdurabilidad, como meta-simulación cuando los síntomas ya fueron superados, pero el sujeto finge que persisten, y, por último, como falsa imputación cuando los síntomas son reales, pero intencionalmente se atribuyen a una causa diferente a la real (Resnick, West y Payne, 2008). Si se atiende tanto a la magnificación, como a la falsa atribución de síntomas, la constancia de síntomas acreditados por



técnicas diagnósticas no implica inexorablemente que no exista simulación por parte del sujeto (Iverson, 2010).

En cuanto al carácter instrumental y a la intencionalidad, estos requisitos, suponen criterios diferenciales con respecto a los trastornos facticios y a los trastornos somatomorfos respectivamente (APA, 2013). Si bien existen criterios comunes entre las tres entidades, como la ausencia de base orgánica compartida entre la simulación y los citados trastornos, el diagnóstico diferencial se fundamenta en que la simulación implica el objetivo de adquirir recompensas externas, aspecto que la diferencia del trastorno facticio, y a su vez, se realiza consciente y deliberadamente, lo que la distingue de los trastornos somatomorfos (APA, 1994 y 2000). Estos criterios diagnósticos diferenciales resultan necesarios pero insuficientes, puesto que la presencia de beneficios externos no descarta el trastorno facticio, y el requisito de que la conducta sea intencional, aspecto que la diferencia de los trastornos somatomorfos, resulta debatible y difícilmente objetivable (Berry y Nelson, 2010; Drob et al., 2009). También se atiende al carácter situacional de la simulación. En este sentido, el fingimiento de la sintomatología no se mantiene a medio-largo plazo, tal como ocurre en los trastornos somatomorfos y en los trastornos facticios (APA, 2013). Sólo la distorsión intencional, que persigue un objetivo puede considerarse engaño, y solo el engaño que va dirigido a la consecución un beneficio externo puede considerarse simulación, si el beneficio que se pretende es interno estamos en el marco de los trastornos facticios y, si la distorsión resulta involuntaria en el de los trastornos somatomorfos (Domínguez Muñoz et al., 2013). La mayoría de las conductas están motivadas por factores intrínsecos y extrínsecos, por lo que muchas veces, determinar el tipo de ganancia que está operando también resulta subjetivo (Berry y Nelson, 2010). En la Tabla 2 se recoge las convergencias y divergencias entre las tres entidades clínicas.

**Tabla 2**

**Criterios comunes y diferenciales entre la simulación, los trastornos somatomorfos y los trastornos facticios (modificada de González Ordi, 2011)**

	<b>Simulación</b>	<b>T. Somatomorfo</b>	<b>T. Facticio</b>
<b>Base orgánica</b>	NO	NO	NO
<b>Control Voluntario</b>	SÍ	NO	SÍ
<b>Intencionalidad</b>	SÍ	NO	SÍ
<b>Recompensa externa</b>	SÍ	NO	NO
<b>Recompensa psicológica</b>	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Problemática psicológica</b>	NO	SÍ	SÍ
<b>Carácter situacional</b>	SÍ	NO	NO

Algunos de los factores que facilitan que emerja la simulación podrían enmarcarse en el contexto social: la crisis socioeconómica, el aprendizaje social, (Widows y Smith, 2005). El posicionamiento teórico, desde donde se entienda el acto de simular es importante, ya que ayuda al evaluador a depurar técnicas y a desarrollar protocolos de evaluación válidos y fiables (Rogers, Sewell, y Goldstein, 1994).

Dentro de este proceso de teorización, se define la conducta de la simulación desde tres perspectivas (Rogers, 1990); la criminológica, la patogénica y la adaptativa. Cabe señalar, que con anterioridad a la aparición del DSM-III (APA, 1980) la simulación se consideraba como una forma de trastorno mental (Resnick, y Knoll, 2008), la tercera edición del manual abordó la entidad desde lo criminológico y, en la década de los noventa se postuló el modelo adaptativo de la simulación (Rogers y Neumann, 2003).

Desde el modelo criminológico se asume que la motivación esencial del sujeto

que simula reside en el acto de mentir para adquirir ventajas contextuales, sería una expresión concreta del comportamiento antisocial. El DSM conceptualiza la simulación desde un modelo criminológico, y la correlación entre los constructos de psicopatía y simulación que asume el manual, se fundamenta teóricamente, en características como la mentira patológica, la conducta manipuladora o la ausencia de miedo, definitorias de la personalidad psicopática. Rogers (1990a) critica que según apunta el DSM “la simulación se da en una mala persona (sociópata), que es un mal participante (falta de cooperación) y en una mala situación (evaluación forense)”. Sin embargo, la CIE 10 no incluye las características antisociales como criterio diagnóstico de simulación y, algunos autores no encuentran asociación entre el trastorno antisocial de la personalidad (TPA) y la tendencia a simular, contradiciendo así uno de los criterios de sospecha propuestos por el DSM (Kucharski, Duncan, Egan y Falkenbach, 2006; Lilienfeld y Fowler, 2006; Niesten, Nentjes, Merckelbach, y Bernstein, 2015; Poythress, Edens, y Watkins, 2001; Vitacco, 2008). Asimismo, se evidencia que las personalidades psicopáticas no tienen mayor pericia simulando que otros sujetos, incluso que la mayor parte de estos pacientes no es simuladora, o cuanto menos no como consecuencia de tales características estructurales (Clark, 1997; Rogers y Cruise, 2000). Los autores que defienden la ausencia de relación entre simulación y TAP recuerdan que este patrón puede coexistir con la enfermedad mental, por lo que la presentación de este tipo de personalidad no debe hacer concluir necesariamente el fingimiento de la misma (Poythress, Edens y Watkins, 2001).

El modelo patógeno define el fenómeno de la simulación, como un síntoma no controlado de un trastorno mental. Así, el paciente intentaría controlar los síntomas reales generando voluntariamente otros simulados, como sucede en la mentira patológica o en la pseudología fantástica. Algunos autores plantean la cuestión de si la

simulación puede suponer, en sí misma, el reflejo de algún trastorno mental, por ejemplo, el trastorno facticio, o de algún trastorno de la personalidad, como del trastorno histriónico dada la falta de control sobre su conducta manipuladora o del trastorno antisocial de la personalidad, o bien ser el reflejo de un comportamiento neurótico de exageración de síntomas (Mohíno Justes et al., 2004).

Por último, la perspectiva adaptativa trata de superar las definiciones criminalizantes y patologizantes de otros modelos y explica la simulación como el resultado del balance coste-beneficio, percibido por el sujeto, en la valoración de sus opciones para la obtención de recompensas externas (Rogers, R. y Bender, 2003; Rogers y Neumann, 2003). Desde este modelo, la simulación supondría un extremo de la dimensión distorsión intencional, dirigida a la consecución de un beneficio externo. Para explicar este comportamiento, se atiende a que el ser humano a lo largo de su desarrollo, integra y despliega la conducta de engaño, como medio para adaptarse a determinadas circunstancias (Depaulo et al., 1996). Este posicionamiento descansa en la teoría de la decisión, la cual se fundamenta en la utilidad y la probabilidad subjetiva como motores de la toma de decisiones, es decir; en la utilidad esperada que motiva las elecciones humanas (Kahneman y Tversky, 1984). Así, en una situación adversa o desconocida, el sujeto realiza una valoración de la ganancia/pérdida que implican las opciones de respuesta con las que cuenta. Si para lograr su objetivo, la persona considera que la mejor opción es exagerar o fabricar síntomas, desplegará la conducta de simulación, sea ésta o no, la conducta más adaptativa ética o legalmente y, tenderá a considerarse legitimada en la conducta. Por lo tanto, la probabilidad de simular estará en función de variables contextuales; a mayor adversidad mayor probabilidad de simulación, del tipo de objetivo que persiga; a mayor significancia para el sujeto mayor probabilidad (Robinson y Loeser, 2012), y de la viabilidad de otras respuestas; a

menores alternativas mayor probabilidad de simular. En resumen, para el modelo adaptativo la simulación resulta una respuesta situacional, un estado que está en función de la magnitud del objetivo a conseguir y de la disponibilidad de conductas alternativas a desplegar (Santamaría Fernández, 2014).

En los últimos años se ha investigado en la función de la simulación como respuesta adaptativa. Parece que el enfoque biopsicosocial con la teoría de la adaptación es el que mayor número de variables mediadoras incluye. Así, los factores nucleares que definen este modelo serían los de tipología antecedente como las condiciones socio-laborales adversas caracterizadas por bajo salario, estrés laboral etc. Las condiciones personales facilitadoras tales como antecedentes de comportamientos deshonestos, baja responsabilidad, hiperreactividad emocional, estilo evitativo de afrontamiento, etc. y variables contextuales centradas en el aprendizaje social, al existir contextos permisivos con las conductas de simulación y modelos de conducta centrados en el engaño como estrategia de solución de problemas etc. Por último, los de tipología consecuente como los beneficios derivados del acto de simular, indemnizaciones, prolongación de bajas laborales, etc. o los posibles perjuicios tales como la cronificación de la patología, la retirada de los beneficios económicos, penitenciarios, sanitarios entre otros (González Ordi et al., 2012).

Otros modelos no predictivos, en la explicación de la naturaleza de la simulación orientan la evaluación y valoran los posibles sesgos del investigador en el abordaje de la entidad. Al estudiar este fenómeno, encuentran que existe una relación entre la especialidad del profesional y la perspectiva clasificatoria (Rogers et al., 1994). A su vez, dentro de la teorización del concepto de simulación el perfil sociodemográfico del simulador configura la fundamentación de los otros enfoques. Los estudios realizados acerca del perfil sociodemográfico vinculado a la simulación, muestran una

importante asociación de la entidad con un perfil que se ajusta al modelo adaptativo, en el que la aparición de determinadas circunstancias ambientales, tales como los factores adversos en un nivel socio-laboral, incrementarían la existencia de simulación. Asimismo, los profesionales que entran en contacto con el constructo, perciben de modo prevalente la posibilidad de presentar simulación en aquellos sujetos de entre 46 y 55 años, que desarrollan trabajos de primer nivel, por lo tanto, con menores ingresos y menos vocacionales, aunado a cargas de índole económico-familiar. Y, una marcada vinculación con el beneficio externo a conseguir (Aldea, 1994; Karlsson, Carstensen, Gjesdal y Alexanderson, 2008).

No sólo son los factores sociales los que analizan las relaciones clínico-teóricas en simulación. El establecimiento de prevalencias de simulación es otro de los aspectos de su estudio, si bien, esta labor implica una enorme complejidad principalmente porque a nivel histórico, las ciencias de salud mental han carecido de criterios específicos para su diagnóstico y, por la propia ocultación conductual (Bush et al., 2005). Sin embargo, a pesar de la dificultad disponer de prevalencias resulta fundamental por la relevancia económica y social de la simulación, así como por la toma de decisiones clínicas y por el cálculo de los índices de utilidad diagnóstica de indicadores de simulación, puesto que son variables y dependientes de la prevalencia poblacional (Meehl y Rosen, 1955; Ruiz de Adana, 2009). Según plantea el modelo adaptativo, las prevalencias en simulación varían en función del contexto de evaluación, del motivo de valoración y del cuadro clínico que se presente, alcanzando tasas mayores de las comúnmente apreciadas (Greve, Ord, Bianchini, y Curtis, 2009).

La estimación de prevalencias de simulación se ha llevado a cabo mediante métodos de encuesta estructurada para la valoración percibida de los profesionales de salud, y a través de la revisión de historias clínicas de sujetos que han sido evaluados

por sospecha de simulación. En cualquiera de los casos, aún existe un déficit de estudios realizados con muestras españolas sobre estimaciones de prevalencia de simulación en los distintos contextos y trastornos, y, particularmente este déficit se evidencia en el área de la IT (Santamaría Fernández, Capilla Ramírez y González Ordi, 2013).

Como se ha introducido, los datos disponibles provienen mayoritariamente de estudios llevados a cabo con población norteamericana. Éstos ofrecen tasas de simulación de un 7% en la práctica clínica general (Dandachi-FitzGerald, Ponds, y Merten, 2013) y, de entre un 14 y un 50% en casos de solicitud de baja laboral, discapacidad o indemnización (Stevens, Friedel, Mehren, y Merten, 2008). Así pues, las mayores tasas de incidencia de simulación son informadas en el contexto médico-legal y su estimación por patologías se detalla en la Tabla 3.

**Tabla 3**

**Incidencia de simulación por patologías en EE.UU (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009)**

<b>Patología</b>	<b>%</b>
Traumatismo craneoencefálico (TCE) leve	38.5
Fibromialgia o SFC	34.7
Dolor o trastornos somatoformes	31.4
Trastornos neurotóxicos	26.5
Lesión por accidentes con electricidad	21.9
Depresión	14.9
Ansiedad	13.5
Trastornos disociativos	10.5
Cuadros con base epiléptica	3.0
TCE moderado o severo	8.8
Demencia vascular	2.4

Como se observa, un 66,1% se refiere a trastornos asociados al dolor crónico (fibromialgia, fatiga crónica o trastornos somatoformes) y un 28,4% a la depresión y a

la ansiedad. Parece pues que, en el ámbito médico-legal las patologías prevalentemente simuladas se enmarcan en el contexto del dolor crónico y en el de los trastornos emocionales. En esta misma línea y, como se presenta en la Tabla 4, en estudios de población española se estiman tasas medias de simulación iguales o superiores a las derivadas de muestras norteamericanas, y también se da cuenta de los trastornos vinculados al dolor y de los trastornos emocionales, como aquellos prevalentemente simulados (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009).

**Tabla 4**

**Incidencia de simulación por patologías en España (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009)**

<b>Patología</b>	<b>%</b>
Esguince cervical	60
Fibromialgia SFC	50
Cervicalgia crónica	50
Depresión	50
Ansiedad	50
Lumbalgia crónica	45

En contextos civiles y forenses, algunos autores elevan el rango de las patologías vinculadas al dolor, a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo hasta un 50% (Ardolf, Denney y Houston, 2007; Chafetz, 2008; Larrabee, 2003). Estudios realizados específicamente con simulación del dolor, han encontrado porcentajes del 50%, dependiendo del método de diagnóstico seguido (Gervais, Russell, Green, Allen, Ferrari y Pieschl, 2001; Greve et al., 2009a). En Europa, los escasos estudios disponibles estiman tasas iguales o superiores a las norteamericanas en el contexto médico-legal vinculado a la obtención de discapacidad e indemnizaciones. En Holanda se hallan tasas del 61% en sujetos litigantes tras esguince cervical (Schmand et al.,



1998), en Inglaterra se valoran porcentajes del 33% en evaluados por traumatismo craneoencefálico (Moss, Jones, Fokias, y Quinn, 2003). En Alemania la tasa media de simulación de TEPT tras accidente se eleva hasta el 51%, (Merten, Friedel y Stevens, 2006) y en solicitantes de indemnización por lesiones hasta el 44,6% (Stevens et al., 2008). Por último, en Suiza, se ha estimado tasas de incidencia de simulación en solicitantes de discapacidad por lesiones hasta del 54% (Plohmann, 2013).

Al atender a la prevalencia de simulación por patologías, algunos autores concluyen que no todos los trastornos se simulan por igual (Caro, Giráldez, María, Rodrigo, y Alonso, 2005). Resalta la alta asociación entre la existencia de procesos susceptibles de compensación económica y diagnóstico de TEPT, sobre todo con muestras de sujetos que han sufrido accidentes de tráfico, o con aquellos que presentan demandas por daño personal. En estos casos, se observa un número de diagnósticos de TEPT del 44,3% en los casos de accidentados de tráfico y se encuentra que entre un 20% y un 30% de las personas que presentan demandas por daño personal fingen sintomatología de TEPT, en contraste, los datos epidemiológicos generales vinculados al diagnóstico del trastorno se sitúan en el 10%. (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis, y Andreski, 1998; Lees-Haley, 1997).

Es el TEPT, posiblemente por el beneficio económico derivado de las compensaciones económicas que implica, aunado a la vulnerabilidad para ser simulado por la subjetividad de sus síntomas, el trastorno mental que mayor número de estudios sobre simulación acumula (Matalobos y González Ordi, 2007). El propio DSM-5 (APA, 2013), incorpora la indicación de “*descartar la simulación antes de diagnosticar TEPT, en aquellos casos en los que una remuneración económica, la opción de un beneficio y las resoluciones forenses jueguen algún papel*”. Del mismo modo, en los trastornos

vinculados al dolor, el manual indica la necesaria consideración, en el diagnóstico diferencial del trastorno, de que el síntoma no sea simulado o intencional.

El primer paso en esa consideración, supone preguntarse qué beneficio obtiene el sujeto al construir, magnificar o atribuir fraudulentamente una enfermedad a una determinada etiología. Si se detecta una clara evidencia de la existencia de un objeto externo significativo a conseguir por el paciente como consecuencia de la simulación, se ha de atender a la falta de una estereotipia sintomática en los síntomas referidos por éste, así como también a si éstos comienzan o no tras una situación de sobrecarga emocional y si desaparecen o no súbitamente. Aunado a estos criterios, también se ha de sospechar de simulación cuando existe un amplio historial de atenciones médicas, hospitalizaciones, conductas evasivas etc. (Hidalgo y Alonso, 2014). Como criterios de sospecha de simulación el DSM-5 propone, la presentación de un contexto médico-legal, una discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos derivados de la exploración médica, la falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito, y la presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

Estos criterios han recibido críticas en base a su baja fiabilidad y especificidad, dado su carácter poco discriminativo. En este sentido los criterios DSM no suponen características exclusivas de los sujetos simuladores (Gerson, 2002). Las críticas también se han centrado en la falta de apoyo empírico a uno de los indicadores, incluso predictores, propuestos por el manual, como es la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad (Lilienfeld y Fowler, 2006; Vitacco, 2008). O en que el contexto médico-legal tampoco supone un indicador útil, ni específico puesto que deja fuera otros entornos donde puede darse simulación, y engloba algunos, en los que es más probable la disimulación. Sería por tanto más adecuado, dar cuenta de las características

definitorias que el contexto debe requerir (Santamaría Fernández, 2014).

Tampoco se ha obviado la crítica a la concepción categorial del constructo presentada por el manual (Berry y Nelson, 2010), ni a la baja validez predictiva de la combinación de los criterios planteados (González Ordi, et al., 2012). Otros autores señalan, además, la falta de base teórica que genere hipótesis y oriente la investigación (Rogers, 1990b). Desde el DSM-III hasta el DSM-5, la literatura sobre simulación ha experimentado un incremento exponencial, así pues, parece que los criterios propuestos por el actual DSM-5, obvian más de 30 años de abordaje teórico y empírico del constructo (Berry y Nelson, 2010).

En base a las críticas teóricas apuntadas, parece que atender exclusivamente a los criterios diagnósticos propios del DSM-5 sobre sospecha de simulación proporcionaría un gran número de diagnósticos erróneos (Rogers, 1990b) por lo que existiría una limitación de los criterios del manual en la definición de la simulación para que éstos sean asumidos como fiables (Gerson, 2002). Durante los últimos años ha habido un abandono de los criterios de sospecha de simulación propuestos por el DSM en pro de criterios multidimensionales, presentados en la Tabla 5.

Existen a su vez criterios de sospecha de simulación fundamentados en las inconsistencias existentes entre el diagnóstico previo que presenta un paciente y su evolución clínica, asimismo la sospecha queda establecida de modo contextual tal como se presenta en la Tabla 6.

## **Tabla 5**

### **Criterios multidimensionales de sospecha clínica de simulación de (González Ordi, Capilla Ramírez, y Matalobos Veiga, 2008)**

- 
1. Existencia de un beneficio externo; prolongación de IT, indemnización etc.

2. Discrepancia entre elementos médicos objetivos y síntomas o limitaciones
  3. Distorsión de respuesta en pruebas de auto-informe
  4. Discordancia entre el rendimiento neuro-cognitivo y dolor o discapacidad
  5. Incongruencia entre las conductas de dolor y su valoración subjetiva
  6. Baja adherencia real a las prescripciones y los tratamientos médicos
  7. Alternaciones del curso previsible de la enfermedad y/o el cuadro clínico
  8. La frecuencia, la intensidad o la duración del cuadro clínico excede de lo usual
  9. Duración o cambios de tratamiento muy por encima de lo esperable
  10. Escasos o nulos avances terapéuticos independientes de la dosis, etc.
  11. Recidivas o nuevos síntomas contingentes con la posibilidad del alta
  12. El paciente predice su empeoramiento o falta de respuesta terapéutica
  13. Al menos otro profesional sanitario ha sospechado de simulación
- 

## **Tabla 6**

### **Criterios de presencia de simulación de (Samuel y Mittenberg, 2006)**

---

1. Motivación y circunstancias (incentivos económicos, insatisfacción profesional, conflictos laborales, conducta antisocial, historia previa de engaño etc.)
  2. Sintomatología: Presencia de síntomas atípicos o inusuales, exageración de sintomatología, resultados incongruentes en los test, síntomas incongruentes con el curso normal de la enfermedad.
  3. Presentación ante la entrevista: falta de cooperación con el evaluador y con la divulgación de la información, discrepancias entre datos de la entrevista y los derivados de la historia clínica.
  4. Conducta fuera de la entrevista: realizar otra actividad laboral, llevar cabo actividad lúdicas, buen funcionamiento excepto en lo vinculado a la actividad laboral, falta de compromiso con el tratamiento etc.
- 

La evaluación clínica de la simulación, conllevaría un análisis fundamentado en dominios específicos: síntomas psiquiátricos, síntomas cognitivos o neuropsicológicos y síntomas físicos o somáticos, dado que cada uno de ellos requiere de unas estrategias particulares empíricamente validadas y conceptualizadas

teóricamente, a la vez que en posibilitar la diferenciación sistemática entre el estilo de respuesta real y el simulador (Berry y Nelson, 2010; Santamaría Fernández, 2014).

Dentro de valoración de los anteriores dominios específicos, y con el objetivo de especificar criterios de sospecha de simulación basados en la evidencia científica, se han desarrollado criterios de sospecha de simulación de daño cerebral traumático (Vidal López, 2012), o criterios de sospecha de simulación de psicosis (Resnick y Knoll, 2008) entre otros. En líneas generales, las estrategias generadas para la identificación de simulación de síntomas psiquiátricos se fundamentan en la inverosimilitud y amplificación de los síntomas informados (Santamaría Fernández, 2014). La Tabla 7 presenta las diferentes estrategias de detección de síntomas psiquiátricos con mayor relevancia teórico-clínica, (Rogers, 2008a).

#### **Tabla 7**

##### **Estrategias de identificación de simulación de síntomas psiquiátricos (modificada de Rogers, 2008a)**

- 
1. Síntomas raros o infrecuentes: referidos (<5%) por pacientes reales.
  2. Síntomas “casi raros”: referidos (<5%) en la población general, relativamente habituales en población clínica.
  3. Síntomas improbables: difícilmente apreciables en una psicopatología real.
  4. Combinación de síntomas: síntomas comunes que raramente se presentan juntos.
  5. Patrones espurios de psicopatología: combinaciones de escalas raramente habituales en pacientes reales.
  6. Síntomas indiscriminados: útiles en la identificación de sujetos que consideran que a mayor y más diversa proporción de síntomas, mayor ajuste a un perfil clínico genuino.
  7. Severidad de síntomas: se diferencia la clínica real y la exageración de síntomas, en base al grado de severidad referido.
  8. Síntomas obvios: síntomas fáciles de reconocer como característicos de los trastornos mentales.
-

9. Síntomas observados frente a informados: discrepancia entre el deterioro referido y el clínicamente observado.
  10. Estereotipo erróneo: presentación de estereotipos considerados equívocamente aspectos de los trastornos mentales.
- 

En cuanto a la detección de simulación de síntomas cognitivos o neuropsicológicos (SDN) se destaca el sistema operativo de criterios diagnósticos de Slick, Sherman, e Iverson, (1999), y para la identificación de síntomas somáticos o físicos el postulado por Bianchini, Greve y Glynn, (2005). Ambos sistemas son los más utilizados tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, asimismo resultan compatibles entre sí, y los dos hacen hincapié en la convergencia de datos derivada de distintas fuentes de información.

El sistema de detección de simulación de síntomas cognitivos o neuropsicológicos atiende principalmente a la evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica de auto-informe. Propone el requerimiento de la clara existencia de incentivos externos relevantes para el sujeto los cuales deben estar presentes en el momento de la valoración. En cuanto a los resultados obtenidos en las pruebas neuropsicológicas debe existir una magnificación o fabricación de la disfunción cognitiva, demostrada por al menos uno de los siguientes aspectos: definitiva respuesta de sesgo negativo, una probable respuesta de sesgo, discrepancia entre los test y el curso del funcionamiento normal del Sistema Nervioso Central, divergencia entre los resultados del test y el comportamiento observado dentro de una misma habilidad cognitiva, discrepancias entre el rendimiento en las pruebas y los informes colaterales fiables obtenidos, y no correspondencia entre el rendimiento y la historia neurológica o psiquiátrica documentada. Respecto a la evidencia derivada del auto-informe, el sistema formula como indicadores de una posible SDN, sin que su presencia constituya fundamentación suficiente para el diagnóstico, comportamientos centrados en

discrepancias entre la historia auto-reportada y la documentada, entre los síntomas auto-informados y el curso del funcionamiento cerebral conocido y, entre el auto-informe y los informes colaterales. Por último, se requiere que los comportamientos necesarios de los criterios no se encuentren completamente mejor explicados por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos que determinen los resultados de la evaluación (Slick et al., 1999). Se establece una clasificación dimensional del grado de sospecha de simulación que va desde la ausencia a la existencia de sospecha, pasando por la simulación posible a la probable y a la simulación confirmada (Wygant et al., 2009).

El sistema operativo para la detección de simulación de síntomas somáticos y físicos, comparte los requerimientos del modelo de Slick et al. (1999) en cuanto a la presencia de relevantes incentivos externos contingentes con un patrón de exageración o fabricación de síntomas, a la valoración procedente de la evaluación neuropsicológica y de auto-informe, asimismo tiene en cuenta, como se ha señalado, la información proveniente de la evaluación física/médica, es decir, evidencia de que las habilidades y/o limitaciones demostradas durante la evaluación física normal son consistentes con la exageración de síntomas somáticos y con la disminución magnificada de la capacidad física. Para fundamentar esta evidencia se operativiza el criterio mediante la detección de: sesgos en el rendimiento físico, discrepancia entre la valoración subjetiva del dolor y la reactividad psicofisiológica concomitante, divergencia entre las quejas informadas y la evidencia patofisiológica, así como entre la actividad física presentada por el paciente a lo largo de la evaluación formal con la contrastada en ausencia de conocimiento de evaluación por parte de éste (Bianchini et al., 2005). Para el establecimiento de la clasificación dimensional del grado de sospecha de simulación del dolor, se propone diferentes niveles de certeza diagnóstica en base a la evidencia,

estableciendo un gradiente de simulación confirmada, simulación probable y simulación posible (Bianchini et al., 2005).

El complejo diagnóstico de simulación se ha de fundamentar en la convergencia de la información derivada de diferentes estrategias y fuentes. En este sentido, aunado a la utilización de diferentes criterios diagnósticos, se requiere la inclusión de medidas psicométricas específicas que cumplan con las directrices de disponibilidad, fiabilidad, relevancia, estandarización y objetividad (Sanz y García-Vera, 2013). Así, y fundamentado en que para concluir diagnóstico de simulación, se requiere la evidencia de varias inconsistencias (Giger, Merten, Merckelbach y Oswald, 2010), se ejemplifica que, tan solo el 5% de pacientes no litigantes fallan en más de dos controles de validez de respuesta, cuando entre los sujetos litigantes lo hace el 30% (Meyers y Volbrecht, 2003).

Estas propiedades psicométricas, evolucionan con la concepción de los test de validez de síntomas los cuales, en la década de los 80 se concibieron como test de evaluación de simulación, si bien, en la actualidad se acuerda en base a la evidencia, que tan solo contribuyen a la clarificación de diferentes configuraciones de síntomas y abarcan medidas de auto-informe de exageración de síntomas y medidas de esfuerzo cognitivo subóptimo. Estas dos medidas representan dos vectores relativos al sesgo negativo de respuesta y pueden presentarse conjuntamente, o no. La simulación tan solo se considera una posible fuente de sesgo negativo de respuesta, en este sentido los test de validez de síntomas pueden ayudar al profesional a distinguir entre la credibilidad o no de los síntomas auto-informados (Dandachi-FitzGerald, Ponds, Peters, y Merckelbach, 2011; Merten y Merckelbach, 2013).

La evolución de los test de validez conlleva un proceso de validación y especialización; éstos se dividen en dos secciones; aquellos que evalúan la capacidad



reducida y los que miden magnificación de síntomas. Los desarrollados para evaluar la capacidad reducida, se han formulado para intentar determinar si un sujeto obtiene un bajo resultado en los test de capacidad perceptiva, cognitiva o física. Se presentan en dos formatos, stand-alone y performance validity embedded. Los primeros tienen como objetivo detectar el esfuerzo de falsear el estatus de una función cognitiva o perceptiva. Dentro de esta tipología, destacan los test de elección forzada como el *Test of Memory malingering* (TOMM) (Tombaugh, 1996). La limitación más importante que presentan se deriva de su limitada cobertura de dominios, así como que son vulnerables a los esfuerzos proactivos de evasión de detección de simulación (Greve, Bianchini y Brewer, 2013). En cuanto a los test de performance validity embedded, éstos forman parte de los procedimientos clínicos estándar utilizados en las baterías psicológicas de evaluación, en este sentido aumentan la sensibilidad del protocolo sin implicar incremento temporal en la administración del mismo, y son susceptibles de proporcionar una información directa acerca de la validez de resultado de test específicos, un ejemplo destacado es *The Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (WAIS) (Wechsler, 1997). En cuanto a los que evalúan exageración de los síntomas informados, éstos se han desarrollado para evaluar la magnificación de síntomas emocionales/psicológicos, somáticos y/o cognitivos, adoptan para ello la forma de las escalas stand-alone. Un ejemplo es el SIMS (Widows y Smith, 2005) o el MCMI-III (Millon y Davis, 1997).

Aunado al requerimiento de la fundamentación teórica en la identificación de simulación, se necesita dar cuenta de este comportamiento mediante diseños de investigación, así como de diferenciar sistemáticamente entre individuos que despliegan la conducta de simulación y aquellos que proporcionan una respuesta sincera (Santamaría Fernández, 2014). Esta investigación se fundamenta en uno de los principales diseños de investigación empleados en el estudio de la simulación, como los

estudios análogos, los estudios de grupos diagnósticos conocidos “Known-groups”, los diseños de medidas autosuficientes “Bootstrapping comparisons”, los diseños de prevalencia diferencial (Rogers, 2008a) y los diseños de grupos mixtos (Frederick, 2000). Respecto a los diseños de grupos mixtos, cabe destacar su escasa utilización en la investigación del constructo (Santamaría Fernández, 2014), debido a que los estudios llevados a cabo con estrategias de grupos conocidos y con muestras análogas, o con la estrategia combinada de éstas dos metodologías han demostrado la mayor fiabilidad en la investigación de la simulación (Rogers, 2008b; Rogers y Bender, 2003). Sin embargo, la validación empírica de la simulación se ha visto limitada porque la mayoría de porcentajes estimados de simulación se ha obtenido también a partir de muestras homogéneas y análogas (Dandachi-FitzGerald et al., 2013).

Con el objetivo de ofrecer una visión general de los diseños de investigación principalmente empleados en el abordaje de la simulación, se perfilan las principales características metodológicas definitorias de cada tipología (Rogers, 2008a). Los estudios análogos se caracterizan por la asignación aleatoria de los sujetos a las diferentes condiciones experimentales, donde los datos obtenidos de los participantes, instruidos en el estilo de respuesta (simulador o no simulador) se comparan con los datos derivados de grupos clínicos de pacientes que responden con sinceridad. Este diseño presenta una elevada validez interna, dado el control en la clasificación puesto que se instruye a sujetos para que simulen, y una limitada validez externa puesto que no son sujetos reales en contextos reales, lo que hace cuestionar la extrapolación de los resultados. Como estrategia de evaluación de la clasificación de sujetos, se utiliza el control mediante validaciones cruzadas, y una posible limitación de este diseño puede ser la no inclusión de grupos clínicos de comparación.

En cuanto a los diseños de grupos diagnósticos conocidos, la condición experimental queda configurada por sujetos evaluados en situaciones reales, es decir, la investigación se realiza con muestras forenses en contextos de evaluación susceptible de manipulación, puesto que del resultado de la propia evaluación puede derivarse un beneficio externo. La asignación de sujetos a los grupos experimentales la llevan a cabo uno o varios expertos en base a criterios empíricos y protocolizados o al estilo de respuesta desplegado en diferentes pruebas de selección. El diseño de grupos diagnósticos conocidos presenta una elevada validez externa, dado que tanto los sujetos como el contexto son genuinos, pero una limitada validez interna, puesto que los resultados están en función de la certeza de la asignación. En este sentido, una posible limitación es la bondad del criterio y/o la existencia de jueces poco fiables, por lo que es conveniente generar un grupo de sujetos indeterminados en la dimensión de simulación, con el objetivo de evitar incluir a los casos de duda en alguna de las dos condiciones (simulador, no simulador).

En la metodología de medidas autosuficientes, el grupo experimental queda conformado por sujetos en contextos reales, los participantes se clasifican a partir de diferentes medidas, habiéndose establecido un punto de corte a partir del cual se establecen los grupos. Al igual que en el diseño de grupos conocidos y por las mismas razones, este diseño presenta una baja validez interna y una alta validez externa. La posible limitación de este tipo de diseño reside en que se use criterios diagnósticos de escasa fiabilidad o dependientes de la medida, por lo que requiere la aplicación de criterios externos específicos y sensibles que controlen la elevada posibilidad de obtener falsos positivos.

Por último, en los estudios con diseño de prevalencia diferencial, la condición experimental y la de control, quedan definidas por un criterio externo basado en los

incentivos que se pueden derivar del contexto de evaluación. Este diseño presenta una baja validez interna debido a que los investigadores no tienen control sobre la clasificación de los sujetos en las condiciones experimentales, y una validez externa moderada dado que la asignación no se basa en un criterio validado. En este sentido, no se puede contrastar la clasificación de los casos individuales, tan solo la prevalencia diferencial, lo que puede implicar importantes limitaciones en la extrapolación e interpretación de los resultados.

Son diversas las limitaciones que establecen las distintas metodologías de análisis en simulación, inherentemente a los factores de tipología endógena o exógena que condicionan el procedimiento de valoración o peritación en simulación, el cual se desarrolla desde 1922 dentro del sistema sanitario español, permitiendo la prestación de servicios socio-sanitarios desde la red asistencial privada con el propósito de complementar y diversificar la atención prestada. En esta estructura atencional y a partir de 1925, aparecen las mutuas como entidades autorizadas para colaborar con la seguridad social, con el objetivo de complementar la gestión sanitaria. Es dentro de este amplio ámbito de atención donde se ubica la valoración en procesos incapacitación temporal. En el desarrollo de estos procesos, se detectan diferentes aspectos que median en el procedimiento de incapacitación así como en sus consecuencias, siendo la simulación de síntomas psicopatológicos uno de los que se detecta en mayor número de ocasiones, de lo que se desprende que uno de los principales objetivos socio-sanitarios de la apuntada colaboración entre entidades, sea el de subsanar de un modo eficiente y, fundamentado científicamente, las posibles dudas acerca de la pertinencia o el mantenimiento de la IT.

## ***2.1. JUSTIFICACIÓN***

La realidad descrita, genera la necesidad de análisis y estudio del proceso de simulación de síntomas psicopatológicos en procesos de incapacitación temporal por causa de salud mental, en aquellos pacientes que utilizan los servicios sanitarios, en vistas a una más adecuada y por consecuente fundamentada valoración médico-legal.

Desde las ciencias de la salud se acostumbra a diagnosticar y a tratar la sintomatología referida por el paciente, dando por hecho su sinceridad, casi siempre se obvia que, en ocasiones la información manifiesta, puede resultar una construcción que persigue obtener un beneficio externo de la creación, exageración, mantenimiento o falsa imputación de síntomas clínicos. Sin tampoco olvidar, que cuando se le solicita la evaluación de la capacitación laboral de un sujeto, el profesional, está actuando en representación de la sociedad como verificador de la pertinencia de la IT, lo que supone una enorme responsabilidad de consecuencias económicas, sociales y éticas (Calcedo, 2007).

Desde un punto de vista técnico, la capacidad o aptitud laboral, es la adecuada relación entre demandas laborales y condiciones de salud de un sujeto. Su diagnóstico tiene una alta complejidad derivada de las características del contexto médico-legal, en el cual, no es suficiente con determinar si un sujeto presenta un trastorno mental y cuál, sino que además hay que dar cuenta de las limitaciones que de éste se derivan, y relacionarlas con las habilidades requeridas para el desarrollo de las funciones laborales (Calcedo, 2007) Así pues, lo esencial no resulta el cuadro clínico en sí mismo, sino su repercusión en la funcionalidad laboral del paciente (Vicente-Herrero et al., 2014).

Aunado a este aspecto, en el complejo proceso de evaluación de la capacidad

laboral, cuando en los test de validez de síntomas aparece un sesgo negativo de respuesta, el profesional se encuentra ante una argumentación circular. Dicho sesgo se puede interpretar como una consecuencia de síntomas psicopatológicos tales como depresión, pensamiento negativista o conflictos no conscientes, como una llamada de atención derivada de determinadas circunstancias ambientales, o como una distorsión intencional de respuesta (Merten y Merckelbach, 2013). Por lo que, para determinar la etiología de los síntomas atípicos, el profesional administra los test de validez de síntomas y encuentra un sesgo negativo de respuesta, el cual explica a partir de los síntomas atípicos. En definitiva, los sesgos de respuesta, solo permiten concluir que el auto-informe del paciente no puede considerarse como un valor fiable (Merten y Merckelbach, 2013), si bien no proporcionan información acerca de la génesis de la distorsión de respuesta presentada ni sobre si el desajuste en la auto-representación resulta o no intencional (Rogers, Jackson, y Kaminski, 2005).

Los test de validez de síntomas tampoco son capaces de descartar la posible psicopatología subyacente, por lo que dicha distorsión, podría ser la consecuencia de un trastorno mental o de un trastorno orgánico (Santamaría Fernández, 2014). En resumen, los test de validez de síntomas informan del fingimiento pero no de la simulación, aún más, para detectar simulación, tampoco es suficiente con atender a criterios DSM, porque de ello se derivaría un alto porcentaje de diagnósticos falsamente positivos, puesto que dichos criterios, tal como en el marco teórico se ha desarrollado, no configuran características exclusivas de aquellos sujetos que distorsionan intencionalmente su respuesta con el objetivo de obtener un beneficio externo (Bruno y Cabello, 2002).

Por lo tanto, el contexto médico-legal obliga al evaluador no solo a activar sus conocimientos y técnicas, sino a gestionar una interacción particular en la que el

paciente tratará, en ocasiones, de engañar al profesional con el objetivo de conseguir determinados beneficios (Bruno y Cabello, 2002). El posible engaño motiva la consideración, como parte nuclear de la evaluación psicológica de la capacitación laboral, de la distorsión clínica, es decir, de la discrepancia entre las quejas o limitaciones funcionales referidas por el evaluado y los elementos clínicos objetivos. La etiología de la distorsión clínica puede responder, entre otras causas, a trastornos somatomorfos en el extremo de lo no intencional hasta el fraude que supone la conducta de simulación pura, en el otro extremo (Domínguez Muñoz, López, Gordillo, Pérez-Nieto, Gómez, y de la Fuente, 2013). Y, su manifestación puede adoptar distintas formas que se corresponden con; patrones de buena imagen o disimulación de síntomas, patrones de mala imagen o simulación, o patrones de respuesta aleatoria generados con el objetivo de obtener un perfil distorsionado (Baer, Rinaldo y Berry, 2003). La detección de simulación resulta crucial en el contexto médico-legal, donde la valoración de la capacitación laboral, supone uno de los factores nucleares de la práctica habitual, porque es en este ámbito, donde se desarrolla la evaluación psicológica que se relaciona con el acceso a prestaciones económicas, situaciones de incapacidad etc., lo que conlleva una responsabilidad socio-sanitaria que obliga a considerar la validez, la firmeza, la consistencia y el valor legal de las respuestas emitidas por el paciente (Domínguez-muñoz et al, 2013). Además, es en el ámbito de la IT donde se encuentra una mayor frecuencia de simulación de síntomas físicos y/o psicológicos, tanto para la solicitud como para el mantenimiento (González Ordi, Santamaría Fernández, 2010). Consecuentemente, se requiere un control de calidad de esta prestación, la cual genera numerosos conflictos entre el personal sanitario y los trabajadores, así como dificultades sanitarias, sociales y éticas (Moretó y Sánchez, 2002).

A este respecto la legislación actual señala que *El derecho al subsidio por IT podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación* (art. 132,3 del texto refundido de la ley de la seguridad social (TRLGSS). Así como que *Actuar fraudulentamente con el fin de obtener prestaciones indebidas o superiores a las que correspondan, o prolongar indebidamente su disfrute supone una actuación descrita como infracción grave o muy grave* (art. 25.3 y 26,1 de la Ley 8/1988 sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) (Boletín Oficial del Estado (BOE), 2000).

En el proceso de evaluación de la capacitación laboral, también resulta fundamental delimitar el contenido objeto de IT debida a enfermedad mental. Es importante remarcar que existe una gran diferencia entre el sufrimiento que se deriva de las circunstancias vitales estresantes, como una ruptura de pareja o el estrés laboral, y el padecimiento de una enfermedad mental. En este sentido, las dificultades psicosociales no justifican una situación de baja laboral, desde el punto de vista psicológico tan solo la enfermedad mental la justifica. Así, ésta ha de causar un déficit cognitivo o comportamental incapacitante para el desempeño laboral, y ha de tener carácter temporal (artículo 128 del Real Decreto Legislativo. 1/1994, de 20 de junio, revisión vigente desde el 1 de enero de 2016) (BOE, 2016).

La temporalidad requerida descarta, aquellos trastornos de carácter crónico como la demencia, los trastornos disociativos (quedando excluidos los síntomas disociativos propios del estrés agudo, del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o del trastorno de somatización) y los trastornos del espectro de la esquizofrenia como objeto de IT. Tampoco suponen causa de IT el retraso mental, los trastornos sexuales y/o de la identidad sexual. Los trastornos sexuales y de la identidad sexual, en sí mismos, no son



causa de incapacidad laboral. En cuanto a los trastornos cognoscitivos como la demencia, el delirium o los trastornos amnésicos, si bien incapacitan temporalmente no resultan objeto de valoración forense mental, en estos casos lo relevante es determinar su etiología para establecer el curso de los mismos. Los trastornos inducidos por sustancias no son susceptibles de evaluación de IT por causa psíquica, sino de evaluación de expertos en trastornos por uso de sustancias. Asimismo, se descarta como objeto de esta prestación los trastornos de la personalidad, puesto que también resultan incompatibles con la temporalidad. Finalmente, los trastornos de la conducta alimentaria no se relacionan directamente con la IT. En concreto, las causas admitidas por razones de salud mental, ya se enmarque como enfermedad común, enfermedad profesional (EP) o AT, se circunscriben a los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, excepto los vinculados a enfermedad médica, los trastornos del sueño y los trastornos adaptativos (Arce, Fariña, Novo y Vázquez, 2006).

De todo ello se desprende la necesidad de investigación, formación y calidad en el control de esta prestación, así como de fundamentar la valoración de la capacitación laboral en criterios pluridimensionales enmarcados en el contexto de una evaluación multimétodo o multisistema que posibilite la convergencia de datos derivados de distintas fuentes de información (Bender y Rogers, 2004; Capilla Ramírez y González Ordi, 2009), porque el admitir, sin descartar la simulación de síntomas o sin objetivar el contenido objeto de IT debida a trastorno mental, la prescripción o continuidad de la incapacidad, se está realizando un refuerzo positivo de una conducta que, de modo más o menos consciente según el tipo de distorsión que esté operando, acabará perjudicando al paciente que asume el rol de enfermo incapacitado no justificado, así como al global de la sociedad al no optimizar la gestión de los recursos

económicos y sociales (Domínguez, López, Gordillo, Pérez-Nieto, Gómez y De la Fuente, 2014).



## **3. OBJETIVOS**

### ***3.1. Objetivo general***

El principal objetivo de esta tesis, es analizar la conducta de simulación de psicopatología en el contexto médico-legal colaborador del sistema sanitario público, en sujetos en situación de IT con procedimientos de incapacitación laboral por causa de salud mental. Asimismo, evaluar la utilidad diagnóstica de los cuestionarios SIMS y MCMI-III en sus versiones de adaptación española, así como la validez convergente que puedan presentar, con el propósito de recabar datos empíricos que puedan respaldar su utilización conjunta en la detección de simulación de psicopatología el contexto forense civil.

### ***3.2. Objetivos específicos***

A continuación, se detalla los diferentes objetivos específicos de estudio:

- 1.- Estimar la prevalencia de simulación en el ámbito de la valoración de la incapacitación laboral por causa de salud mental.
- 2.- Describir los trastornos mentales prevalentemente simulados en el ámbito de la IT.
- 3.- Analizar la existencia de patrones de personalidad vinculados a la simulación.
- 4.- Describir, si existe, un perfil sociodemográfico que caracteriza a los sujetos que desarrollan la conducta de simulación.

5. Evaluar la utilidad diagnóstica de los instrumentos utilizados en el protocolo de evaluación de simulación de síntomas psicopatológicos, en concreto las versiones de adaptación española del cuestionario SIMS (González Ordi y Santamaría, 2009) y del MCMI-III (Cardenal y Sánchez,2007), así como de la validez convergente que presentan.



## 4. HIPÓTESIS

A partir de la revisión de la literatura sobre el tema así como de la experiencia clínica y pericial profesional, con el objetivo de corroborar los resultados de investigaciones previas con los datos del presente estudio, surgen las hipótesis generales de investigación. Asimismo se formulan hipótesis específicas que se desarrollan en el mismo apartado.

1. Se detectarán cuadros clínicos, simulados prevalentemente, en el contexto médico-legal.
2. No se encontrarán diferencias significativas respecto a las características de personalidad entre los grupos de contraste.

$$H_1 = \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

3. Los subgrupos que componen la muestra global presentarán diferencias estadísticamente significativas en las características psicobiosociales recogidas.

$$H_1 = \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

4. El SIMS mostrará eficacia diagnóstica en la detección de simulación de síntomas psicopatológicos en el contexto médico-legal.
  - a. La puntuación para la escala total del SIMS del grupo de sujetos con probabilidad de simulación se ubicará superior a 16, punto de corte de adaptación española, que indica la presencia de simulación.
  - b. El grupo de sujetos probables simuladores obtendrá puntuaciones medias superiores para la escala total, así como para las diferentes subescalas del SIMS, frente a los demás grupos experimentales.

$$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2$$

$$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_{=3}$$

- c. La escala total del SIMS presentará el mayor tamaño del efecto en la diferencia de medias entre los grupos de contraste.
- d. Puntos de corte más exigentes para la escala total, optimizarán su utilidad diagnóstica.
- e. Los puntos de corte de adaptación española para las diferentes subescalas, mostrarán una mayor especificidad que los puntos de corte originales.

5. EL MCMI-III mostrará moderada eficacia diagnóstica en la detección de simulación de síntomas psicopatológicos en el contexto médico-legal.

- a. El grupo de sujetos con probabilidad de simulación obtendrá puntuaciones medias superiores al resto de grupos, en la escala de sinceridad.

$$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2$$

$$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_3$$

- b. El grupo de sujetos con probabilidad de simulación obtendrá puntuaciones medias inferiores al resto de grupos, en la escala de discapacidad social.

$$H_1 = Y_1 < Y_2$$

$$H_1 = Y_1 < Y_3$$

- c. El grupo de sujetos con probabilidad de simulación obtendrá puntuaciones medias superiores al resto de grupos, en la escala de devaluación.



$$H_1=Z_1>Z_2$$

$$H_1=Z_1>Z_3$$

- d. Se puede predecir que para el grupo de sujetos probables simuladores, la puntuación en la escala de devaluación se ubicará superior a TB 75.
  - e. Se puede predecir que las escalas de validez del MCMI-III mostrarán bidireccionalidad en la detección de simulación.
  - f. Se encontrará puntos de corte alternativos para las tres escalas de validez del MCMI-III, capaces de optimizar su utilidad diagnóstica.
- 6.** Los instrumentos clínicos presentarán una moderada validez convergente

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1. Diseño

El presente estudio tiene una finalidad analítico-descriptiva, se utiliza un control de la asignación de los factores de estudio de tipo observacional, en cuanto a la secuencia temporal es transversal y retrospectiva. Se ha utilizado una metodología de grupos diagnósticos conocidos, que usa el criterio de expertos basado en criterios diagnósticos operativizados, para la clasificación de los pacientes en; probable simulador, indeterminado y no simulador

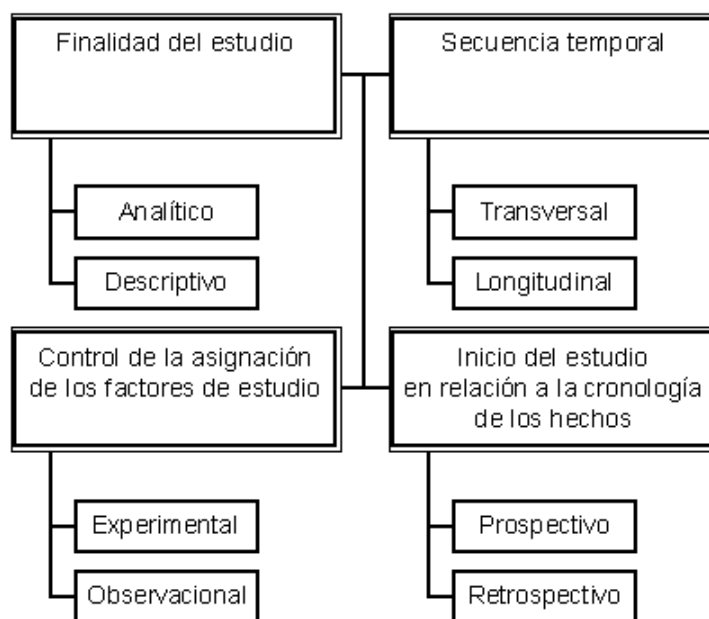


Figura 3. Visión general de los tipos y diseños de investigación

### 5.2. Muestra

Para la presente investigación, se parte de una muestra incidental compuesta por 311 trabajadores en situación de ITCC o ITAT por causa de salud mental, derivados en el periodo comprendido entre los años 2014 y 2015, por la Mutua UMIVALE a sus

servicios de salud mental para ser valorados en su incapacitación laboral previa firma del consentimiento informado, por un perito psicólogo o psiquiatra en las diferentes comunidades del territorio nacional, con el objetivo de subsanar las dudas acerca de la pertinencia de la prestación, en base a las divergencias detectadas en el proceso de evaluación médica.

De todos los sujetos de estudio, se dispuso de datos derivados del SIMS, así como del MCMI-III en sus versiones de adaptación española, aunados a datos demográficos, laborales, de salud, relativos al proceso de IT, y cumplían los criterios de inclusión, a continuación detallados. Tras la realización del muestreo se obtuvo un total de 299 sujetos. Los 12 sujetos omitidos del estudio, lo fueron por haber obtenido un resultado en la escala V del MCMI-III que invalidaba el protocolo, o porque al realizar una revisión más exhaustiva de los datos, carecían de medida en alguna de las variables de investigación.

La muestra total se ha dividido en tres grupos en función de la sospecha de simulación. El primer grupo, el clínico o probables simuladores, está integrado por 29 sujetos, el segundo grupo o indeterminado queda configurado por un total de 152 sujetos y el tercer grupo de individuos no simuladores se compone de 118 sujetos. Como se detalla en los criterios de inclusión, la asignación de sujetos a cada uno de los grupos de estudio, se ha llevado a cabo siguiendo una metodología de grupos diagnósticos conocidos (Rogers, 2008b), y en función de criterios protocolizados (Samuel y Mittenberg, 2006).

Los criterios de inclusión para el grupo probable simulador son:

- Pacientes de ambos sexos.
- Edades. comprendidas entre 18 y 65 años.

- Diagnóstico psicopatológico según criterios DSM-5 como causa de IT.
- Peritados por incapacidad laboral.
- Haber cumplimentado las medidas de auto-informe SIMS y el MCMI-III.
- Haber obtenido puntuaciones en los índices de validez del MCMI-III que no invalidaran la prueba.
- Impresión clínica fundamentada en los criterios de sospecha de simulación establecidos por Samuel y Mittenberg (2006).
- Presencia clara de una ganancia externa derivada de la situación de IT.

Los criterios de inclusión para el grupo indeterminado requirieron el cumplimiento de los mismos criterios que el grupo de probables simuladores, excepto en la impresión clínica donde se requirió la presencia de algunas divergencias y, la presencia de posibles ganancias externas. Este grupo, al no poder establecer con exactitud su condición de simulación, se ha configurado para subsanar la posible limitación derivada de la asignación de sujetos a los grupos en un diseño de grupos conocidos.

Para el grupo de sujetos sin sospecha de simulación, de nuevo se establecieron los mismos criterios de inclusión, aunados a una ausencia de divergencias en la impresión clínica y a la no presencia de ganancia externa.

Por último los criterios de exclusión para los grupos fueron:

- Menores de 18 años o mayores de 65.
- No encontrarse en situación de IT y consecuentemente no haber sido peritados por incapacidad laboral.
- Estar en situación de IT pero no por causa de salud mental.
- Enfermedad mental que afecte a la capacidad de juicio y volición.

- Obtener puntuaciones en los índices de validez del MCMI-III que invalidarán la prueba

### ***5.3. Instrumentos***

Dentro de las pruebas utilizadas, se evaluó la utilidad diagnóstica de simulación del cuestionario SIMS, construido con el objetivo de detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicológico y neuropsicológico. Si bien no se recomienda su uso en sujetos que presenten síntomas severos y, se aconseja su utilización junto a otras medidas de más amplio espectro que permitan la convergencia de datos. Su interpretación ofrece una puntuación total y puntuaciones en cinco escalas específicas:

1. Psicosis (PS): evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes no típicos de una patología psicótica real.
2. Deterioro neurológico (Dn): valora el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
3. Trastornos Amnésicos (Am): evalúa el grado en el que el sujeto informa de 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 el que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
5. Trastornos afectivos (Af): valora el grado en el que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

El SIMS incorpora diferentes estrategias para detectar simulación, incluyendo los síntomas bizarros, las respuestas de aproximación y las quejas improbables (Smith y Burger, 1997), obteniendo tamaños del efecto iguales o superiores a instrumentos más extensos en la detección de simulación (Edens, Poythress y Watkins-Clay, 2007; Laffoon, 2009). Estudios de adaptación española con un total de 1005 participantes, informan de que el SIMS presenta una satisfactoria consistencia interna (Alfa de Cronbach) tanto para el total de la prueba .94 como para las subescalas .90, .85, .90, .69, y .65 (González Ordí y Santamaría Fernández, 2009). Respecto a su eficacia diagnóstica, estudios internacionales señalan su utilidad para la detección de simulación, los valores de sensibilidad oscilan entre .93 y 1.00 considerando el punto de corte total para la escala de >14, y entre el .94 y 1.00 cuando el punto de corte es >16. Los valores de especificidad se hallan entre .52 y .91 para la puntuación total >14 y entre el .51 y .98 para >16. En diversas muestras clínicas se obtiene una especificidad alrededor de .70 para el punto de corte >16 (Dandachi-Fitzgerald, Ponds, Peters, y Merckelbach, 2011; Lewis, Simcox, y Berry, 2002).

El SIMS destaca porque es un instrumento de fácil aplicación e interpretación cumple con los criterios de brevedad, especificidad, sensibilidad, valor ecológico, diversidad de dominios evaluados y valor predictivo exigidos en el protocolo de evaluación de la simulación (Wisdom, Callahan y Shaw, 2010).

La mayor parte de investigaciones sobre simulación llevadas a cabo con el SIMS se han realizado con muestras de sujetos análogos, principalmente universitarios, y más de la mitad de esos estudios, no incorpora muestras clínicas de referencia para la comparación de resultados, mucho más escasos, son los estudios realizados en contextos reales con diseños de grupos diagnósticos conocidos o con diseños autosuficientes, y aún menor es el número de estudios realizados con muestras clínicas exclusivamente

(Rogers, Bender y Johnson, 2011). Los estudios efectuados en el contexto forense civil, con metodología de grupos conocidos y que analizan las propiedades del SIMS en la detección de simulación, como el estudio de simulación de lesiones para la obtención de indemnizaciones o compensaciones económicas (Alwes, 2006), simulación de síntomas depresivos para obtención de incapacidad (Clegg, Fremouw y Mogge, 2009), simulación de lesiones para la obtención de indemnizaciones o compensaciones económicas (Wisdom, Callahan, y Shaw, 2010), o pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico-legal (Blasco Saiz y Pallardó Durá, 2013), encontraron que el SIMS evidencia una satisfactoria capacidad para diferenciar entre sujetos que simulan síntomas físicos y/o psicológicos y aquellos que despliegan una respuesta real. Asimismo, se demuestra la capacidad predictiva de simulación, obteniendo valores de sensibilidad cuando el punto de corte es  $>16$  de .96 y de especificidad de .67 y una tasa de acierto de .69 (Alwes, 2006). Sensibilidad .95, y especificidad de .51, un poder predictivo positivo de .53 y un poder predictivo negativo de .95 (Clegg et al., 2009). Con metodología de grupos conocidos, o metodología combinada de grupos conocidos y análogos, también se ha utilizado el SIMS dentro la detección del constructo en el ámbito forense penal con simulación de psicopatología (Edens et al., 2007; Poythress et al., 2001), incapacidad para ser juzgados (Heinze y Purisch, 2001; Lewis, Simcox y Berry, 2002; Vitacco, Rogers, Gabel, y Munizza, 2007) o psicopatología en presos de nuevo ingreso (Laffon, 2009).

En la Tabla 8 se presenta un resumen de los valores de sensibilidad, especificidad y poder predictivo del SIMS derivados de 31 estudios llevados a cabo con metodología de grupos conocidos o con diseños análogos.

La escala global del instrumento resulta el indicador que mejor predice simulación, al asumir las puntuaciones inferiores a 16 como indicador de ausencia de

sospecha de simulación, y utilizar gradientes de veracidad para las puntuaciones superiores a 16. >16=sospecha de exageración de síntomas posible, >23=probable, >40=clara., y las subescalas proporcionan información cualitativa de los síntomas fingidos (Berry y Nelson, 2010). Tras la escala total, algunos estudios hallan las subescalas Dn, Am y Af como las que discriminan mejor. También se evidencia que la escala Dn es la más frecuentemente asociada a la simulación de síntomas de carácter somático, este aspecto convergería con la elevación de los síntomas somáticos en los instrumentos de amplio espectro en aquellos sujetos que simulan trastornos de ansiedad y depresión (Capilla Ramírez, González Ordi, Santamaría Fernández, Pérez Nieto y Casado Morales, 2013).

**Tabla 8**

**Valores de sensibilidad, especificidad y poder predictivo positivo (PPP) y poder predictivo negativo (PPN) del SIMS (Van Impelen, Merckelbach, Jelicic, y Merten, 2014)**

Población	Nº muestras	N	P. Corte	Sens	Esp	PPP			PPN		
						10%	30%	50%	10%	30%	50%
Demandantes	4	455	>14	.98	.61	.22	.52	.72	1.00	.99	.97
(Grupos conocidos)	4	730	>16	.91	.70	.25	.57	.75	.99	.95	.89
Acusados	2	156	>14	1.00	.60	.22	.52	.71	1.00	1.00	1.00
(Grupos conocidos)	2	108	>16	1.00	.67	.25	.56	.75	1.00	1.00	1.00
Pacientes honestos	2	206	>14	N/A	.37	.15	.40	.61	.99	.97	.93
	5	377	>16	N/A	.59	.20	.49	.69	.99	.95	.88
Adultos no clínicos	10	1222	>14	.96	.93	.60	.85	.93	1.00	.98	.96
(Grupos Exp)	25	1487	>16	.92	.99	.91	.98	.99	.99	.97	.93
Simuladores análogos:											
Clínicos conocidos	6	171	>16	.87	N/A	.22	.52	.72	.98	-.92	-.84
informados en SVT	3	56	>16	.72	N/A	.19	.48	.68	.95	.85	.70
Conocidos*informados	4	88	>16	.82	N/A	.21	.51	.71	.97	.90	.79

**Nota. STV: Test de validez de síntomas**

En contraste, resulta relevante la escasa investigación relacionada con las diferentes subescalas del instrumento, no existe evidencia sistemática de sus índices de utilidad diagnóstica, si bien algunos autores sugieren los siguientes puntos de corte;



Ps>2, Dn>3, Am>3, Bi>3 y Af>7, más exigentes que los originales, PS>1, Dn, Am, y Bi >2 y Ta>5, por permitir una mejora en la especificidad (Santamaría Fernández, 2014), y, otros estudios que abordan las subescalas del instrumento, encuentran que del análisis de algunas subescalas, en concreto Dn y Af, emerge un patrón que puede resultar útil en la discriminación entre la simulación y el trastorno facticio (Van Impelen, Merckelback, Jellicic y Merten, 2014), el estudio de las subescalas supone un vigente campo de atención.

Por último, con respecto a las limitaciones del instrumento en la detección de simulación, a pesar de la sólida consistencia interna del SIMS y de la amplia cobertura de dominios que abarca, su sensibilidad puede ser limitada en el contexto forense civil donde las quejas moderadas resultan más comunes que las extremas. Asimismo, sus ítems pueden ser fácilmente reconocibles como síntomas de validez al resultar principalmente ajenos al evaluado. Otras limitaciones susceptibles de sesgar los resultados se basan en la presencia de ítems que cubren sintomatología genuina, principalmente en la subescala Af, lo que puede contribuir a que pacientes reales superen el punto de corte (Van Impelen, Merckelback, Jellicic y Merten, 2014). También, se señala la dificultad de comprensión que puede entrañar algún ítem para algunos sujetos, por estar planteado con una doble negación (Solomon et al., 2010).

Respecto al otro instrumento utilizado en este estudio, el Inventario Clínico Multiaxial de (Millon-III), dispone de escalas de evaluación de los trastornos del Eje I (trastornos clínicos) y del Eje II (trastornos de la personalidad y retraso mental) seleccionados de la cuarta edición del DSM (APA, 2000). Para determinar los sesgos de respuesta incorpora cuatro escalas: la escala de validez (V) mide la respuesta aleatoria o la confusión (Craig, 1999), y se configura por tres únicos ítems muy inusuales en contenido, por lo que responder afirmativamente a dos o más de ellos invalida el

protocolo. La escala V cuenta con tres índices modificadores que constituyen indicadores fiables en la determinación de la validez de respuesta (Bagby, Gillis, Toner, y Goldberg, 1991; Brooks y Johnson-Greene, 2012).

1. Sinceridad (X): mide la cantidad de información revelada por el sujeto. Este índice se deriva de la combinación del patrón de personalidad de las escalas 1-8b (Millon et al., 1997). Altas puntuaciones indican franqueza en la revelación de información. Puntuaciones inferiores a 34 y superiores a 178 invalidan el protocolo, por resistencia a revelar problemas psicológicos, posible defensividad y, por excesiva revelación o, potencial exageración de síntomas (Daubert y Metzler, 2000).
2. Deseabilidad (Y): evalúa la minimización de los síntomas informados, a través de ítems que detectan la defensividad en la respuesta. Las elevadas puntuaciones denotan un estilo infradimensionado en síntomas, orientado a la deseabilidad social.
3. Devaluación (Z): mide la magnificación de los síntomas informados. Elevadas puntuaciones indican un estilo de respuesta victimista, sobredimensionado en síntomas. La escala fue construida con ítems que detectan una autodegradación intencional por parte del sujeto evaluado (Millon, 1987). Asimismo, las altas puntuaciones también pueden responder a un estado de confusión emocional agudo. Algunos autores concluyen que la escala Z resulta el índice más preciso en la detección de simulación, cuando se emplea el punto de corte  $>75$  (Aguerreverre, Greve, Bianchini y Ord, 2011). Aunque otros estudios sugieren que las escalas X e Y se muestran más efectivas que la Z en la discriminación del estilo de respuesta en muestras psiquiátricas (Schoenberg, Dorr, y Morgan, 2003).

Las propiedades psicométricas del cuestionario MCMI-III, presentan una buena fiabilidad test-retest entre .84 y .96 y una consistencia interna superior a .80. En el análisis de la consistencia interna de cada escala, se da cuenta de que la validación del cuestionario tiene una adecuada fiabilidad, más de 21 escalas superan el valor de coeficiente alfa .75. La consistencia interna de las escalas que oscilan entre .66 y .75 son las escalas compulsiva (.66) narcisista (.70), y esquizoide (.75); entre .76 y .85, se encuentran las demás escalas de personalidad: antisocial (.76), evitativa (.85), depresiva (.85), dependiente (.79), agresivo-sádica (.79), histriónica (.80), negativista (.81), autodestructiva (.83), límite (.82), paranoide (.82) y esquizotípica (.85).

En cuanto a la fiabilidad de los síndromes clínicos se halla: entre .71 y .75 las escalas de dependencia de alcohol (.71), trastorno bipolar (.72) trastorno delirante (.75); y por encima de .75 todas las demás escalas: dependencia de sustancias (.80), trastorno de ansiedad (.83), trastorno somatomorfo (.83), trastorno de estrés postraumático (.86), trastorno del pensamiento (.86) trastorno distímico (.87) y depresión mayor (.88). Finalmente, la consistencia interna para las escalas Y y Z es: deseabilidad social (.80), y devaluación (.92) (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragur, y Cerezo, 2011).

No se pasa por alto las divergencias en los índices diagnósticos de validez para las escalas de personalidad y síndromes clínicos, obtenidas en los dos estudios realizados por Millon et al. (1994, 1997) con una mayor eficacia para el último estudio. (Hsu, 2002; Richard Rogers, Salekin, y Sewell, 2000).

A pesar de ser uno de los instrumentos prioritariamente utilizados por los profesionales de la salud mental para el diagnóstico clínico, en el ámbito europeo (Evers et al., 2012), existe poca producción científica en el contexto de la simulación y, hasta la fecha, los escasos estudios se han llevado a cabo fundamentalmente con el MCMI-II (Pedrero Pérez, Durán, y del Río, 2012). Algunos autores concluyen que la escasez de

investigación con el MCMI-III puede desaconsejar este instrumento en la detección de simulación (Sellbom y Bagby, 2008). Este déficit de estudios puede responder a que el uso del MCMI-III, fuera del contexto clínico, ha sido cuestionado por ser un instrumento muy sensible al ámbito de aplicación, y en este sentido, algunos autores han hallado importantes problemas de distorsión, así como contradictoria e insuficiente evidencia empírica que garantice su aplicación en contexto forense (Rogers et al., 2000; Winberg, M. y Vilalta, 2009). Respecto a los datos contradictorios en cuanto a su capacidad discriminativa entre sujetos simuladores y no simuladores, algunos estudios obtienen resultados poco significativos ((McDermott y Feldman, 2007; Sellbom y Bagby, 2008). Otras críticas a su uso en la detección de simulación, se basan en la conclusión de que las escalas X y Z se muestran poco eficaces en la identificación de esta conducta (Sellbom y Bagby, 2008). Sin embargo, otros trabajos sobre la efectividad de las escalas de validez del MCMI-II para detectar sujetos que tratan de alterar positiva o negativamente su imagen, concluyen que las escalas discriminaron adecuadamente (Bagby, Gillis, Toner y Goldberg, 1991; Souci y Vinet, 2013), y que es la escala X la que mejor clasifica a los sujetos que se comportan de un modo simulador (Schoenberg et al., 2003).

Los índices de validez del cuestionario, operan de modo bidireccional como medidas de simulación, aunque este aspecto, si bien ha sido evidenciado con el MCMI-II, no es susceptible de generalización directa al MCMI-III debido a la reformulación del contenido de los ítems en dichos índices, por lo que se requiere investigación que replique este resultado en el MCMI-III (Bagby, Gillis, , Toner y Goldberg, 1991; Daubert y Metzler, 2000). Asimismo, es necesario un mayor abordaje empírico acerca de si los puntos de corte de los índices de validez del MCMI-III deben considerarse diferentes en función del tipo de muestra y del ámbito de aplicación del instrumento, lo

que también supone una perspectiva vigente en el análisis de la utilidad del MCMI-III en la detección de la simulación (Jiménez y Sanchez Crespo, 2003). Los puntos de corte alternativos sugeridos en los escasos estudios previos recomiendan, en base a la mejora que proporcionan en los índices de utilidad diagnóstica, una disminución del punto de corte tanto para la escala de sinceridad en su límite superior (de  $\geq 178$  a  $\geq 89$ ), como para el límite inferior de la escala de deseabilidad (de  $\leq 34$  a  $\leq 21$ ), asumiendo la bidireccionalidad de esta última. Asimismo, valoran el incremento de la Tasa Base (TB)  $> 75$  a  $\geq 82$  para la escala de devaluación (Schoenberg et al., 2003). Otros puntos de corte alternativos propuestos por ser más eficaces en la detección de simulación que los originales, son:  $X \geq 85$ ,  $Y \leq 35$ ,  $Z \geq 81$  (Daubert y Metzler, 2000).

La utilización del MCMI-III para la detección de simulación, a pesar de los datos contradictorios derivados de diferentes estudios y, de las críticas recibidas, continúa siendo de uso preferente por un amplio de psicólogos forenses (Hsu, 2002). Se requiere por tanto abundar en la investigación que proporcione datos que operativicen las características de sus indicadores de validez, para lo que resulta clave determinar los puntos de corte óptimos del MCMI-III en el contexto médico-legal, que permitan una mejora en la clasificación, en muestras españolas. En relación al contexto de evaluación, emergen resultados que indican que los sujetos forenses obtienen puntuaciones mayores que los sujetos clínicos en prácticamente todas las escalas del MCMI-III (L. J. Cohen et al., 2002; Winberg, M. y Vilalta, 2009). Si bien, existen estudios que evidencian que en los ambientes forenses los sujetos tienden a exagerar los resultados con la presencia de trastornos de personalidad antes que con la misma falsificación, exceptuando en las escalas dependiente y narcisista (Grillo, Brown, Hilsabeck, Price, y Lees-Haley, 1994). Respecto al estudio de la convergencia de sus indicadores de exageración de síntomas con instrumentos específicos de despistaje de simulación, como el SIMS, ofrece

correlaciones positivas y significativas, aunque atenuadas (López, Martí y Pujol, 2012), así como una buena validez concurrente con las escalas de validez del MMPI-2 (Schoenberg, Dorr, Morgan y Burke, 2004). Es importante recordar que el diagnóstico formal de simulación, tan solo puede derivarse de la integración de datos procedentes de diferentes fuentes de información y no, de medidas únicas y aisladas (Heilbronner, Sweet, Morgan, Larrabee y Millis, 2009), así como que, el uso extendido de un cuestionario para un propósito, no implica inexorablemente su bondad, será la evidencia empírica, y no la frecuencia en su uso, la que respalde la utilidad del instrumento de medida, en un contexto determinado y, consecuentemente garantice su admisión (Lally, 2003).

#### ***5.4. Variables incluidas en el estudio.***

Junto a las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, lugar de residencia. Las variables laborales: puesto desempeñado, modalidad de pago, sector laboral, antigüedad en el puesto de trabajo. Las variables de salud: antecedentes psicopatológicos o psiquiátricos, motivo de consulta, diagnóstico clínico, conclusión según capacitación laboral, conclusión según tratamiento que precise, conclusión según criterios de inclusión por mutua y, variables relativas al proceso de IT: tipo de contingencia, ganancias externas, tiempo de IT, se han evaluado las siguientes variables: Grupo de pertenencia: recoge el grupo de asignación de los sujetos en base a la sospecha de simulación establecida. Esta variable clasifica a los sujetos en; probable simulador, indeterminado y no simulador. Así mismo, como variables psicométricas se ha recogido la puntuación total del SIMS, cuyo punto de corte original indicativo de

presencia de simulación se ubica en 14, y en 16 para la versión de adaptación española, la puntuación directa en sus diferentes subescalas: psicosis, deterioro cognitivo, trastornos amnésicos, baja inteligencia, trastornos afectivos, así como las puntuaciones en la escala de validez del MCMI-III; 0 protocolo inválido, 1 validez cuestionable, 2 protocolo inválido. La puntuación en la escala de sinceridad; PD= <34 =falta de sinceridad, entre 34 y 178 = sinceridad, PD>178= falta de sinceridad. En la escala de deseabilidad; TB>75= deseabilidad social, y en la escala de devaluación; TB>75=magnificación de síntomas. Finalmente, las puntuaciones en las restantes escalas de valoración clínica se ubicarían en TB>60 = ausencia; TB 60-74=tendencia; TB75-84= funcionamiento crónico y modernamente grave; TB>85 = fuerte apoyo a la presencia de problema.

### ***5.5. Procedimiento***

Los pacientes en situación de IT ya sea por CC, AT o EP protegidos por la Mutua UMIVALE en el territorio nacional, son derivados al equipo de salud mental, éste se encuentra conformado por un grupo de psicólogos y psiquiatras especialistas en capacitación laboral,. En el cumplimiento de esta demanda, siempre de forma individual y tras firmar el consentimiento informado previo a la valoración y la recopilación de la documentación médica, psicológica o de cualquier otra índole, que aporte el paciente, se realiza un protocolo de evaluación que consiste en un mínimo de 3 sesiones, de duración no inferior a 60 minutos cada una. Durante las sesiones, se procede a la recogida de datos sociodemográficos, a la entrevista clínica y al pase de testología que complementa el protocolo de evaluación con medidas estandarizadas. Posteriormente se

emite el informe sobre la capacitación laboral del sujeto y se cumplimenta un cuestionario en el que, entre otros aspectos, el evaluador informa acerca de la impresión clínica extraída en cuanto a la existencia de conducta de simulación de síntomas, detallada en el apartado de criterios de inclusión de esa tesis, y a la posible ganancia externa derivada de hallarse el sujeto en situación de IT.

Para el análisis de la muestra de ámbito nacional, se solicitó a la Mutua UMIVALE el acceso a los datos de capacitación laboral, recogidos durante los años 2014 y 2015 por el grupo de peritos psicólogos, para este propósito se presentó el proyecto de investigación y el correspondiente documento firmado de obligaciones generales de protección de datos.

Obtenida la autorización de la dirección médica de la Mutua en fecha 30 de diciembre de 2015, el proyecto de investigación fue presentado e incluido en la Cátedra Universitaria *UCV UMIVALE* de Innovación e Investigación en Patologías del Trabajo, tal como consta en la Adenda de 12 de noviembre de 2015 al Convenio de Colaboración para la creación de la Cátedra, suscrito entre la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y UMIVALE. Asimismo se presentó el proyecto al Comité de Ética de la Universidad Jaume I para la investigación bioética.

Tras las gestiones oficiales para la obtención de autorizaciones para el acceso a los datos y la realización de la investigación, se seleccionó a aquellos sujetos que compusieron la muestra final en función de los criterios de inclusión especificados en el apartado “Muestra”, y se revisó los 311 informes de capacitación laboral, los cuestionarios cumplimentados por el evaluador tras la valoración, así como las bases de datos sobre variables relativas al proceso de IT. En concreto se recogió los datos disponibles acerca de variables demográficas, laborales, de salud, relativas al proceso de



IT, de impresión clínica del perito, de posibles ganancias externas por hallarse en situación de IT, y datos psicométricos; SIMS y MCMI-III.

### ***5.6. Aspectos éticos***

Este estudio epidemiológico, se ajusta a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en base a los Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la 64a Asamblea General de Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013.

Fundamentado en dichos principios, una vez extraída la información necesaria para efectuar la investigación, ésta se ha codificado y anonimizado adecuadamente para evitar una quiebra en la confidencialidad, así, se han preservado los datos de identificación personal de los sujetos separándolos de los clínico asistenciales, quedando asegurado el anonimato. Finalizado el análisis de los datos, se ha procedido a la destrucción del nexo entre los mismos, para que estos queden irreversiblemente disociados.

El carácter observacional y retrospectivo del estudio ha asegurado la no modificación del tratamiento o intervención al que los sujetos fueron sometidos, sin prescribirse tampoco pauta alguna que haya podido ocasionar algún perjuicio o molestia para los mismos.

Se ha garantizado por tanto, la protección de la intimidad personal de los sujetos de investigación y el tratamiento confidencial de los datos personales resultado de la actividad de la investigación biomédica, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en

la Ley 14/2007 modificación: 2 de junio de 2011 de criterios éticos del comité responsable de experimentación humana y de la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.

Los investigadores manifiestan su propósito de publicar los resultados derivados de este estudio, aunque éstos no sean significativamente representativos, asimismo declaran no tener ningún conflicto de intereses con las entidades participantes, ni para la publicación de esta tesis.

En cuanto a la custodia de los instrumentos, todos los documentos revisados en esta tesis para la obtención de las medidas requeridas para la investigación, se encuentran en posesión de UMIVALE. Entidad titular del archivo de protección de datos, recogidos en fichero automatizado declarado a la Agencia Española de Protección de Datos.

### ***5.7. Análisis de datos***

Todos los análisis estadísticos efectuados para dar respuesta a los diferentes objetivos e hipótesis de investigación planteados, fueron realizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS, versión.22. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables de investigación en función de la naturaleza de las mismas. Posteriormente se efectuó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para todas las variables de estudio, observándose que tan solo la escala de sinceridad (X) del MCMI-III sigue una distribución normal, consecuentemente se procedió al análisis no paramétrico de los resultados para el resto de las variables.

Para responder a la primera hipótesis, referida a los trastornos mentales

prevalentemente simulados en el contexto de estudio, se llevó a cabo un estudio acerca de la existencia de diferencias entre los grupos mediante la prueba H de Kruskal-Wallis, así como un análisis del patrón de correlación entre los síndromes clínicos del MCMI-III, en aquellos sujetos clasificados como probables simuladores, y la escala total del inventario SIMS. Asimismo, para el abordaje de la segunda hipótesis, se determinó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de clasificación en aquellas variables dependientes que miden patrones clínicos de personalidad, mediante el estadístico H de Kruskal-Wallis y, se efectuó un análisis de correlación de Spearman, con el objetivo de estudiar la relación entre las escalas de personalidad en el cuestionario MCMI-III y las diferentes escalas del SIMS. Para ambos análisis se determinó la puntuación mínima de 75 en prevalencia, como indicador de presencia de síndrome clínico y, como indicador de rasgo clínico de personalidad. En el estudio de la tercera hipótesis para determinar la existencia de relación de dependencia entre las variables de sociodemográficas y de salud, con los grupos de contraste, se efectuó la prueba H de Kruskal-Wallis.

En la exploración de las hipótesis relativas a los instrumentos de evaluación, en primer lugar, se procedió a examinar las propiedades psicométricas de los mismos mediante el análisis de la fiabilidad a través del estadístico Alfa de Cronbach. Tras el análisis de fiabilidad, se planteó un ANOVA de una vía para comprobar la existencia de diferencias significativas entre los grupos de estudio, para la escala de sinceridad del MCMI-III, y una prueba H de Kruskal-Wallis para el resto de escalas. Tras el ANOVA se efectuó la prueba Post-Hoc de Scheffé para determinar entre que grupos se dan las diferencias y, tras el estadístico Kruskal-Wallis, la prueba U de Mann-Wilhtney 2 a 2. La magnitud de las diferencias encontradas entre los grupos se estudió mediante la d de Cohen, prueba que proporciona el tamaño del efecto, basando la interpretación en los

rangos propuestos por Rogers (2008b) para el ámbito de la simulación:  $d \geq 0.75$  = Tamaño del efecto *moderado*;  $d \geq 1.25$  = Tamaño del efecto *grande*;  $d \geq 1.50$  = Tamaño del efecto *muy grande*. Éstos rangos resultan más exigentes que los propuestos por (Cohen, 1988), quien propone un tamaño del efecto *grande* para los rangos superiores a .80.

En la exploración de la eficacia diagnóstica de los inventarios SIMS y MCMI-III en la detección de simulación de psicopatología en el contexto médico-legal, se excluyó para este primer análisis al grupo de sujetos indeterminados en la condición de simulación, generado para subsanar posibles errores de clasificación en la línea de estudios previos (Alwes, 2006; Clegg et al., 2009) entre otros, y se efectuó el análisis valorando diferentes puntos de corte (puntuaciones directas del SIMS y puntuaciones directas y tasa base (TB) de las escalas del MCMI-III), de los índices prioritariamente utilizados en el estudio de la validez diagnóstica de un instrumento.

Con el fin de determinar la probabilidad de que un sujeto diagnosticado con una determinada enfermedad obtenga en la prueba diagnóstica un resultado positivo, se procede al cálculo del índice de sensibilidad de los instrumentos, Este estadístico oscila entre 0 y 1, pudiendo expresarse de forma porcentual. Valores inferiores a .70 se consideran bajos (Lenderink et al., 2012). La Especificidad (ES) proporciona la probabilidad de que un sujeto sano sea detectado correctamente como tal por el test, es decir, que puntúe por debajo del punto de corte establecido para el diagnóstico. Niveles altos de especificidad son requeridos en los ámbitos forenses donde las consecuencias de errar el diagnóstico conllevan especial gravedad. Al igual que la SN, sus valores oscilan entre 0 y 1 y, también los valores inferiores a .70 se consideran poco aceptables. En definitiva, será el contexto de aplicación del instrumento el que determine qué valores resultan deseables. Tanto la SN como la ES son parámetros inherentes al test y,

resultan independientes de la prevalencia de la enfermedad (Ruiz de Adana, 2009). El Valor predictivo positivo (VPP) supone la probabilidad de que un sujeto con un resultado positivo en el test, tenga la enfermedad. No existen valores concretos de aceptación, aunque se entiende que un valor cercano al 50% podría indicar una clasificación correcta, producto del azar. El Valor predictivo negativo (VPN) informa de la situación opuesta, es decir, que un individuo sano obtenga un valor negativo en la prueba. De nuevo resulta exigible un valor superior al 50%. Cabe destacar que el VPP y el VPN dependen de la prevalencia de la enfermedad en la población. En este estudio, se asumió como criterio de prevalencia de simulación el 30%, siguiendo las recomendaciones de Greve y Bianchini, (2004) asimismo, se empleó el teorema de Bayes, (1763) para el cálculo del VPP y del VPN.

La Figura 4 representa la ecuación del teorema de Bayes para el cálculo del VPP y del VPN.

$$\begin{array}{l}
 \text{a)} \\
 p(E|+) \\
 = \frac{p(+|E)p(E)}{p(+|E)p(E) + p(+|NE)p(NE)} \\
 \text{b)} \\
 p(NE|-) \\
 = \frac{p(-|NE)p(NE)}{p(-|E)p(E) + p(-|NE)p(NE)} \\
 \text{c)} \\
 VPP = \frac{\text{Sensibilidad} \times \text{Prevalencia}}{\text{Sensibilidad} \times \text{Prevalencia} + (1 - \text{Especificidad}) \times (1 - \text{Prevalencia})} \\
 \text{d)} \\
 VPN = \frac{\text{Especificidad} \times (1 - \text{Prevalencia})}{(1 - \text{Sensibilidad}) \times \text{Prevalencia} + \text{Especificidad} \times (1 - \text{Prevalencia})}
 \end{array}$$

Figura 4. a) Teorema de Bayes VPP; b) Sustitución de los parámetros para el cálculo del VPP; c) Teorema de Bayes VPN; d) Sustitución de los parámetros para el cálculo del VPN

Para explorar el grado de acuerdo entre el criterio de clasificación utilizado y los instrumentos psicométricos empleados, se calculó el Índice de Kappa de Cohen. Este parámetro ofrece la tasa total de aciertos, mediante el análisis de la variabilidad de los dos criterios independientes. Los valores de Kappa inferiores a < .20 informan de

una *pobre* fuerza en la concordancia, entre .21 y .40 fuerza *débil*, .41-.60 *moderada*, entre .61 y .80 *buena* y valores superiores a .81 *muy buena* (López, Galparsoro, y Fernández, 2001). El índice de Kappa es sensible al punto de corte y como el VPP y el VPN depende de la prevalencia del trastorno en la población. Finalmente se calculó el índice de exactitud diagnóstica mediante la curva COR (*Característica Operativa del Receptor*). La curva COR, es un índice unificador que presenta la vinculación entre los valores de SN y de ES del test para cada una de las coordenadas, y se analizó el Área Bajo la Curva (ABC) atendiendo a sus niveles de discriminación: *ausencia* (ABC=.50), *aceptable* (ABC=.70-.79), *excelente* (ABC=.80-.89) y *sobresaliente* (ABC =.90) (Hosmer y Lemeshow, 2000). En términos de utilidad diagnóstica refleja la probabilidad de que un individuo con la enfermedad, escogido al azar, presente una puntuación superior en el test a otro individuo seleccionado aleatoriamente, sin la enfermedad (Hanley y McNeil, 1982).

Tras el análisis de los índices de utilidad diagnóstica, con la finalidad de determinar el poder predictivo de los cuestionarios utilizados, en relación a la simulación, se realizó una Regresión Logística Multinomial, tomando como categoría de referencia el grupo de sujetos indeterminados en la condición de simulación, para obtener qué escalas de validez del MCMI-III pueden incluirse en un modelo de predicción de Simuladores y No Simuladores.

Por último, fundamentando el análisis en que la evaluación multimétodo, con datos provenientes de diferentes fuentes resulta una premisa indiscutible para la mayor parte de los investigadores y/o evaluadores en psicología. Y, atendiendo a que la evidencia científica determina que no se puede asumir sin más la simple combinación de medidas de evaluación, sino que requiere el contraste empírico de la utilización conjunta de las fuentes empleadas (McFall, 2005), se llevó a cabo un estudio de la

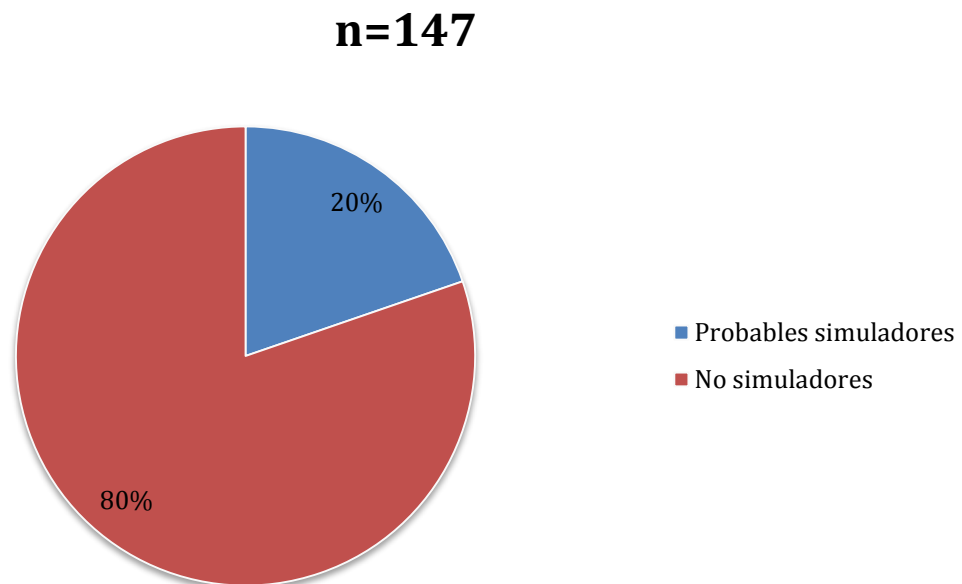
validez convergente que presentan los cuestionarios SIMS y MCMI-III a partir de los coeficientes de correlación entre las puntuaciones del SIMS y las escalas de validez del MCMI-III, como una de las dimensiones que configuran el concepto de validez incremental propuesto por (Sechrest, 1963) cuando alude al grado en el que una nueva medida mejora eficacia diagnóstica hecha de un fenómeno a partir de otras medidas ya establecidas.





## 6. Resultados

Como punto de partida, se ha llevado a cabo una caracterización sociodemográfica de los sujetos de estudio empleando frecuencias y medidas de resumen. El porcentaje de sujetos clasificados como probables simuladores en la muestra de estudio se ubica en el (9.7%). La prevalencia de simulación, cuando se omite el grupo de sujetos clasificados como indeterminados en la condición, se sitúa en el (20%).



*Figura 5.* Prevalencia de simulación en la muestra Probables simuladores/No simuladores

En la muestra global de estudio, se detecta un predominancia de sexo femenino, 203 mujeres (67.9%) respecto a 93 hombres (31.1%); la media de edad se sitúa en 42.49 años (D.T=10.593). En relación al nivel formativo, encontramos 26 sujetos (8.7%) que no posee ninguna formación reglada, 129 (43.1%) que realizó estudios primarios, 82 (27.4%) secundarios, 43 (14.4%) llevó a cabo estudios universitarios medios, y tan solo 19 (6.4%) de los sujetos finalizó estudios universitarios superiores.

**Tabla 9****Características sociodemográficas de la muestra global**

		<b>Muestra global</b>	
		N = 299	100%
		Media	42.49
Sexo	Hombre	93	31.1%
	Mujer	203	67.9%
Estado civil	Soltero/a	40	13.4%
	En pareja	38	12.7%
	Con hijos	198	62.2%
	Con familiares dependientes	17	5.7%
	Separado/divorciado	5	1.7%
	Viudo	1	.3%
	Nivel de estudios	Sin estudios	26
	Primarios	129	43.1%
	Secundarios	82	27.4%
	Universitarios medios	43	14.4%
	Universitarios superiores	19	6.4%
Lugar de residencia	Castilla la mancha	1	.3%
	Comunidad valenciana	164	54.8%
	Islas Baleares	1	.3%
	Andalucía	46	15.4%
	Murcia	10	3.3%
	No	256	85.6%
Procedimiento judicial	Si, personal	29	9.7%
	Si, laboral	14	4.7%
Edad	Media		42.49
	SD		10.59

En la descripción de las variables laborales, se encuentra que 240 sujetos (80.3%) de los integrantes desarrolla un puesto laboral de primer nivel, es decir, ejerce como trabajador, peón y tan solo 3 (1%) desarrolla un cargo de cuarto nivel o alto ejecutivo. La modalidad de pago queda configurada por 246 sujetos (82.3%) con pago delegado (por cuenta ajena, régimen general), 42 (14%) en régimen de pago directo

(autónomos) y 11 (3.7%) de pago directo por cuenta ajena (IT desempleo o lo que es lo mismo, despedido pero de baja). La antigüedad medida en el puesto de trabajo se sitúa en 4.79 años (D.T=1.166).

**Tabla 10**  
**Características laborales de la muestra global**

		Muestra global	
<b>Puesto laboral</b>	Primer nivel	240	80.3%
	Segundo nivel	49	16.4%
	Tercer nivel	7	2.3%
	Cuarto	3	1%
<b>Modalidad de pago</b>	Delegado	246	82.3%
	Directo	42	14%
	IT Desempleo	11	3.7%
<b>Sector laboral</b>	Construcción	11	3.7%
	Comercio	59	19.7%
	Transporte y almacenamiento	12	4%
	Hostelería	39	13%
	Actividades financieras y seguros	25	8.4%
	Actividades profesionales científicas y técnicas	14	4.7%
	Actividades administrativas y servicios auxiliares	11	3.7%
	Administración pública y defensa	11	3.7%
	Sanitario	22	7.4%
	Educación	12	4%
	Otros	83	27.8%
	N	299	100%
	<b>Antigüedad en el puesto</b>	Media	
D.T.			1.166

Respecto a las variables vinculadas a la salud mental, 132 (44.1%) de los sujetos no refiere antecedentes psicológicos o psiquiátricos, 69 (23.1%) los refiere hace más de 5 años, 60 (20.1%) en los últimos 5 años y 38 (12.7%) en el último año. Al atender al motivo principal de consulta, se encuentra que 172 pacientes (57.5%) refiere motivos personales, 117 (39.1%) laborales y tan solo 10 (3.3%) manifiesta causas físicas. De entre aquellos casos que han informado de aspectos laborales como motivo de consulta, 45 (15.1%) manifiesta estrés laboral, 37 (12.4%) interacción conflictiva con

sus superiores, 9 (3%) interacción conflictiva con sus compañeros, 2 (.7%) alude a accidente laboral in itinere o in misión, y 1 (.3%) tanto que alega relaciones interpersonales conflictivas con los responsables en ausencia del superior habitual, como el que las refiere con clientes.

En la exploración del diagnóstico se encuentra 118 (39.60%) de sujetos con diagnóstico de trastorno adaptativo. Le sigue 78 sujetos (26.17%) con diagnóstico de trastorno de ansiedad distinta al TEPT, 57 (19.13%) de trastorno afectivo, 15 (5.03%) de trastornos de la personalidad, 9 (3.02%) de trastornos del espectro esquizofrenia, 4 (1.34%) médicos orgánicos, y 1 (.34%) tanto para trastornos del sueño como para TEPT. En 16 (5.37%) de los casos no se ha podido llegar a un diagnóstico por factores externos a la valoración, principalmente por la falta de colaboración.

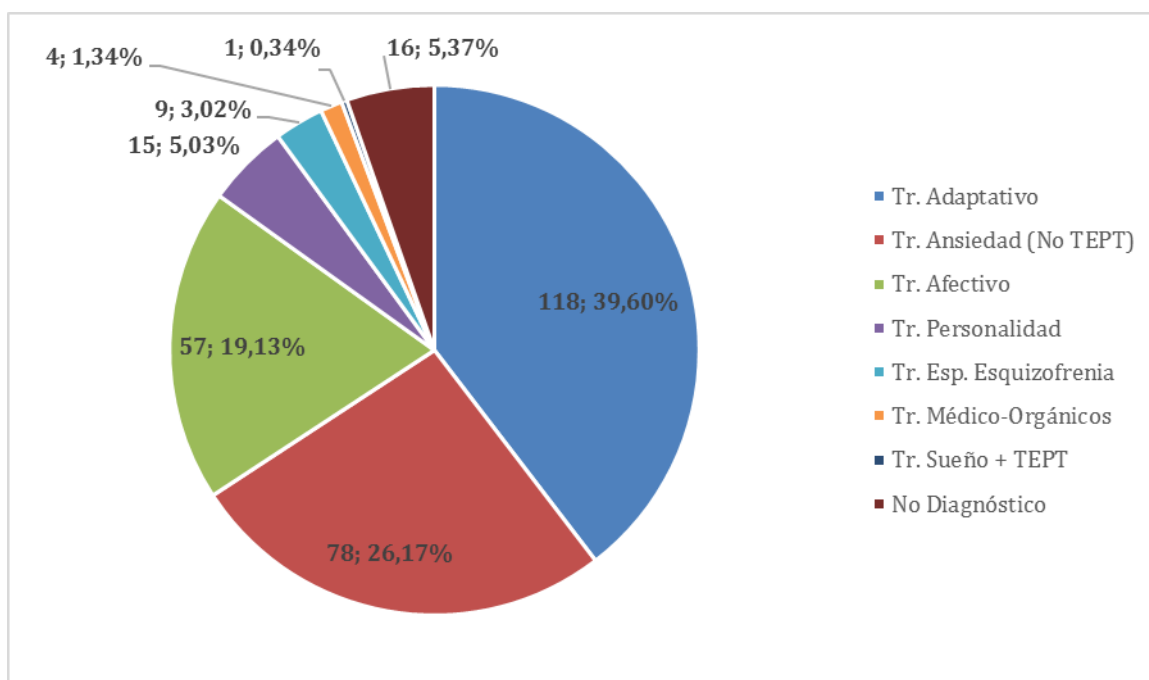


Figura 6. Diagnóstico clínico para la muestra global

Para 78 sujetos (26.1%) con diagnóstico de trastorno adaptativo los problemas ambientales referidos, se vinculan a motivos laborales, para 33 (11%) se asocia al grupo primario de apoyo, para 3 (1%) a aspectos económicos y en 5 (1.7%) de los casos a otros estresores.

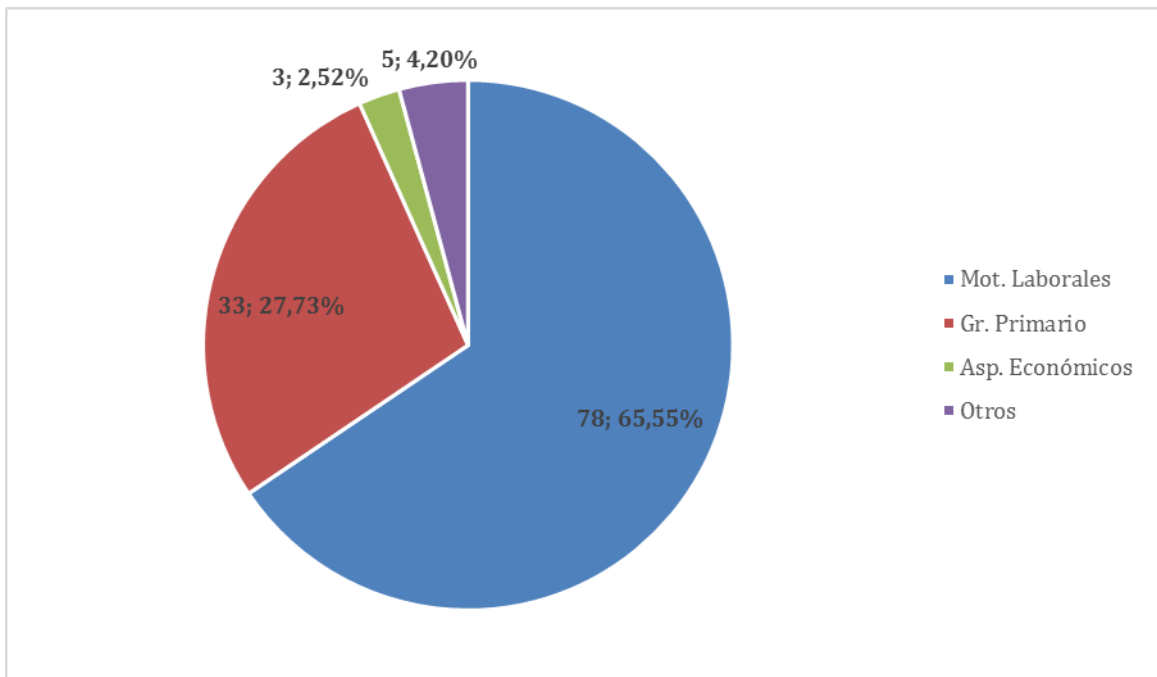


Figura 7. Distribución de la tipología de problemas ambientales en el diagnóstico de trastorno adaptativo para la muestra global

En 211 (70.6%) de las valoraciones, el profesional concluye que el sujeto no es apto para el desempeño laboral y recomienda continuar la IT, asimismo valora que 234 (78.3%) de los evaluados precisa tratamiento para su recuperación funcional y que 11 (3,7%) presenta secuelas psicológicas ya establecidas y crónicas. De los sujetos que requieren tratamiento 156 (52.2%) cumple criterios de derivación por mutua por tratarse de un proceso susceptible de recuperación, y 97 (32.4%) no los cumple, concretamente 24 sujetos (8%) no los cumplen por tratarse de un proceso que está en vía judicial abierta, 17 (5.7%) porque se trata de un cuadro cronificado con alto índice de recaídas, 16 (5.4%) porque supone un diagnóstico crónico que necesita tratamiento especializado, 11 (3.7%) por ser un diagnóstico combinado con varias áreas vitales afectadas, 4 (1.3%) porque el diagnóstico psicológico está supeditado a cuadro orgánico grave y crónico, y 3 (1%) por existir un trastorno de personalidad que modula el cuadro clínico actual.

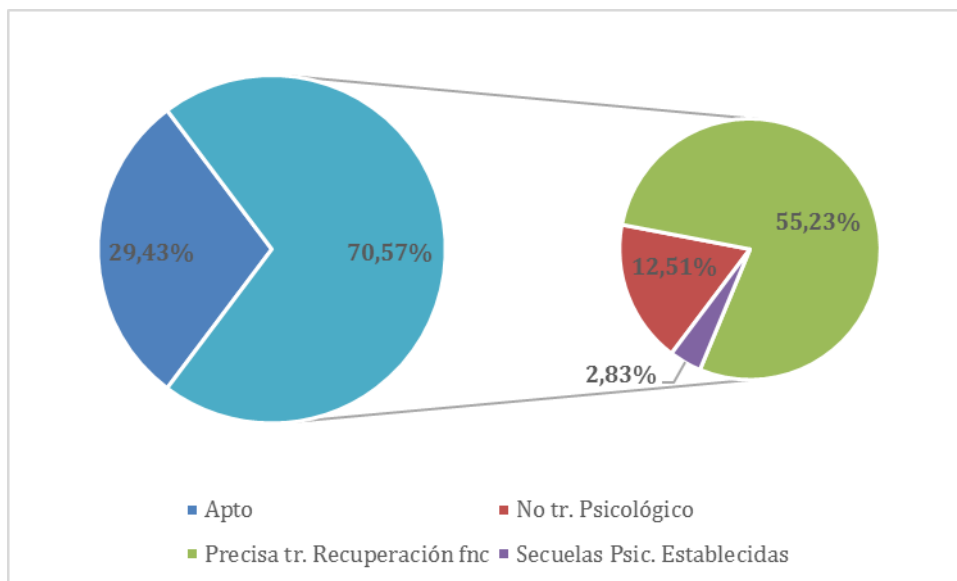


Figura 8. Conclusión según capacitación laboral y tratamiento requerido para la muestra global

**Tabla 11**

**Características relativas al proceso de IT de la muestra global**

Muestra global	N=299		
Tipo de contingencia	15	AT	5%
	284	CC	95.5%
Ganancias externas para mantener IT	237	No	79.3%
	33	Se sospecha	11%
	11	Económicas	4.7%
	14	Mejoras laborales	3.7%
	4	Ganar tiempo	1.3%
Tiempo baja laboral		Media	175.21
		DT	157.35

Finalmente, en el estudio de las variables relativas al proceso de IT (Tabla 11), se recoge que 284 sujetos (95.5%) están de baja por enfermedad común CC y tan solo 15 (5%) por AT. Respecto a la posible ganancia externa derivada de estar inmerso en una baja laboral, en 237 (79.3%) de los casos ni se refiere ni se sospecha beneficio, en 33 (11%) el profesional lo sospecha, aunque el paciente no lo ha referido expresamente, en 11 (4.7%) el propio evaluado refiere mejoras en las condiciones laborales, en 14 (3.7%) mejoras económicas y en 4 (1.3%) ganancia de tiempo para preparar oposiciones,

buscar otro empleo etc. El tiempo medio de IT es de 175.21 días (D.T =157.35).

Tras el análisis general de la muestra, se describen las características sociodemográficas y sobre el estado de salud de los sujetos, en función de la condición de sospecha de simulación establecida para el contraste.

**Tabla 12**

**Características sociodemográficas de los subgrupos**

		<b>Indeterminado</b>		<b>Probable Simulador</b>		<b>No Simulador</b>	
	<b>TOTAL</b>	152	50.84%	29	9.70%	118	39.46%
Sexo	Hombre	55	36.18%	7	24.14%	34	28.81%
	Mujer	97	63.82%	22	75.86%	84	71.19%
Estado civil	Soltero/a	20	13.16%	4	13.79%	16	13.56%
	En pareja	23	15.13%	2	6.90%	13	11.02%
	Con hijos	93	61.18%	22	75.86%	83	70.34%
	Con familiares dependientes	12	7.89%	1	3.45%	4	3.39%
	Separado - divorciado	4	2.63%	0	0.0%	1	.85%
	Viudo	0	0.0%	0	0.0%	1	.85%
Nivel de estudios	Sin estudios	15	9.87%	4	13.79%	7	5.93%
	Primarios	69	45.39%	12	41.38%	48	40.68%
	Secundarios	43	28.29%	11	37.93%	28	23.73%
	Universitarios medios	20	13.16%	1	3.45%	22	18.64%
	Universitarios superiores	5	3.29%	1	3.45%	13	11.02%
Lugar de residencia	Asturias	38	25%	7	24.14%	31	26.27%
	Aragón	0	0.0%	0	0.0%	1	.85%
	Castilla la mancha	1	.66%	0	0.0%	0	0.0%
	Comunidad valenciana	76	50%	15	51.72%	73	61.86%
	Islas Baleares	0	0%	1	3.45%	0	0.0%
	Andalucía	34	22.37%	6	20.69%	6	5.08%
	Murcia	3	1.97%	0	0%	7	5.93%
Procedimiento judicial	No	127	83.55%	24	82.76%	105	88.98%
	Si, personal	18	11.84%	4	13.79%	7	5.93%
	Si, laboral	7	4.61%	1	3.45%	6	5.08%
Edad	Media		42.17		43.38		42.69
	SD		10.60		10.36		10.71

Respecto a las características sociodemográficas de cada subgrupo (Tabla 12), se destaca que el grupo con una media de edad más alta es el de sujetos probables simuladores ( $\bar{X}$ =43.38, D.T.=10.36), seguidos de los sujetos no simuladores ( $\bar{X}$ =42.69, D.T.=10.71) y finalmente de aquellos indeterminados en la condición ( $\bar{X}$ =42.17, D.T.=10.60). En cuanto al sexo, se observa una predominancia de mujeres en todos los subgrupos. El nivel formativo se caracteriza por una mayoría de sujetos con estudios primarios en todos los grupos, cabe reseñar que en el grupo de probables simuladores se encuentra el porcentaje más bajo de casos con estudios universitarios medios y superiores, 2 (6.9%) frente a 25 (16.45%) para los indeterminados y 35 (29.64%) de estudios universitarios en los no simuladores, siendo éste el grupo de sujetos con mayor nivel de estudios.

**Tabla 13**  
**Características laborales de los subgrupos**

		Indeterminado		Probable Simulador		No Simulador	
TOTAL		152	50,84%	29	9,70%	118	39,46%
Puesto laboral	De primer nivel	119	78.29%	26	89.66%	95	80.51%
	De segundo nivel	28	18.42%	3	10.34%	18	15.25%
	De tercer nivel	2	1.32%	0	.00%	5	4.24%
	De cuarto nivel	3	1.97%	0	.00%	0	.00%
Modalidad de pago	Pago delegado	121	79.61%	25	86.21%	100	84.75%
	Pago por cuenta propia	26	17.11%	4	13.79%	12	10.17%
	Pago por cuenta ajena	5	3.29%	0	.00%	6	5.08%
Sector laboral	Construcción	7	4.61%	0	.00%	4	3.39%
	Comercio por mayor y menor	29	19.08%	8	27.59%	22	18.64%
	Transporte	8	5.26%	1	3.45%	3	2.54%
	Hostelería	20	13.16%	3	10.34%	16	13.56%
	Actv. financieras	10	6.58%	2	6.90%	13	11.02%
	Actv. prof. y científicas	8	5.26%	1	3.45%	5	4.24%
	Actv. admin. y serv. Aux.	6	3.95%	1	3.45%	4	3.39%
	Admin. pública y	7	4.61%	2	6.90%	2	1.69%



defensa						
Educación	6	3.95%	0	.00%	6	5.08%
Sanitario	7	4.61%	4	13.79%	11	9.32%
Otros	44	28.95%	7	24.14%	32	27.12%
Antigüedad puesto trabajo	Media	4.76		4.68		4.82
Años	SD	1.23		1.06		1.11

En cuanto a las variables que caracterizan el perfil laboral de los subgrupos (Tabla 13), como se puede observar, en el grupo de probables simuladores se observa el mayor porcentaje de sujetos con un cargo de primer nivel 26 (89.66%), seguido de los no simuladores con un 95 (80.51%), y por último 119 de los indeterminados en la clasificación con el (78.29%). Destaca que entre los sujetos probables simuladores no aparece ningún caso de tercer o cuarto nivel profesional. Dentro de la modalidad de pago, también se encuentra que los sujetos probables simuladores son los que obtienen un mayor porcentaje de pago delegado o por cuenta ajena 25 (86.21%). Por último, la menor antigüedad en el desarrollo del puesto de trabajo, aparece en el subgrupo de probables simuladores con una media de años de 4.68, (D.T. = 1.06), le sigue el grupo de indeterminados con una media de 4.76 (D.T. = 1.23), y finalmente el de no simuladores con una media de 4.82 (D.T. = 1.11).

En la exploración del perfil de salud mental de los subgrupos (Tabla 14), se considera conveniente destacar que en grupo de probables simuladores es donde se encuentra un mayor porcentaje de sujetos con antecedentes psicológicos o psiquiátricos de más larga evolución 10 (34.48%) frente a 31 (26.27%) de los no simuladores. En lo referente al diagnóstico clínico, se evidencia que es en el grupo de probables simuladores donde ha habido un mayor porcentaje de casos en los que no se ha podido llegar a un diagnóstico por causas atribuibles al paciente, como falta de cooperación, 5 (17.24%), mientras que en el grupo de no simuladores se ha producido en 3 (2.54%) de las valoraciones. Asimismo, en 23 (79.31%) de los probables simuladores se ha

concluido que eran aptos para el desempeño laboral y tan solo en 20 (16.95%) de los no simuladores se ha llegado a la misma conclusión. Acorde a este aspecto, el evaluador ha concluido que 16 (55.17%) de sujetos probables simuladores no requerían tratamiento psicológico, y ha llegado a la misma conclusión en 13 (11.02%) de los casos de subgrupo no simuladores.

**Tabla 14**  
**Características de salud de los subgrupos**

		<b>Indeterminado</b>		<b>Probable Simulador</b>		<b>No Simulador</b>	
		152	50.84%	29	9.70%	118	39,46%
Antecedentes psicológicos o psiquiátricos	No	63	41.45%	9	31.03%	60	50,85%
	último año	28	18.42%	2	6.90%	8	6.78%
	últimos 5 años	33	21.71%	8	27.59%	19	16.10%
	más de 5 años	28	18.42%	10	34.48%	31	26.27%
Motivo principal de consulta	Personal	91	59.87%	16	55.17%	65	55.08%
	Laboral	56	36.84%	13	44.83%	48	40.68%
	Causa física	5	3.29%	0	.00%	5	4.24%
Si derivación por motivos laborales, la consulta se debe a	No es por motivos laborales	94	61.84%	15	51.72%	67	56.78%
	Estrés	18	11.84%	3	10.34%	24	20.34%
	Interacción conflictiva (IC) con compañeros	2	1.32%	2	6.90%	5	4.24%
	IC con superiores	21	13.82%	5	17.24%	11	9.32%
	IC con responsable en ausencia de superior habitual	1	.66%	0	.00%	0	.00%
	IC con clientes	1	.66%	0	.00%	0	.00%
	Agresión	0	.00%	0	.00%	0	.00%
	Accidente in itinere/in mission	1	.66%	0	.00%	1	.85%
	Otros	14	9.21%	4	13.79%	10	8.47%
	Diagnóstico clínico	T. adaptativo	56	36.84%	11	37.93%	51
T. afectivo		35	23.03%	3	10.34%	19	16.10%
T. ansiedad distinto al TEPT		34	22.37%	6	20.69%	38	32.20%
T. médicos		2	1.32%	0	.00%	2	1.69%
T. de sueño		1	.66%	0	.00%	0	.00%
T. de personalidad		9	5.92%	4	13.79%	2	1.69%
No se ha podido llegar a diagnóstico por causas ajenas a la evaluación		8	5.26%	5	17.24%	3	2.54%

	T. espectro esquizofrenia	6	3.95%	0	.00%	3	2.54%
	TEPT	1	.66%	0	.00%	0	.00%
En caso de trastorno adaptativo el problema ambiental se vincula a	No diagnóstico de t. Adapt.	98	64.47%	16	55.17%	66	55.93%
	Grupo primario de apoyo	15	9.87%	3	10.34%	15	12.71%
	Problemas Laborales	35	23.03%	8	27.59%	35	29.66%
	Problemas Económicos	1	.66%	2	6.90%	0	.00%
	Problemas Sociales	0	.00%	0	.00%	0	.00%
	Problemas legales	0	.00%	0	0,00%	0	0,00%
	Problemas vinculados a la vivienda	0	.00%	0	.00%	0	.00%
	Otros	3	1.97%	0	.00%	2	1.69%
Conclusión capacitación laboral	Apto para desempeño. fin IT	45	29.61%	23	79.31%	20	16.95%
	No apto, continuar IT	107	70.39%	6	20.69%	98	83.05%
	No se ha podido emitir juicio	0	.00%	0	.00%	0	.00%
Conclusión tratamiento que precise	No requiere tratamiento	25	16.45%	16	55.17%	13	11.02%
	Precisa tratamiento	120	78.95%	11	37.93%	103	87.29%
	Presenta secuelas crónicas	7	4.61%	2	6.90%	2	1.69%
Conclusión según criterios de la mutua	No precisa tratamiento	19	12.50%	15	51.72%	12	10.17%
	No cumple criterios derivación	67	44.08%	10	34.48%	20	16.95%
	Cumple criterios para recuperación funcional	66	43.42%	4	13.79%	86	72.88%
No cumple criterios de derivación por mutua por tratarse de	No necesita Tratamiento	86	56.58%	19	65.52%	98	83.05%
	Cuadro cronificado	10	6.58%	0	.00%	7	5.93%
	Precisa tratamiento Especializado	11	7.24%	2	6.90%	3	2.54%
	Cuadro orgánico grave	3	1.97%	0	.00%	1	.85%
	Proceso en vía judicial abierta	19	12.50%	1	3.45%	4	3.39%
	Diag. Combinado	7	4.61%	3	10.34%	1	.85%
	Tr. de personalidad que modula cuadro clínico actual	2	1.32%	0	.00%	1	.85%
	Otros	14	9.21%	4	13.79%	3	2.54%

**Nota. Tabla 14 Continuación**

Por último, en cuanto a las variables relativas al proceso de IT (Tabla 15) y, al

respecto de las ganancias externas para mantener la IT, en el (48.28%) de probables simuladores se vincula a mejoras laborales, en el (37.93%) a mejoras económicas y en el (13.79%) a la posibilidad de ganar tiempo.

**Tabla 15**

**Características relativas al proceso de IT de los subgrupos**

		<b>Indeterminado</b>		<b>Probable Simulador</b>		<b>No Simulador</b>	
<b>TOTAL</b>		152	50.84%	29	9.70%	118	39.46%
Tipo de contingencia	AT	8	5.26%	3	10.34%	4	3.39%
	CC	144	94.74%	26	89.66%	114	96.61%
Ganancias externas para mantener IT	no	119	78.29%	0	.00%	118	100%
	Se sospecha	33	21.71%	0	.00%	0	.00%
	Económicas	0	.00%	11	37.93%	0	.00%
	Mejoras laborales	0	.00%	14	48.28%	0	.00%
	Ganar tiempo	0	.00%	4	13.79%	0	.00%
Tiempo baja laboral	Media		181.16		141.45		172.69
	SD		173.38		143.78		143.35

Los resultados respecto a la incidencia por patologías (Tabla 16) en el contexto médico-legal, en pacientes valorados en su incapacitación laboral, informan de las siguientes tasas generales.

**Tabla 16**

**Incidencia por patologías en el área de la IT (N 299)**

Trastorno adaptativo	39.5%
Ansiedad distinta al TEPT	26.1%
Trastorno afectivo	19.1%
Trastornos de personalidad	5.0%
Trastornos espectro esquizofrenia	3.0%
Trastornos médicos orgánicos	1.3%
Trastornos del sueño	.3%
TEPT	.3%

***Hipótesis 1. Se detectarán cuadros clínicos, simulados prevalentemente, en el contexto médico-legal***

En la exploración de los trastornos mentales prevalentemente simulados en el contexto médico-legal en pacientes en situación de IT valorados en su incapacitación laboral por causa de salud mental, los resultados, en primer lugar, informan del perfil comparativo, en las escalas que miden síndromes clínicos del MCMI-III en función del grupo de clasificación.

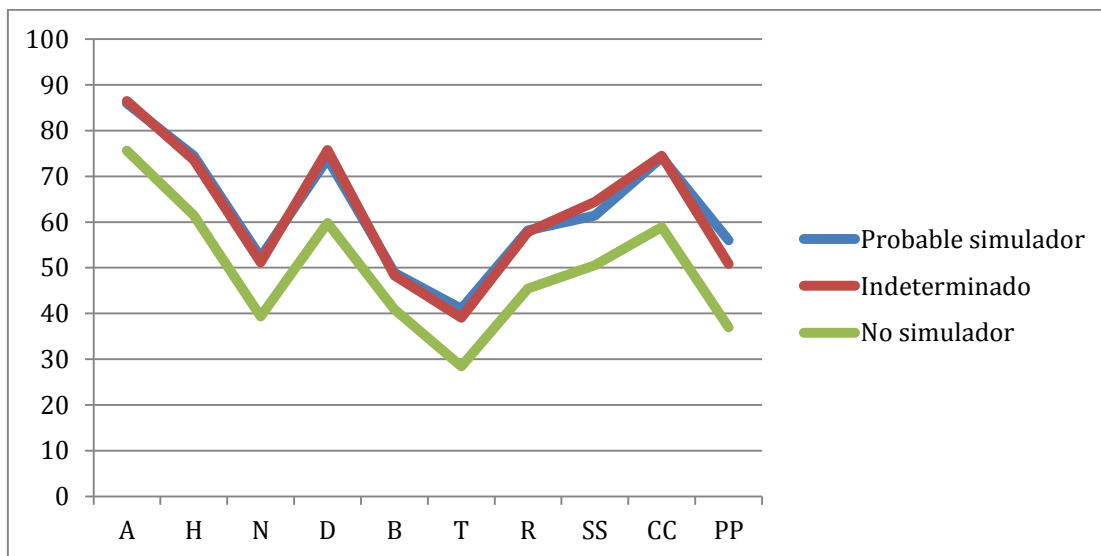


Figura 9. Comparación de las puntuaciones medias en síndromes clínicos entre los grupos

Los diagramas presentados a continuación y, especialmente útiles cuando la distribución de una variable se aleja de la normalidad, proporcionan un análisis visual de la dispersión y de la simetría en las puntuaciones obtenidas en los síndromes clínicos, para cada grupo de contraste.

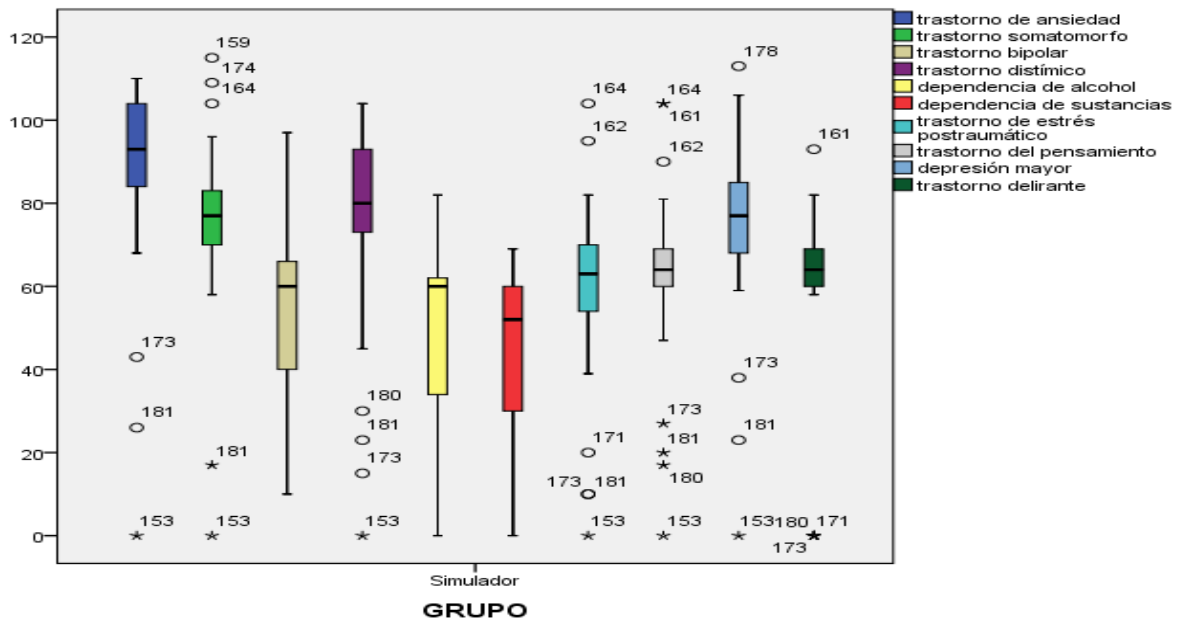


Figura 10. Box-plots síndromes clínicos para la muestra global (N = 299)

En un primer análisis visual, para la muestra global se observa que el trastorno de ansiedad, el trastorno somatomorfo, el trastorno distímico y el trastorno de depresión mayor, obtienen medianas superiores al resto de síndromes clínicos evaluados. Asimismo, se aprecia que los trastornos dependencia de alcohol, dependencia de sustancias y trastorno bipolar, son los síndromes clínicos que muestran una mayor dispersión. Cuando se compara las distribuciones en los síndromes clínicos de los sujetos probables simuladores y aquellos no simuladores, se detecta que, para todos los trastornos, las puntuaciones son mayores para los primeros. La variabilidad en los datos de los sujetos probables simuladores es menor excepto para el trastorno bipolar, dependencia de alcohol y dependencia de sustancias. Destaca la asimetría distinta para el trastorno de ansiedad y el distímico, los cuales presentan asimetría en la parte superior para los probables simuladores, e inferior para los no simuladores, influenciadas por los valores atípicos.

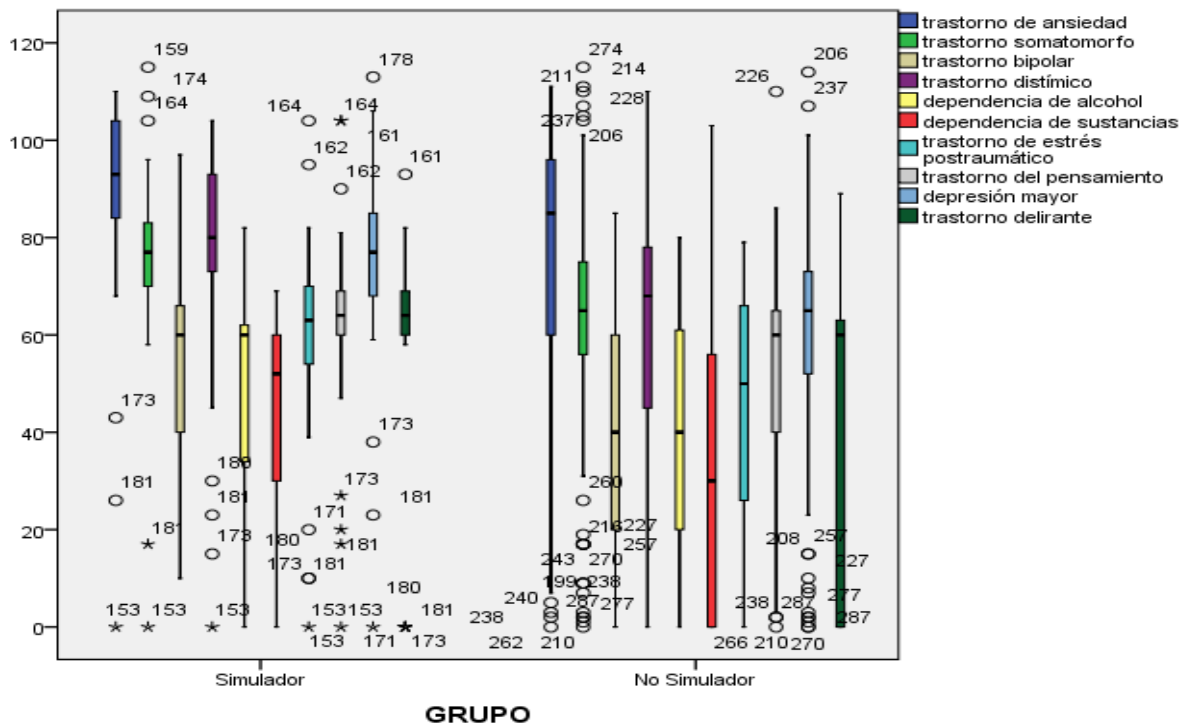


Figura 11. Box-plots síndromes clínicos Probables simuladores vs No simuladores

A continuación, se ha efectuado la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis para analizar si emergen diferencias estadísticamente significativas en las escalas del MCMI-III que miden síndromes clínicos y síndromes clínicos graves, entre los grupos de clasificación. Como se detalla en la Tabla 17, el análisis muestra que existen diferencias significativas entre al menos dos de los grupos de clasificación, para todos los trastornos del MCMI-III.

Tabla 17

Diferencias entre los grupos de contraste en las puntuaciones medias de los síndromes clínicos del MCMI-III

	PROBABLE SIMULADOR		INDETERMINADO		NO SIMULADOR		H	sig.
	M	DT	M	DT	M	DT		
A	85.97	25.20	86.46	20.16	75.61	28.29	12.30	.002
H	74.52	22.98	73.59	16.46	61.49	24.49	27.19	.000
N	52.28	21.39	51.18	21.74	39.35	22.49	19.66	.000
D	73.86	27.22	75.75	21.13	59.81	25.62	27.63	.000
B	48.86	24.53	48.31	20.93	40.92	23.04	6.66	.036
T	41.03	23.50	39.05	24.88	28.47	24.80	11.63	.000

R	58.17	24.21	57.82	1892	45.47	23.39	15.99	.000
SS	61.38	22.82	6445	2063	50.54	21.36	33.8	.000
CC	74.14	24.02	74.51	16.87	58.92	24.73	41.6	.000
PP	56.03	27.07	50.84	30.06	36.97	32.31	17.7	.000

Nota. N =299 A= Ansiedad, H= Somatoformo, N=Bipolar, D=Distímico, B=Dependencia del alcohol, T=Dependencia de sustancias, R=Estrés postraumático, SS=Trastorno del pensamiento, CC=Depresión mayor, PP=Trastorno delirante

Para complementar el análisis, se ha explorado entre qué pares de grupos aparecen las diferencias encontradas. La prueba U de Mann-Whitney evidencia que existen diferencias significativas para todos los síndromes clínicos, entre sujetos probables simuladores y aquellos no simuladores, a excepción de en la escala dependencia de alcohol  $Z=-1.081$  ( $p=.280$ ). El grupo de sujetos indeterminados en la condición no muestra diferencias con el grupo de sujetos con sospecha de simulación para ninguno de los síndromes clínicos, y, muestra diferencias significativas para todos los síndromes respecto al grupo de no simuladores. En la Tabla 18 se presentan las diferencias obtenidas entre los grupos.

**Tabla 18**

**Diferencia de medias entre los grupos de clasificación en los síndromes clínicos del MCMII-III**

	Probables simuladores No simuladores		Probables simuladores Indeterminados		No simuladores Indeterminados	
	Z	sig.	Z	sig.	Z	sig.
	A	-2.114	.034	-.331	.714	-3.334
H	-3.252	.001	-.914	.361	-4.884	.000
N	-2.723	.006	-.345	.730	-4.201	.000
D	-3.200	.001	-.399	.690	-4.990	.000
B	-1.801	.280	-.209	.834	-2.594	.009
T	-2.384	.017	-.480	.631	-3.107	.002
R	-2.370	.018	-.940	.846	-3.824	.000
SS	-2.682	.007	-1.037	.300	-5.727	.000
CC	-3.301	.001	-.081	.935	-6.291	.000
PP	-3.171	.002	-1.082	.279	-3.667	.000

Nota. A=Ansiedad, H=Somatoformo, N=Bipolar, D=Distímico, B=Dependencia del alcohol, T=Dependencia de sustancias, R=Estrés postraumático, SS=Trastorno del pensamiento, CC=Depresión mayor, PP=Trastorno delirante



Adicionalmente, en el estudio del patrón de correlación entre los síndromes clínicos del MCMI-III y la escala de puntuación total del SIMS, se encuentra una correlación directa y significativa entre la puntuación total del SIMS con todos los síndromes clínicos, si bien la mayor correlación se obtiene con el trastorno de depresión mayor ( $r=.65$ ), seguida de trastorno distímico ( $r=.59$ ), a continuación del trastorno de pensamiento ( $r=.56$ ), posteriormente el trastorno somatomorfo ( $r=.55$ ) y finalmente del trastorno de ansiedad ( $r=.54$ ), el resto de correlaciones, tal como se observa en la Tabla 19, son aunque significativas, bajas.

**Tabla 19**

**Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de síndromes clínicos, para la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal**

<b>Escalas Síndromes Clínicos del MCMI-III (N = 299)</b>										
	<b>A</b>	<b>H</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>T</b>	<b>R</b>	<b>SS</b>	<b>CC</b>	<b>PP</b>
<b>PT</b>	.542*	.554*	.392*	.597*	.274*	.149*	.485*	.562*	.646*	
<b>SIMS</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	.34*

Nota. A=Ansiedad, H=Somatoformo, N=Bipolar, D=Distímico, B=Dependencia del alcohol, T=Dependencia de sustancias, R=Estrés postraumático, SS=Trastorno del pensamiento, CC=Depresión mayor, PP=Trastorno delirante  
 \*\* $p<.01$  \* $p<.05$

***Hipótesis 2. No se encontrarán diferencias significativas respecto a las características de personalidad entre los grupos de contraste***

En el abordaje de la segunda hipótesis de investigación, Como punto de partida, en la Figura 12 se presenta el análisis visual del perfil comparativo, entre los grupos de estudio.

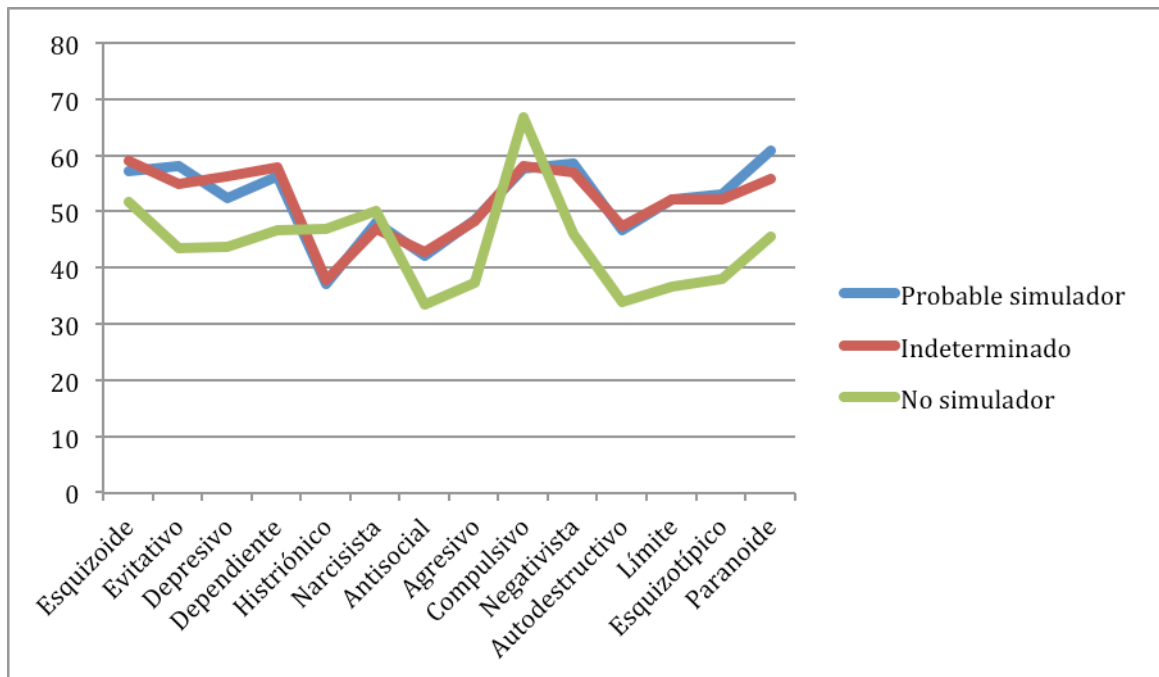


Figura 12. Comparación de las puntuaciones medias en las escalas de personalidad entre los grupos

Posteriormente, se ha explorado la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las escalas que miden patrones de personalidad en el cuestionario MCMI-III, entre los grupos de clasificación. Para ello, se ha efectuado, en primer lugar, la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre al menos dos de los grupos de clasificación para todos los trastornos medidos por el MCMI-III, excepto para el trastorno narcisista. Véase Tabla 20.

**Tabla 20**

**Diferencias entre los grupos de clasificación en las escalas de personalidad del MCMI-III (N =299)**

	PROBABLE SIMULADOR		INDETERMINADO		NO SIMULADOR		H	sig.
	M	DT	M	DT	M	DT		
1	57.17	18.58	59.10	15.79	51.63	18.36	9.90	.007
2A	58.14	24.84	54.88	22.04	43.62	23.92	19.51	.000
2B	55.28	24.06	56.25	19.78	43.79	24.30	18.40	.000
3	56.17	17.81	58,06	23.43	46.75	26.09	14.20	.001
4	37.14	26.91	37.77	23.96	46.84	20.95	10.40	.005
5	48.10	16.74	46.89	20.45	50.14	17.78	1.91	.383

6A	42.00	20.74	42.91	19.99	33.40	21.35	13.50	.001
6B	48.41	20.51	48.45	20.04	37.26	22.53	14.47	.001
7	57.59	19.74	58.09	17.49	66.81	17.18	22.40	.000
8A	58.48	20.67	57.07	18.32	46,10	20.99	21.79	.000
8B	46.72	21.55	47.35	18.82	33.95	22.47	25.49	.000
S	52.17	22.78	52.33	19.52	36.68	23.17	25.03	.000
C	53.10	21.62	52,20	19.32	38.04	24.79	32.10	.000
P	60.79	23.61	55.91	23.00	45.58	25.16	18.40	.000

Nota. 1= Esquizoide, 2A= Evitativo, 2B = Depresivo, 3 = Dependiente, 4= Histriónico, 5= Narcisista, 6A= Antisocial, 6B = Agresivo (sádico), 7= Compulsivo, 8A= Negativista (pasivo-agresivo), 8B= Autodestructivo, S= Esquizotípico, C= Límite, P= Paranoide

En el estudio de entre qué pares de grupos aparecen las diferencias encontradas, la prueba U de Mann-Whitney evidencia los siguientes resultados, presentados en la Tabla 21.

**Tabla 21**

**Diferencia de medias por pares en las escalas de personalidad del MCMI-III**

	PROBABLE SIMULADOR VS NO SIMULADOR		PROBABLE SIMULADOR VS INDETERMINADOS		NO SIMULADOR VS INDETERMINADOS	
	S	sig.	S	sig.	S	sig.
1	-1.220	.219	-0.497	.619	-3.150	.002
2A	-3.030	.002	-0.987	.324	-3.990	.000
2B	-2.300	.021	-0.124	.901	-4.180	.000
3	-1.770	.075	-1.010	.310	-3.660	.000
4	-1.980	.048	-0.238	.812	-3.050	.002
5	-1.030	.303	-0.166	.868	-1.230	.216
6A	-1.960	.049	-0.194	.847	-3.590	.000
6B	-2.170	.029	-0.151	.880	-3.660	.000
7	-2.790	.005	-0.056	.955	-4.530	.000
8A	-2.920	.003	-0.375	.707	-4.400	.000
8B	-3.060	.002	-0.749	.454	-4.770	.000
S	-2.880	.004	-451,000	.652	-4.800	.000
C	-3.090	.002	-64,000	.949	-5.510	.000
P	-3.010	.003	0.846	.398	-3.860	.000

Nota. 1= Esquizoide, 2A= Evitativo, 2B = Depresivo, 3 = Dependiente, 4= Histriónico, 5= Narcisista, 6A= Antisocial, 6B = Agresivo (sádico), 7= Compulsivo, 8A= Negativista (pasivo-agresivo), 8B= Autodestructivo, S= Esquizotípico, C= Límite, P= Paranoide

Aunado al estudio de las diferencias existentes entre los grupos de clasificación, en la evaluación acerca de si las distintas dimensiones de personalidad se

asocian o caracterizan a los diferentes subgrupos, se ha llevado a cabo un análisis de correlación entre las escalas de personalidad del MCMI-III y la escala de puntuación total del SIMS. Como se presenta en la Tabla 22, se encuentra una correlación directa y significativa de la puntuación total del SIMS con todas las escalas de personalidad del cuestionario MCMI-III a excepción de con las escalas, Histriónico, Narcisista y Compulsivo, con las cuales presenta una correlación significativa, pero inversa

**Tabla 22**

**Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de personalidad (patrones clínicos y patología grave de la personalidad), para la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal**

		Escalas de validez del MCMI-III (N =299)						
	1	2A	2B	3	4	5	6A	
PT SIMS	.367**	.500**	.447**	.456**	-.513**	-.420**	.218**	
	6B	7	8A	8B	S	C	P	
PT SIMS	.236**	-.392**	.391**	.425**	.553**	.477**	.471**	

Nota. 1= Esquizoide, 2A= Evitativo, 2B = Depresivo, 3 = Dependiente, 4= Histriónico, 5= Narcisista, 6A= Antisocial, 6B = Agresivo (sádico), 7= Compulsivo, 8A= Negativista (pasivo-agresivo), 8B= Autodestructivo, S= Esquizotípico, C= Límite, P= Paranoide  
\*\*p<.01

Adicionalmente, se ha valorado el patrón de correlación entre las subescalas del SIMS y las escalas de personalidad del MCMI-III. Como se puede observar en la Tabla 23, todas las correlaciones resultan significativas excepto las halladas entre la escala que mide simulación de baja inteligencia en el SIMS, la cual solo presenta correlaciones significativas con las dimensiones evitativo ( $r = .115$ ,  $p = .046$ ), histriónico ( $r = .185$ ,  $p = .001$ ), narcisista ( $r = .154$ ,  $p = .008$ ), compulsiva ( $r = .123$ ,  $p = .034$ ), y paranoide ( $r = .179$ ,  $p = .002$ ).

**Tabla 23**

**Correlaciones entre las subescalas del SIMS y las escalas de personalidad (patrones clínicos y patología grave de la personalidad), para la muestra global, del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal (N =299)**

	Escalas de validez del MCMI-III (N =299)						
	1	2A	2B	3	4	5	6A
Ps	.141*	.321**	.228**	.298**-	.314**-	.200**	.203**
Dn	.334**	.342**	.412**	.415**-	.463**-	.374**	.193**
Am	.311**	.378**	.333**	.328**-	.387**-	.322**	.193**
Bi	.017	.115*	.083	.185**	-.110	-.154**	.028
Af	.389**	.478**	.419**	.377**	-.448**	-.376**	.139*
	6B	7	8A	8B	S	C	P
Ps	.156**-	.327**	.21**	.212**	.396**	.324**	.398**
Dn	.216**-	.334**	.342**	.406**	.457**	.422**	.435**
Am	.216**-	.317**	.278**	.295**	.464**	.369**	.337**
Bi	-.029	-.123*	.103	.089	.089	.074	.179**
Af	.212**	-.316**	.382**	.381**	.435**	.429**	.359**

Nota.1= Esquizoide, 2A= Evitativo, 2B = Depresivo, 3 = Dependiente, 4= Histriónico, 5= Narcisista, 6A= Antisocial, 6B = Agresivo (sádico), 7= Compulsivo, 8A= Negativista (pasivo-agresivo), 8B= Autodestructivo, S= Esquizotípico, C= Límite, P= Paranoide

\*\*p<.01 \*p<.05

***Hipótesis 3. Los subgrupos que componen la muestra global presentarán diferencias estadísticamente significativas en las características psicobiosociales recogidas***

En la evaluación de la tercera hipótesis de investigación, los resultados derivados del análisis de la relación de dependencia entre las características sociodemográficas y de salud, con los grupos de clasificación mediante la prueba H de Kruskal-Wallis y Chi cuadrado, para valorar si estas características configuran un perfil vinculado a la simulación, se presentan en la Tabla 24. Para un análisis visual comparativo de los resultados obtenidos, en la Figura 13 se muestra los porcentajes por grupo y nivel de estudios.

**Tabla 24**

**Relación de dependencia entre variables sociodemográficas y grupo de contraste**

		Indeterminado		Probable Simulador		No Simulador			
		152	50.84%	29	9.70%	118	39.46%		
Nivel de estudios	Sin estudios	15	9.87%	4	13.79%	7	5.93%	<b>X<sup>2</sup></b> <b>gl</b> <b>Cc</b> <b>p</b>	15.707 <sup>a</sup> 8 .219 .047*
	Primarios	69	45.39%	12	41.38%	48	40.68%		
	Secundarios	43	28.29%	11	37.93%	28	23.73%		
	Universitarios medios	20	13.16%	1	3.45%	22	18.64%		
	Universitarios superiores	5	3.29%	1	3.45%	13	11.02%		
Lugar de residencia a.	Asturias	38	25 %	7	24.14%	31	26.27%	<b>X<sup>2</sup></b> <b>gl</b> <b>Cc</b> <b>p</b>	30262 <sup>a</sup> 12 .308 .003*
	Aragón	0	.00%	0	.00%	1	.85%		
	Castilla la mancha	1	.66%	0	.00%	0	.00%		
	Comunidad valenciana	76	50%	15	51.72%	73	61.86%		
	Islas Baleares	0	.00%	1	3.45%	0	.00%		
	Andalucía	34	22.37%	6	20.69%	6	5.08%		
	Murcia	3	1.97%	0	.00%	7	5.93%		

a. Un 20% o más casillas han esperado un recuento menor que 5. Se presenta la Razón de Verosimilitud en sustitución del X<sup>2</sup>.

\* El resultado es significativo (p <.05)

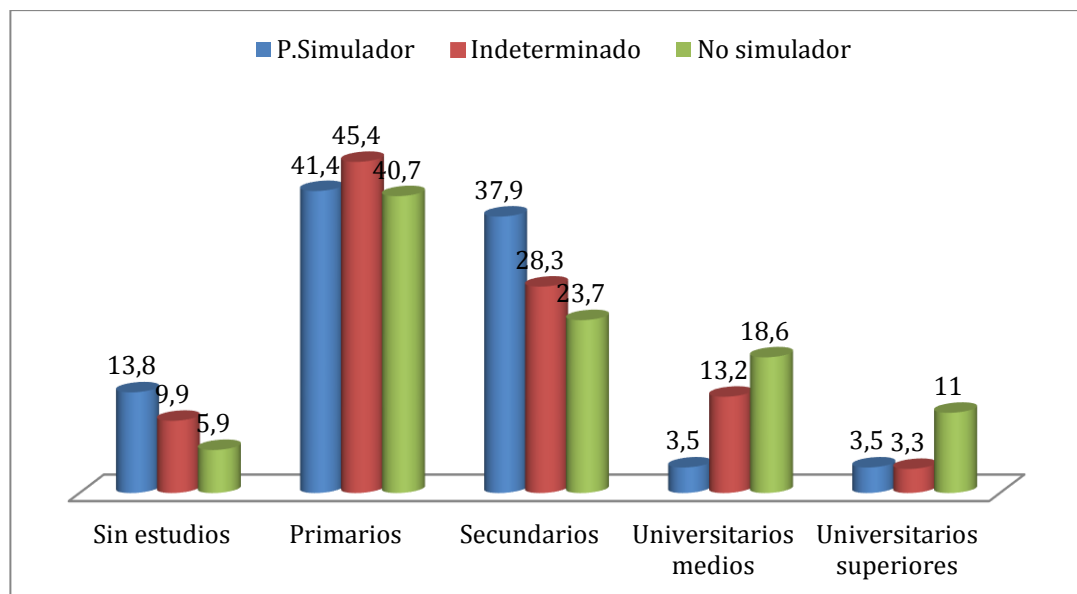


Figura 13. Porcentaje según grupos y nivel de estudios

**Tabla 25**

**Relación de dependencia entre Variables de salud y grupo de contraste**

		Indeterminado		Probable Simulador		No Simulador			
		152	50.84%	29	9.70%	118	39.46%		
Antecedentes psicol. o psiquiátricos	No	63	41.45%	9	31.03%	60	50.85%	<b>X<sup>2</sup></b>	16,322a
	En el último año	28	18.42%	2	6.90%	8	6.78%	<b>gl</b>	6
	En los últimos 5 años	33	21.71%	8	27.59%	19	16.10%	<b>Cc</b>	.226
	Hace más de 5 años	28	18.42%	10	34.48%	31	26.27%	<b>p</b>	.012*
Diagnóstico clínico	T. adaptativo	56	36.84%	11	37.93%	51	43.22%	<b>X<sup>2</sup></b>	27.014
	T. afectivo	35	23.03%	3	10.34%	19	16.10%	<b>gl</b>	.16
	T. ansiedad distinto al TEPT	34	22.37%	6	20.69%	38	32.20%	<b>Cc</b>	.288
	T. médicos	2	1.32%	0	.00%	2	1.69%	<b>p</b>	.041*
	T. de sueño	1	.66%	0	.00%	0	.00%		
	T. de pers.	9	5.92%	4	13.79%	2	1.69%		
	No se ha podido llegar a un diagnóstico por causas ajenas a la evaluación	8	5.26%	5	17.24%	3	2.54%		
	T. espectro esquizofrenia	6	3.95%	0	.00%	3	2.54%		
	TEPT	1	.66%	0	.00%	0	.00%		
Conclusión según capacitación laboral	Apto para desempeño laboral. fin IT	45	29.61%	23	79.31%	20	16.95%	<b>X<sup>2</sup></b> <b>gl</b>	43.593 2
	No apto continuar IT	107	70.39%	6	20.69%	98	83.05%	<b>Cc</b>	.357
	No se ha podido emitir un juicio	0	.00%	0	.00%	0	.00%	<b>p</b>	.000*
Conclusión según tratamiento que precise	No requiere tratamiento	25	16.45%	16	55.17%	13	11.02%	<b>X<sup>2</sup></b> <b>gl</b>	36.924 5
	Precisa tratamiento	120	78.95%	11	37.93%	103	87.29%	<b>Cc</b>	.332

Conclusión según criterios de la mutua	Presenta secuelas crónicas	7	4.61%	2	6.90%	2	1.69%	<b>p</b>	.000*
	No precisa tratamiento	19	12.50%	15	51.72%	12	10.17%	<b>X<sup>2</sup> gl</b>	63.0314
	No cumple criterios de derivación	67	44.08%	10	34,48%	20	16,95%	<b>Cc</b>	.417
No cumple criterios de derivación por mutua por tratarse de	Cumple criterios por tratarse de cuadro susceptible de recuperación funcional	66	43.42%	4	13.79%	86	72.88%	<b>p</b>	.000*
	No necesita Tratamiento	86	56.58%	19	65.52%	98	83.05%	<b>X<sup>2</sup> gl</b>	33.60114
	Cuadro cronificado	10	6.58%	0	.00%	7	5.93%	<b>gl</b>	14
	Precisa tratamiento especializado	11	7.24%	2	6.90%	3	2.54%	<b>Cc</b>	.318
	Cuadro orgánico grave	3	1.97%	0	.00%	1	.85%	<b>p</b>	.002*
	Proceso en vía judicial abierta	19	12.50%	1	3.45%	4	3.39%		
	Diag. Combinado con varias áreas afectadas	7	4.61%	3	10.34%	1	.85%		
T. de personalidad que modula cuadro clínico actual	2	1.32%	0	.00%	1	.85%			
otros	14	9.21%	4	13.79%	3	2.54%			

a. Un 20% o más casillas han esperado un recuento menor que 5. Se presenta la Razón de Verosimilitud en sustitución del Chi Cuadrado

\* El resultado es significativo (p <.05)

Tabla 25 Continuación

En aras de una mayor claridad, la Figura 14 muestra la comparativa entre grupos de codificación en función del diagnóstico clínico.



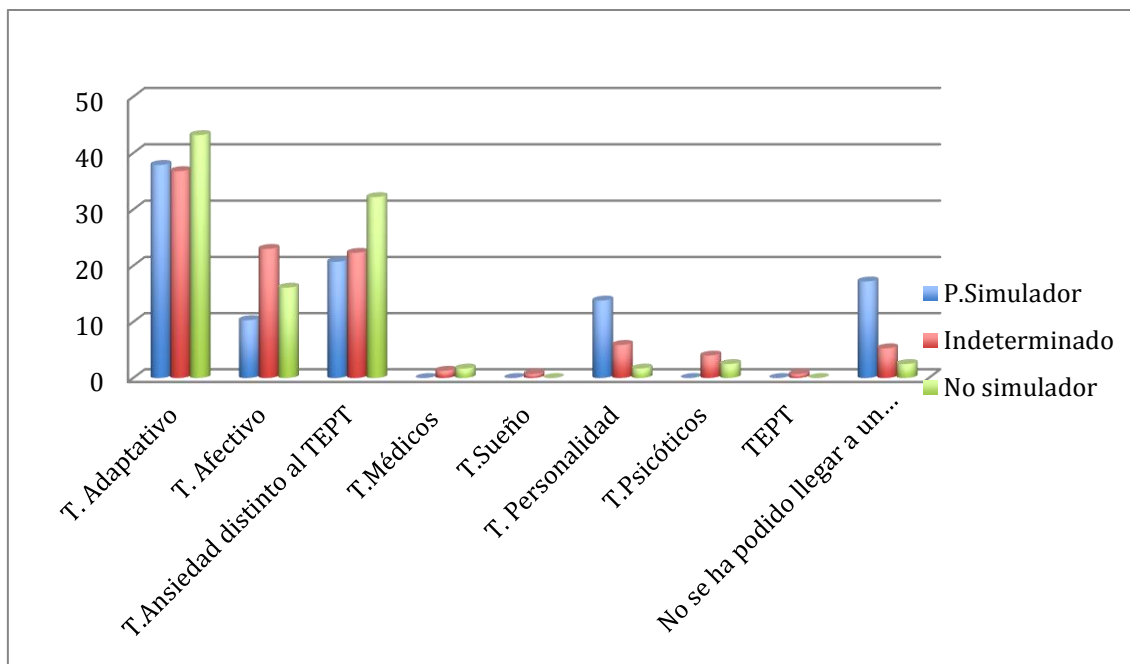


Figura 14. Diagnóstico clínico según el grupo de clasificación

Tabla 26.

**Relación de dependencia entre Variables relativas al proceso de IT y grupo de contraste**

		Indeterminado		Probable Simulador		No Simulador									
		152	50.84%	29	9.70%	118	39.46%								
Ganancias externas para mantener IT	no	119	78.29%	0	.00%	118	100%	$\chi^2$	331.32						
	Se sospecha Económicas	33	21.71%	0	.00%	0	.00%			<b>gl</b>	8				
	Mejoras laborales	0	.00%	11	37.93%	0	.00%					<b>Cc</b>	0,725		
	Ganar tiempo	0	.00%	14	48.28%	0	.00%							<b>p</b>	.000*
		0	.00%	4	13.79%	0	.00%								

a. Un 20% o más casillas han esperado un recuento menor que 5. Se presenta la Razón de Verosimilitud en sustitución del Chi Cuadrado.

\* El resultado es significativo ( $p < .05$ )

La comparativa en los porcentajes vinculados al tipo de ganancia externa que opera, se presentan en la Figura 15.

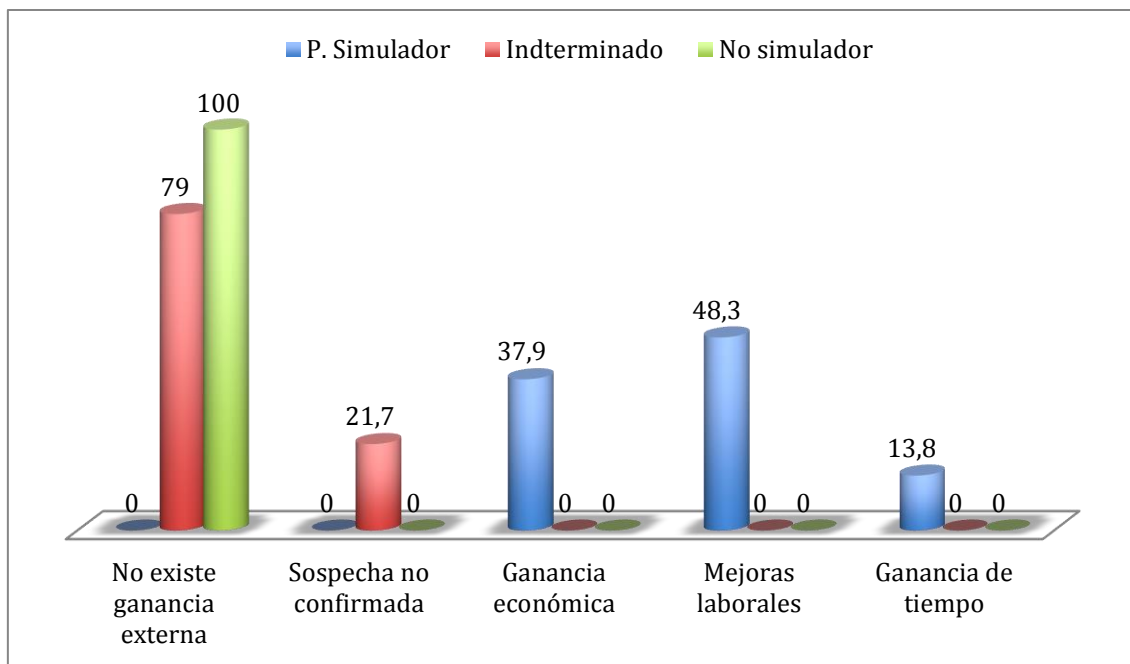


Figura 15. Ganancia externa según el grupo de clasificación

***Hipótesis 4. El inventario SIMS mostrará eficacia diagnóstica en la detección de simulación de síntomas psicopatológicos en el contexto médico-legal***

Respecto a la exploración de la eficacia diagnóstica de simulación del inventario SIMS en el contexto médico-legal vinculado a la incapacidad temporal, en primer lugar, se ha llevado a cabo el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento. En el análisis de la fiabilidad, se obtiene una consistencia interna para el total de la escala (.765) y para las diferentes subescalas, Psi (.768), Dn (.696), Am (.712), Bi (.791) y Af (.765). Existen dos elementos del inventario SIMS que correlacionan bajo con el total de la escala: la escala de simulación de baja inteligencia y la escala de simulación de trastornos afectivos. Y, dado que es una escala validada y ampliamente utilizada, y no se dispone de los datos de cada uno de los ítems del cuestionario, no se ha llevado a cabo un estudio más pormenorizado de la misma.

En el análisis de la clasificación predictiva del inventario SIMS, para discriminar entre sujetos probables simuladores y sujetos clínicos, se ha evaluado como punto de partida la relación de dependencia entre los grupos de investigación y los

grupos de codificación del SIMS, utilizando el punto de corte para la escala total, propuesto por la versión de adaptación española 16 ( $G=0 < 16$ ,  $G = 1 > 16$ ), mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se observa que existe relación de dependencia entre los grupos de investigación y los grupos de codificación del SIMS ( $G=0 < 16$ ,  $G = 1 > 16$ ) ( $\chi^2 = 32.706$ ,  $CC = .314$ ,  $p < .000$ ).

Tras la correspondiente prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las escalas del SIMS, como se ha señalado en el apartado de análisis de datos, se observa que ninguna de las subescalas del SIMS, incluyendo la puntuación total, siguen una distribución Normal ( $p < .000$ ). Por lo tanto, para analizar las diferencias entre grupos de estudio en la escala total y las cinco subescalas del SIMS, dado que son escalas No Normales, se lleva a cabo la prueba H de Kruskal Wallis, observando que existen diferencias significativas entre los grupos para todas las escalas, excepto para la subescala de simulación de baja inteligencia ( $\chi^2 = 2.861$ ,  $p = .239$ ). Con el fin de determinar entre qué grupos se da la existencia de diferencias significativas, se procede a realizar las pruebas U de Mann-Wihtney 2 a 2, observando que no existen diferencias significativas entre el grupo Indeterminados y Probables Simuladores para todas las escalas estudiadas; Si existen diferencias significativas entre el grupo Indeterminados y No Simuladores para todas las escalas estudiadas; y también existen diferencias significativas para los Probables Simuladores y los No Simuladores para las mismas escalas estudiadas.

**Tabla 27**

**Diferencias entre los grupos de estudio para la puntuación total y subescalas del SIMS. Prueba de Kruskal Wallis**

SIMS	$\chi^2$	p
Puntuación total	46.214	.000
Psicosis	17.325	.000

Deterioro cognitivo	38.736	.000
Trastornos amnésicos	33.932	.000
Baja inteligencia	2.861	.239
Trastornos afectivos	19.067	.000

**Tabla 28**

**Comparaciones por pares entre los grupos Probables simuladores y no simuladores en la puntuación total y subescalas del SIMS. Prueba de U de Mann-Whitney**

SIMS	U <sub>MW</sub>	p
Puntuación total	-3.64	.000
Psicosis	-2.098	.036
Deterioro cognitivo	-3.249	.001
Trastornos amnésicos	4.067	.000
Baja inteligencia	NP	NP
Trastornos afectivos	-2.283	.022

Para estimar el tamaño del efecto de las diferencias encontradas entre los grupos de clasificación (probables simuladores y no simuladores), se ha efectuado la prueba d de Cohen. Obteniendo las magnitudes que se muestran en la Tabla 29.

**Tabla 29**

**Comparación entre probables simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias del SIMS**

	Simuladores		No simuladores		Tamaño Efecto
	M	DT	M	DT	d
Total	20.59	9.03	14.02	7.99	.758
Psicosis	1.28	1.81	.69	1.53	.352
D. Neurológico	4.76	3.52	2.47	2.85	.713
T. Amnésicos	3.66	2.89	1.62	2.48	.754
Baja inteligencia	2.52	1.35	2.14	1.69	-----
T. Afectivos	8.38	2.25	7.10	2.57	.527

Nota. n<sup>a</sup>=29; n<sup>b</sup>=118

En la Figura 16 se ilustra las diferencias en las medias obtenidas en el SIMS, y el tamaño de su efecto, entre probables simuladores y no simuladores. Adicionalmente se ha explorado los índices de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y tasa de acierto del SIMS, teniendo en cuenta diferentes puntos de corte (Tabla 30).

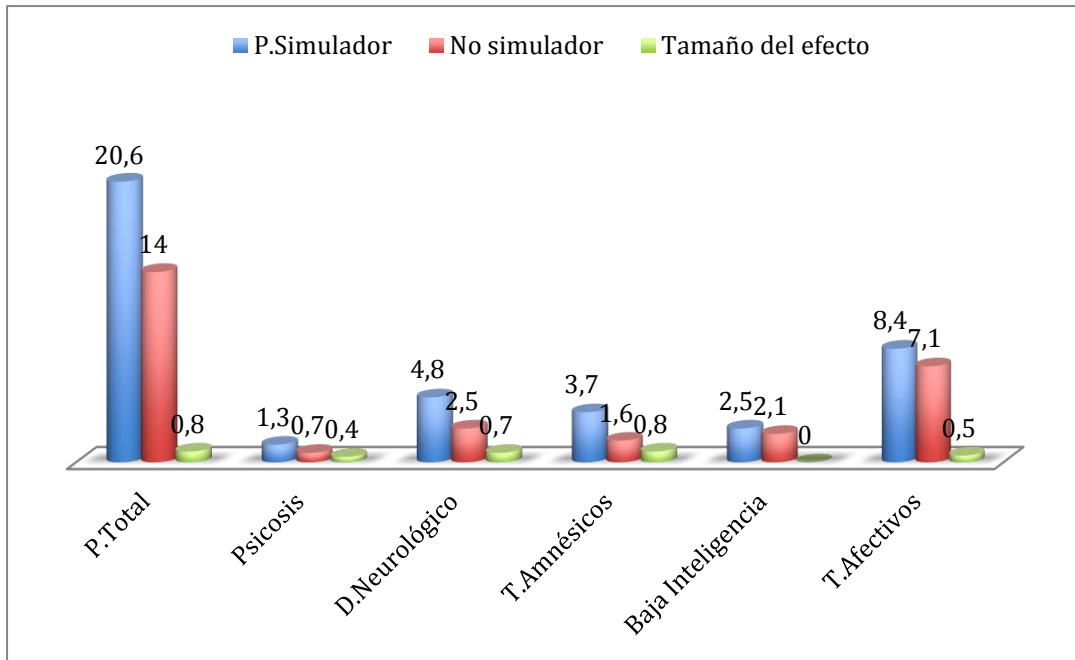


Figura 16. Medias en las puntuaciones del SIMS y tamaño del efecto de las diferencias, entre probables simuladores y no simuladores

Tabla 30

Valores de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN e índice de Kappa de la puntuación total y las subescalas del SIMS en la clasificación de la muestra en las condiciones probables simuladores/no simuladores para diferentes puntos de corte

SIMS	PC	SN	ES	VPP	VPN	K	PC	SN	ES
Total	>14	69	54.2	39	80	.041*	>16	65.5	71.2
Ps	>1	51.7	65.3	38	76	.029	>2	34.5	86.4
Dn	>2	72.4	47.5	37	80	.035*	>3	58.6	64.4
Am	>1	82.8	46.6	39	86	.053**	>3	69	77.1
Bi	>2	75.9	43.2	36	81	.034	>3	51.7	58.5
Af	>5	96.6	11.9	32	89	.016	>7	75.9	42.4
SIMS	VPP	VPN	K	PC	SN	ES	VPP	VPN	K
Total	49	82	.063** *	>19	65.5	83.1	62	84	.081** *
Ps	52	75	.034**						
Dn	41	78	.40*						

Am	56	85	.078** *
Bi	35	74	.018
Af	36	80	.033

Nota: PC= punto de corte. K=Kappa

\* P<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

Para un resumen de los índices de utilidad diagnóstica de la escala total del SIMS en función del punto de corte de elección, se presenta la Figura 17.

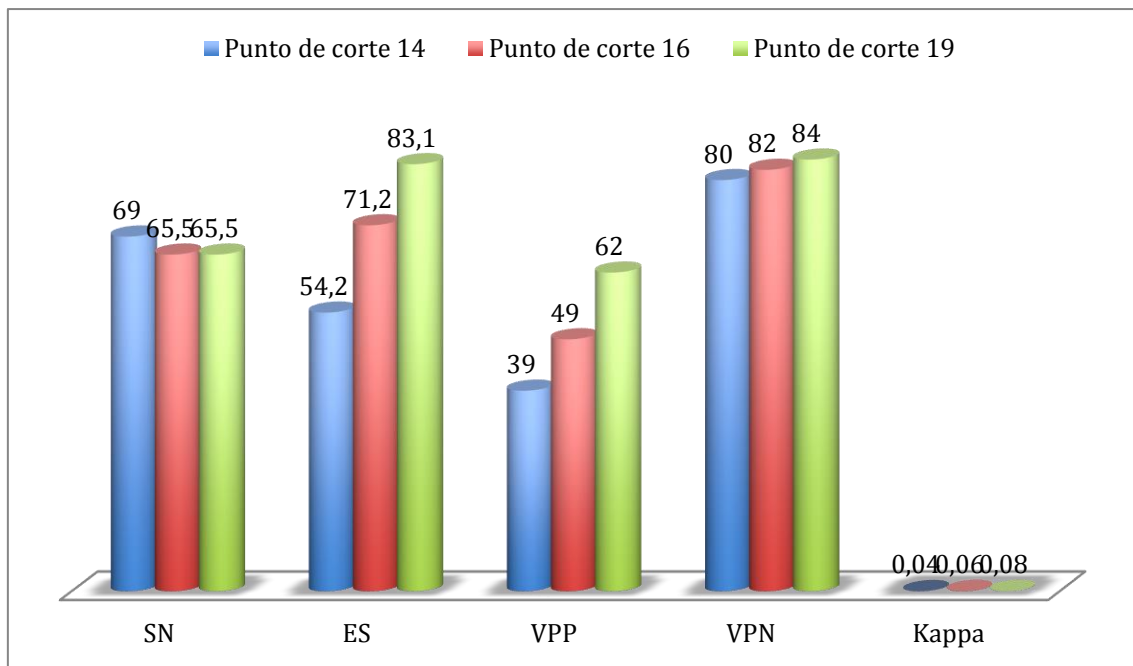
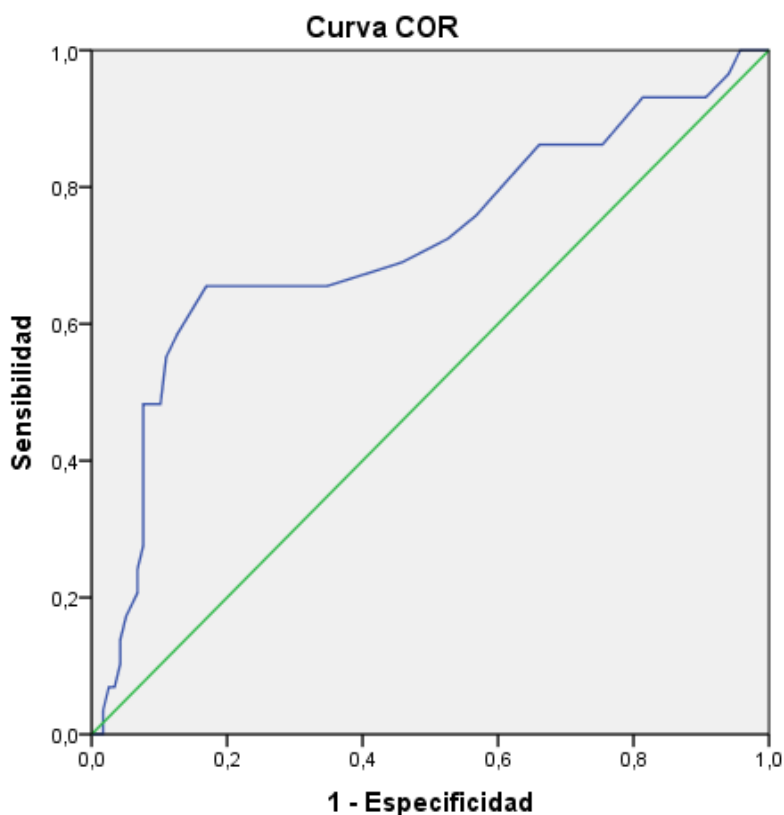


Figura 17. Índices de utilidad de la escala total del SIMS para diferentes puntos de corte

Como siguiente paso, para examinar la precisión clasificatoria de la escala total del SIMS en su capacidad para diferenciar entre simuladores y no simuladores, se ha utilizado las curvas del receptor COR sobre cada una de las puntuaciones directas, como función de la sensibilidad y la especificidad, evaluando su rendimiento global mediante el (ABC). Se ha obtenido un (ABC=.718, p=.000), valor aceptable, que supera el mínimo exigido, como se ha argumentado en el apartado de análisis de datos.

El análisis visual de curva muestra una desviación moderada de los segmentos diagonales, es decir, no existe un equilibrio entre la sensibilidad y la tasa de falsos

positivos o, lo que es lo mismo, no resulta una clasificación derivada del azar, de ahí el nivel de significación obtenido  $p=.000$   $p>.05$ .



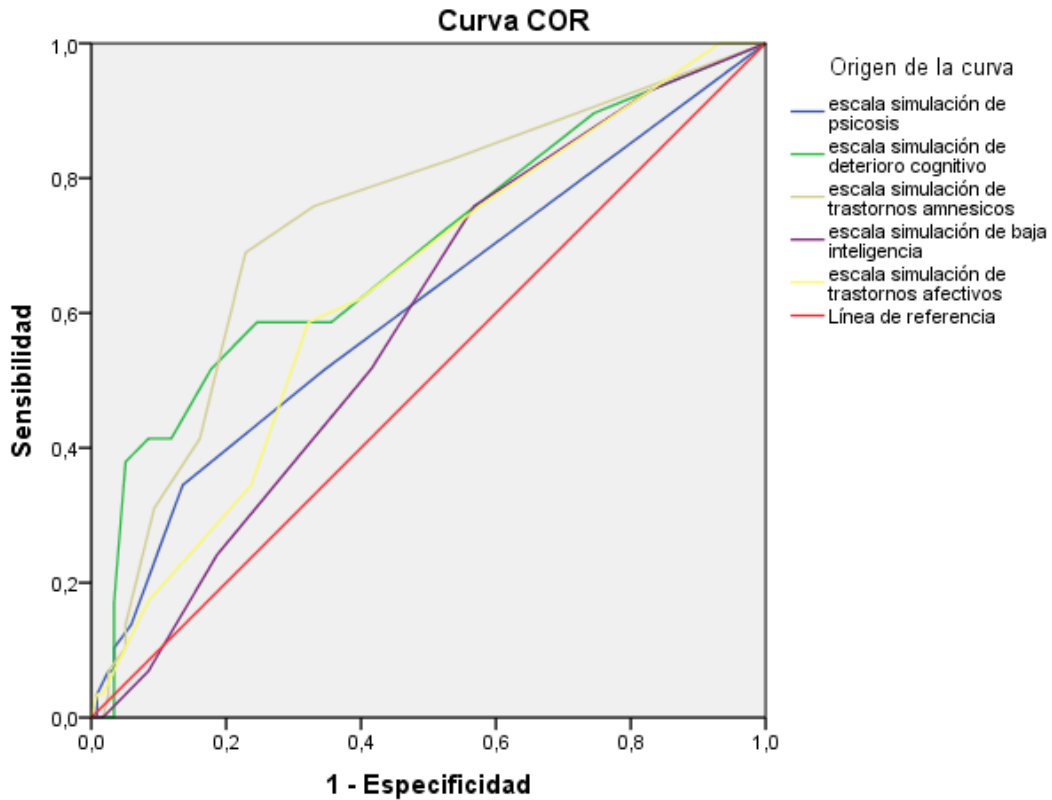
Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 18. Escala total del SIMS, área bajo la curva

Las coordenadas de la curva en términos porcentuales, evidencian que el punto de corte 16 proporciona similar sensibilidad que el punto de corte 14, generando además un número menor de falsos positivos (PC 14 SN=69 ES=54.2; PC 16 SN=65.5 ES=71.2. Los resultados muestran que el punto de corte PC19 optimiza la tasa de falsos positivos ES= 83.1 proporcionando igual sensibilidad que el punto de corte 16.

En el examen de la exactitud diagnóstica de las subescalas del SIMS, el análisis visual de la curva COR, muestra la escala de simulación de trastornos amnésicos como aquella subescala que presenta una desviación mayor respecto a los segmentos diagonales con un  $ABC=.735$   $p<.000$ , seguida de la escala de deterioro cognitivo  $ABC=.692$   $p=.001$ , y de la escala de trastornos afectivos con un  $ABC=.636$

p=.024. El resto de las subescalas no obtiene resultados estadísticamente significativos. Asimismo, como se puede visualizar, tan solo la subescala Am muestra un valor de discriminación aceptable.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 19. Subescalas del SIMS. Área bajo la curva

***Hipótesis 5. El MCMI-III mostrará moderada eficacia diagnóstica en la detección de simulación de síntomas psicopatológicos en el contexto médico-legal***

Para el análisis de la utilidad diagnóstica de simulación de psicopatología del otro instrumento empleado en esta investigación, el cuestionario MCMI-III, se ha procedido en primer lugar al análisis de sus propiedades psicométricas, a partir de las puntuaciones de las diferentes escalas. En el análisis de la consistencia interna de cada escala, se da cuenta de que la validación del cuestionario tiene una fiabilidad para todas las escalas de patrones clínicos de personalidad, así como para las de síndromes



clínicos, que superan el valor de coeficiente alfa,70. La consistencia interna de las escalas oscila entre .72 y .85. Esquizoide (.76), evitativo (.72), Depresivo (.73), Dependiente (.75), Histriónico (.85), Narcisista (.83), Antisocial (.76), Agresivo (.75), Compulsivo (.83), Negativista (.73), Autodestructivo (.73), Esquizotípico (.74), Límite (.73), y Paranoide (.74). En cuanto a los síndromes clínicos se halla una buena fiabilidad: Trastorno de ansiedad (.86), Trastorno somatomorfo (.87), Trastorno Bipolar (.87), Trastorno Distímico (.86), Dependencia de alcohol (.88), Dependencia de sustancias (.88), Trastorno de Estrés Postraumático (.86), Trastorno del pensamiento (.86), Depresión mayor (.86) y Trastorno delirante (.89).

Existen tres elementos del cuestionario MCMI-III que correlacionan negativamente con el total de la escala: Las escalas básicas de personalidad Histriónica, Narcisista y Compulsiva. Asimismo, las tres escalas obtienen correlaciones significativas e inversas con los índices de magnificación de síntomas y, significativas y directas con la escala que proporciona un patrón de buena imagen. La escala de sinceridad obtiene una correlación con la escala de personalidad histriónica ( $r = -.583$ ), con la de personalidad narcisista ( $r = -.429$ ) y con la de personalidad compulsiva ( $r = -.548$ ), por su parte, para la escala de discapacidad social se determina una correlación con la escala histriónica ( $r = .820$ ) con la escala narcisista ( $r = .701$ ), y con la compulsiva ( $r = .575$ ), finalmente la escala de devaluación presenta para la escala narcisista una ( $r = -.705$ ), para la histriónica ( $r = -.554$ ) y para compulsiva ( $r = -.537$ ). Dado que el MCMI-III es una escala validada y ampliamente utilizada, no se ha llevado a cabo la inversión de dichos ítems.

Para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de validez del MCMI-III entre los grupos, como se ha señalado, se ha llevado a cabo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las escalas de validez del MCMI-III,

observándose que únicamente la escala de sinceridad sigue una distribución normal ( $p = .084$ ), no siendo así en el caso de la escala de deseabilidad social ( $p = .000$ ) ni en la escala de devaluación ( $p = .000$ ).

Se ha realizado el ANOVA de una vía para comprobar la existencia de diferencias significativas entre los grupos objeto de estudio para la Escala de Sinceridad. La prueba de Levene nos muestra que las varianzas son homogéneas entre los grupos ( $W = .133$ ,  $p = .875$ ), observándose que existen diferencias significativas entre, al menos, dos de los grupos ( $F = 19.689$ ,  $p = .000$ ). La prueba Post-Hoc de Scheffé nos muestra que existen diferencias significativas entre el grupo de sujetos indeterminados en la condición y el grupo No Simuladores ( $C_{\text{Scheffé}} = 20.793$ ,  $p = .000$ ) con un tamaño del efecto  $d_{\text{Cohen}} = 0.698$  y  $r = .329$ , y entre el grupo de Probables Simuladores y el de No Simuladores ( $C_{\text{Scheffé}} = 28.082$ ,  $p = .0001$ ) con un tamaño del efecto  $d_{\text{Cohen}} = 0.904$  y  $r = .412$ , siendo en ambos casos los sujetos No Simuladores los que obtienen una puntuación menor.

Para un análisis visual, en la Figura 20 se representa el perfil en las escalas de validez del MCMI-III según el grupo de codificación.

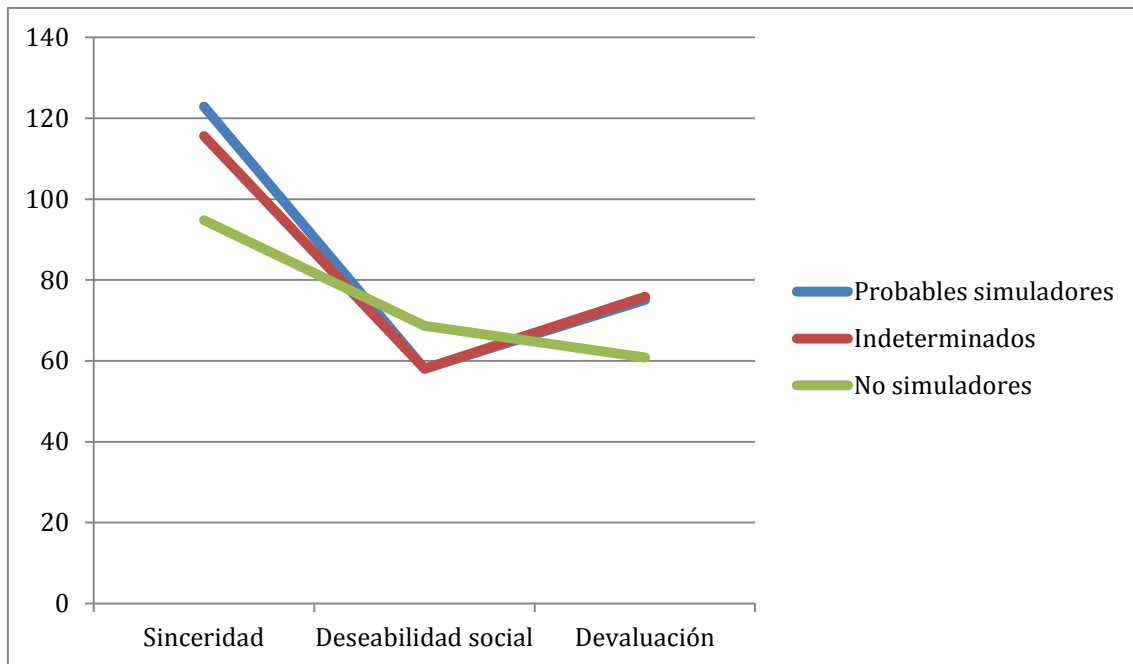


Figura 20. Perfil de las escalas de validez del MCMII-III en función del grupo

Para la escala de sinceridad, los sujetos probables simuladores obtienen una media de 122.86 (D.T. = 32.701), los sujetos indeterminados en la condición una media de 115.57 (D.T. = 30.237), y los no simuladores una media de 94.78 (D.T. = 29.334).

A continuación, la Tabla 31 se presentan las diferencias en las puntuaciones medias, y el tamaño del efecto de las mismas, entre sujetos probables simuladores y sujetos no simuladores para la escala de sinceridad del MCMII-III.

**Tabla 31**

**Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de sinceridad del MCMII-III**

Escala	P.Simuladores		No Simuladores		C	sig	Tamaño efecto D
	M	DT	M	DT			
X	122.86	32.701	94.78	29.334	28.082	.0001	.9

Nota. n =147

Para explorar las diferencias entre grupos para la Escala de Deseabilidad Social y para la Escala de Devaluación, dado que son escalas No Normales, se ha realizado la prueba H de Kruskal-Wallis, observando que existen diferencias significativas entre los

grupos. Con el fin de determinar entre qué grupos se da la existencia de diferencias significativas, se procede a realizar las pruebas U de Mann-Whitney 2 a 2, observando que no existen diferencias significativas entre el grupo Indefinidos y el grupo Probables Simuladores para la escala de deseabilidad social ( $U_{MW} = 2173.5$ ,  $Z = -.118$ ,  $p = .906$ ) ni para la escala de devaluación ( $U_{MW} = 2118.5$ ,  $Z = -.331$ ,  $p = .741$ ). Si existen diferencias significativas entre el grupo Indeterminados y el de No Simuladores para la deseabilidad social ( $U_{MW} = 6337.5$ ,  $Z = -4.142$ ,  $p = .000$ ;  $d_{Cohen} = -.518$ ,  $r = -.251$ ) y para la devaluación ( $U_{MW} = 4497$ ,  $Z = -7.031$ ,  $p = .000$ ;  $d_{Cohen} = .656$ ,  $r = .312$ ); y también existen diferencias significativas para los Simuladores y los No Simuladores para la deseabilidad social ( $U_{MW} = 1263$ ,  $Z = -2.188$ ,  $p = .029$ ;  $d_{Cohen} = -.464$ ,  $r = .226$ ) y para la devaluación ( $U_{MW} = 890.5$ ,  $Z = -3.998$ ,  $p = .000$ ;  $d_{Cohen} = .71$ ,  $r = .335$ ).

Las medias obtenidas por los grupos en la escala de deseabilidad social se sitúan en 58.09 (D.T. = 25.494) para los sujetos simuladores, una media de 58.09 (D.T. = 21.986) para aquellos indeterminados, y una media de 68.69 (D.T. = 18.822) para los no simuladores.

En la Tabla 32 se muestran las diferencias obtenidas en la escala de deseabilidad social entre probables simuladores y no simuladores.

**Tabla 32**

**Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de deseabilidad social del MCMI-III**

Escala	P.Simuladores		No Simuladores		U Z	sig p	Tamaño efecto D
	M	DT	M	DT			
Y	58.09	25.5	68.69	18.8	-2.188	.029	-.46

Nota. n =147

Respecto a la escala de devaluación, la media para el grupo de probables simuladores se ubica en  $\bar{X} = 75.07$  (DT = 21.739), para el de sujetos indeterminados en  $\bar{X} = 75.88$  (DT = 15.200), para el de sujetos no simuladores  $\bar{X} = 60.83$  (DT = 18.204).

La Tabla 33 muestra las diferencias obtenidas en la escala de devaluación entre probables simuladores y no simuladores.

**Tabla 33**

**Diferencias entre simuladores de psicopatología y no simuladores en las puntuaciones medias en la escala de devaluación del MCMI-III**

Escala	P.Simuladores		No Simuladores		U Z	sig p	Tamaño efecto d
	M	DT	M	DT			
Z	75.07	21.7	60.83	18.2	-3.998	.000	.71

Nota. n =147

En la Figura 21 se presenta un resumen de las medias en las escalas de validez del MCMI-III y el tamaño del efecto de las mismas, entre probables simuladores y no simuladores.

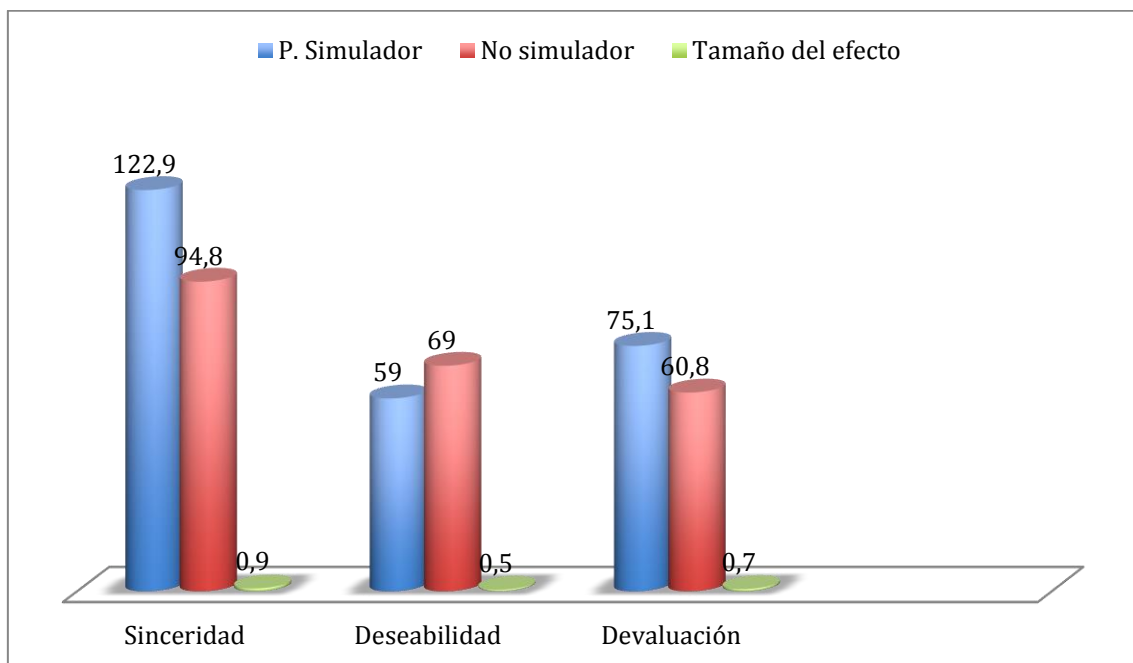


Figura 21. Medias y tamaño del efecto para las escalas de validez del MCMI-III para probables simuladores y no simuladores

A continuación, se ha explorado los índices de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y tasa de acierto de las escalas de validez del cuestionario MCMI-III.

**Tabla 34**

**Eficacia clasificatoria de las escalas de validez del MCMI-III para las condiciones de estudio probables simuladores/no simuladores**

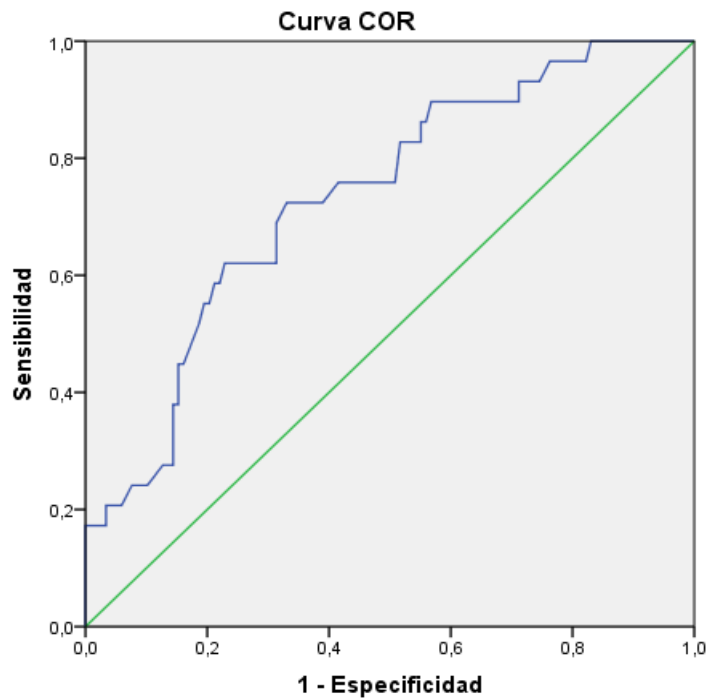
<b>MCMI-III</b>	<b>Punto de corte</b>	<b>SN</b>	<b>ES</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>	<b>K</b>	<b>sig.</b>
Sinceridad	≤34-≥178	6.9%	100	100	71	.11	.005
Deseabilidad	≥75	27.6	48.3	19	61	-.042	.020
Devaluación	≥75	62.1	72.9	50	82	.059	.000

**Nota: n=147**

**K=Kappa de Cohen**

Para examinar la precisión clasificatoria de las escalas de validez del MCMI-III en su capacidad para diferenciar entre simuladores y no simuladores, se han utilizado las curvas COR como función de la sensibilidad y la especificidad de las escalas, evaluando el rendimiento global de las mismas mediante el área bajo la curva (ABC). Como se observa en los siguientes gráficos, para la escala de sinceridad se obtiene un ABC=.734, para la escala de deseabilidad social ABC=.369 y finalmente para la escala de devaluación ABC=.740.

Para proporcionar el análisis visual del estadístico, en la Figura 22 se presenta la curva COR obtenida para la escala de sinceridad.



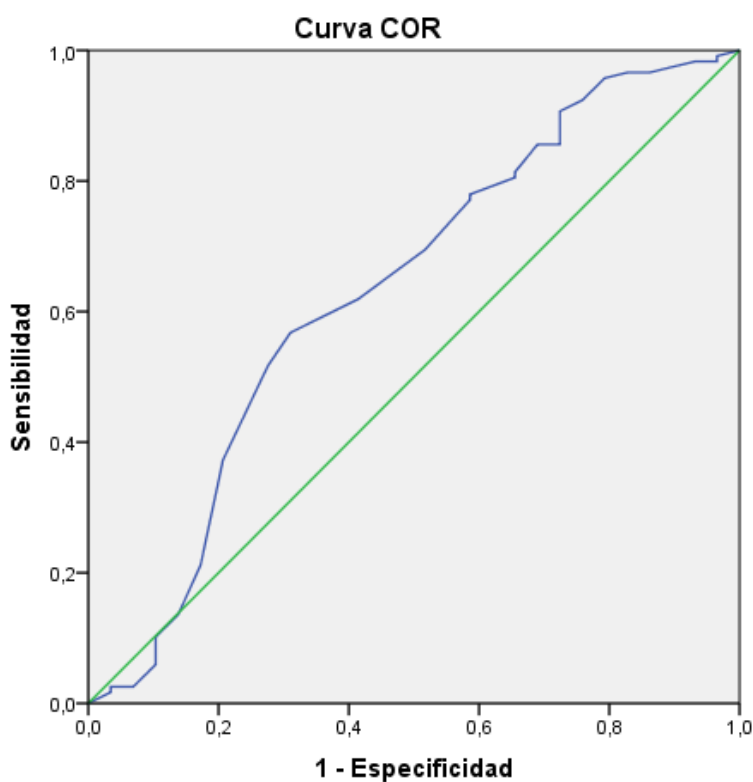
Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 22. Escala de sinceridad del MCMII-III. Área bajo la curva

El análisis visual de la curva, muestra una desviación moderada pero significativa  $p < .000$ , de los segmentos diagonales. Para el análisis de puntos de corte alternativos en la escala de sinceridad, capaces de optimizar la clasificación en el contexto de estudio, se ha obtenido para el punto de corte 89, una SN= 8.8 y una ES= 44.9, para el punto de corte 95 una SN= 75.9 y una ES = 50.8, El punto de corte 106, punto de corte superior a la media obtenida para la escala por aquellos sujetos probables simuladores en este estudio, obtiene una SN= 72.4 y una mayor ES= 66.1.

En cuanto a la escala de discapacidad social, como cabía esperar, por la naturaleza de las puntuaciones superiores en las escala Y, en base a su bidireccionalidad,, el área es menor a,5. Este resultado requiere la inversión de los criterios diagnósticos, es decir, asumir los sanos como enfermos y viceversa. La curva inversa informa de una menor probabilidad de enfermedad cuanto mayor es la puntuación del test. El área obtenida  $ABC = .369$  aunque resulta estadísticamente significativa,  $p = .029$  es, por tanto, ineficaz para la discriminación de simulación.

Cuando se realiza la inversión de los criterios, se obtiene la siguiente curva que se presenta en la figura 23. Con un ABC=.631 significativo  $p=.029$ .



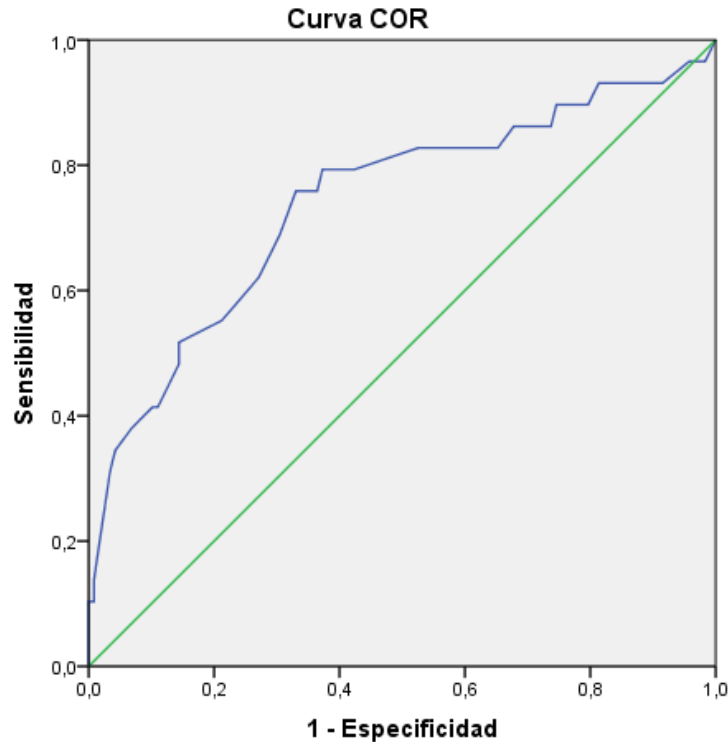
Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 23. Escala de discapacidad social del MCMI-III. Área bajo la curva. El estado real positivo es no Simulador

En la exploración de puntos de corte alternativos, publicados en estudios previos, para el punto de corte  $<21$  se halla un valor de SN=6.9 y una ES=98.3, con un índice de Kappa no significativo  $Kappa=.008$   $p=.123$ . Para el otro punto de corte estimado  $Y<26$ , aparece una SN= 13.8 y una ES= 96.6, con un índice de Kappa=.017  $p=.027$ .

En cuanto al último índice modificador del MCMI-III, la Figura 24 presenta la curva del de la escala de Devaluación.





Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 24. Escala de devaluación del MCMC-III. Área bajo la curva

El análisis de la curva determina un  $ABC=.740$ ,  $p<.000$ . El punto de corte  $\geq 82$  recomendado por estudios previos para el diagnóstico de simulación, proporciona una  $SN=41$  y una  $ES=89$ . El punto de corte original  $\geq 75$ , si bien ofrece mayor  $SN=62$ , pierde  $ES=73$ . Nuestros datos determinan el punto de corte 82 como aquel que proporciona un mayor equilibrio entre  $SN$  y  $ES$ ,  $SN=41$  y  $ES=89$ .

El cálculo de los valores predictivos positivo y negativo de los diferentes puntos de corte analizados, susceptibles de optimizar la clasificación, proporciona los siguientes resultados: para la escala de sinceridad el punto de corte  $X \geq 106$  obtiene un  $VPP=.48$  y un  $VPN=.84$ . La escala de deseabilidad social, en su perfil bajo para el punto de corte  $Y \leq 26$  proporciona un  $VPP=.63$  y un  $VPN=.72$ , la escala de devaluación para el corte  $Z \geq 82$  determina un  $VPP=.62$  y un  $VPN=.60$

Adicionalmente se muestra un resumen de los índices de utilidad diagnóstica de SN y ES de las escalas de validez del MCMI-III basados en la utilización de diferentes puntos de corte.

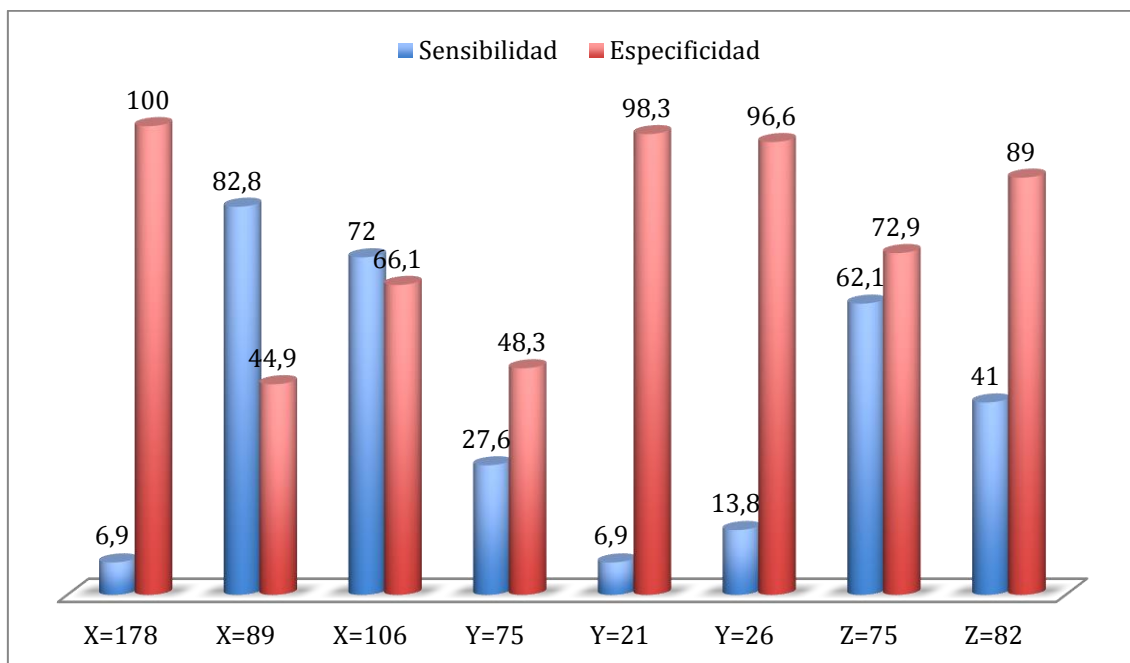


Figura 25. Sensibilidad y Especificidad de las escalas de validez del MCMI-III valorando diferentes puntos de corte

Con la finalidad de determinar la capacidad predictiva de las escalas de validez del MCMI-III de la conducta de simulación en los tres grupos de clasificación, se ha llevado a cabo una Regresión Logística Multinomial, tomando como categoría de referencia los sujetos Indeterminados para obtener qué escalas de validez del MCMI-III pueden incluirse en un modelo de predicción de Simuladores y No Simuladores. Se observa un ajuste del modelo final significativo ( $\chi^2 = 59.765$ ,  $p = .000$ ); para el grupo de Simuladores, el único parámetro que es significativo es la Escala de Sinceridad ( $b = .028$ ,  $p = .019$ ), siendo el resto de escalas de validez del MCMI-III no significativas; para los sujetos No Simuladores, se encuentra como parámetro significativo del modelo la Escala de Devaluación ( $b = -.064$ ,  $p = .000$ ); en ambos modelos la intersección es significativa ( $I_{\text{simula}} = -1.468$ ,  $I_{\text{no Simula}} = 4.971$ ,  $p < .05$ ). A partir de este modelo, se puede observar que se clasifica un 66.2% de los sujetos como Indeterminados, y un 33.8%

como No Simuladores, siendo un 80.9% de los indefinidos clasificados correctamente y un 56.8% de los sujetos No Simuladores clasificados correctamente. Los resultados nos muestran que un 0% de sujetos ha sido clasificado como Simulador.

***Hipótesis 6. Los instrumentos clínicos presentarán una moderada validez convergente***

Por último, para la evaluación de la validez convergente entre las pruebas psicométricas, se ha examinado la correlación de la puntuación total, así como de las diferentes subescalas del SIMS, con las escalas de validez del MCMI-III para la muestra global de estudio. Todas las correlaciones resultan significativas excepto el patrón de correlación existente entre la escala Bi del SIMS con las escalas de magnificación y minimización de síntomas del MCMI-III.

Tal como cabía predecir, se halló una correlación inversa y significativa entre la escala total de SIMS y la escala de deseabilidad social del MCMI-III, escala indicativa de minimización sintomatológica ( $Mr = -.56$ ), observándose correlaciones directas y positivas con las escalas de sinceridad y de devaluación. Emergiendo la correlación directa más alta, aparece entre la puntuación total del SIMS y la escala de devaluación ( $Mr = .68$ ). Véase Tabla 35.

**Tabla 35**  
**Correlaciones entre la puntuación total del SIMS y las escalas de validez del MCM-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal**

<b>Escalas de validez del MCMI-III</b>	<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>Z</b>
Puntuación total SIMS	.58**	-.56**	.68**

Nota. N =299. X =Sinceridad; Y = Deseabilidad Social; Z = Devaluación  
 \*\*p<.01

Adicionalmente, se presenta los gráficos de dispersión que ilustran las correlaciones obtenidas.

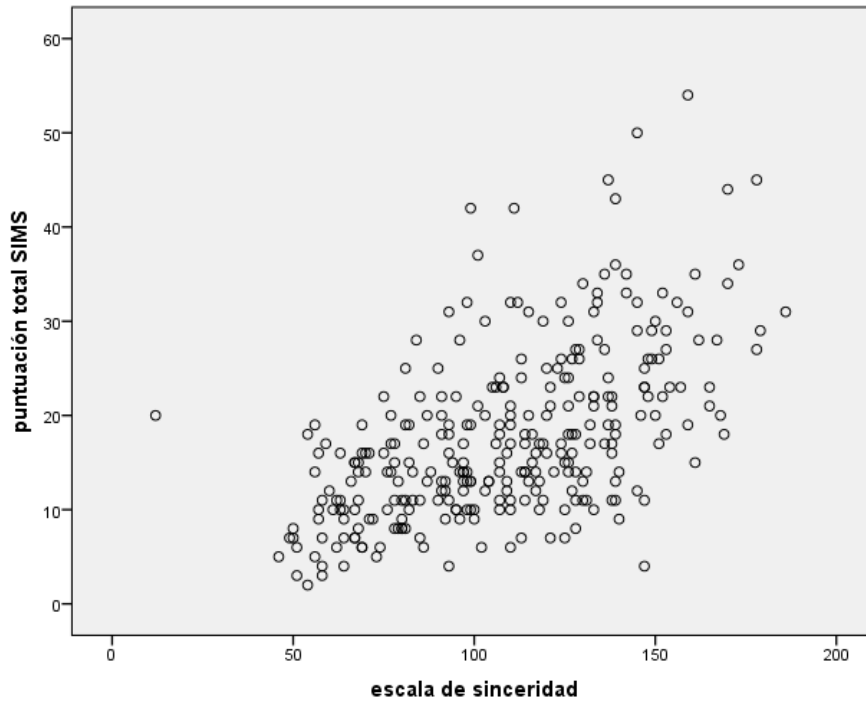


Figura 26. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de sinceridad del MCMII-III

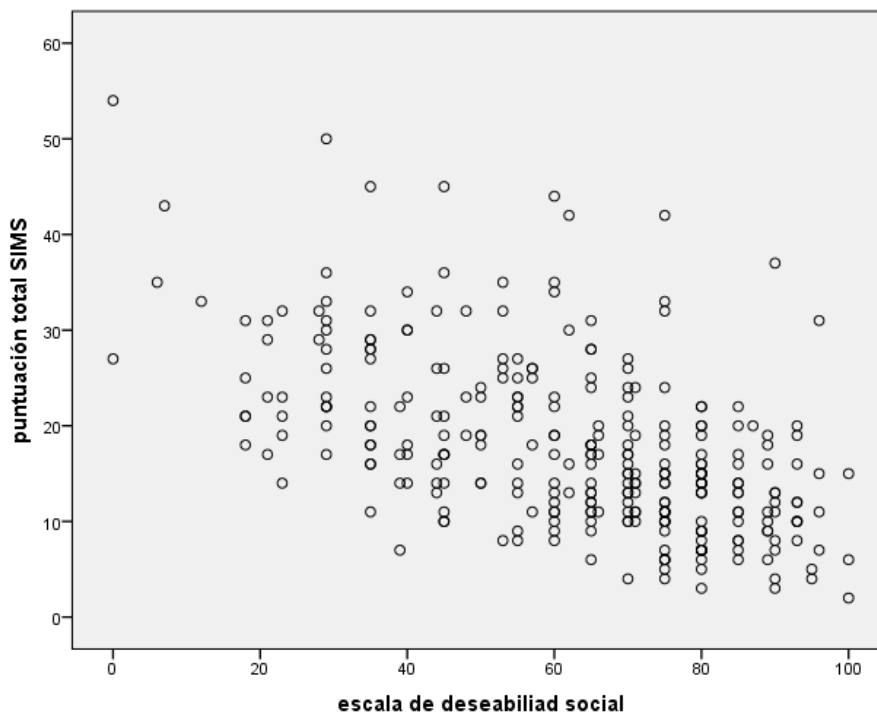


Figura 27. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de discapacidad del MCMII-III

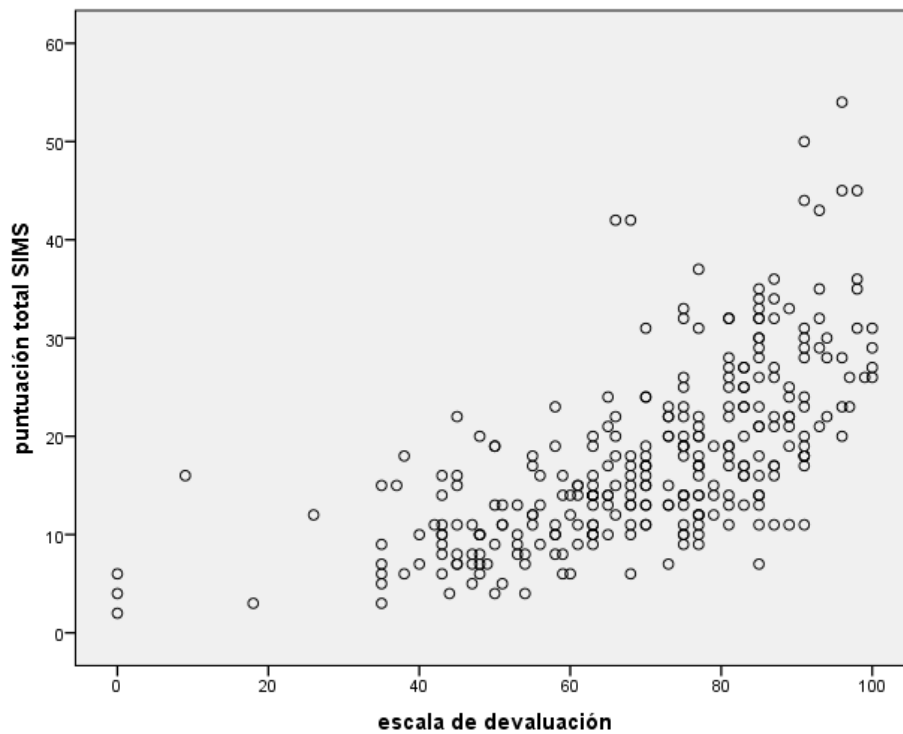


Figura 28. Gráfico de dispersión puntuación total del SIMS y escala de devaluación del MCMII-III

En el análisis de correlación entre las subescalas del SIMS y las escalas de validez del MCMII-III, se observa la convergencia entre las escalas específicas del SIMS, Ps, Dn, Am, y Af de forma directa con la escala de sinceridad y con la escala de devaluación, e inversa como cabía esperar, con la escala de deseabilidad social. En la Tabla 36 se muestra el patrón de correlaciones obtenido.

**Tabla 36**

**Correlaciones entre las subescalas del SIMS y las escalas de validez del MCMII-III en pacientes en situación de IT evaluados en contexto médico-legal**

Escalas de validez del MCMII-III	X	Y	Z
Ps	.42**	-.47**	.41**
Dn	.56**	-.50**	.65**
Am	.43**	-.45**	.50**
Bi	.09	-.09	.14
Af	.47**	-.51**	.57**

Nota. N =299. X =Sinceridad; Y = Deseabilidad Social; Z = Devaluación  
 \*\*p<.01



## 7. Discusión general

La magnitud del impacto psicológico, social y económico de la simulación de psicopatología en el contexto médico-legal, y, en el área de la IT, con tasas de prevalencia estimadas de alrededor del 30% (Brooks et al., 2012; Greve et al., 2009; Mittenberg et al., 2002), exige la investigación de este comportamiento para su estudio y diseño de posibles medidas y, protocolos estandarizados de detección, con el objetivo de incrementar la calidad, la fiabilidad y gestión eficaz de la valoración de la IT por causa de salud mental (Martin-Fumadó, Martí Amengual, Puig Bausili, y Arimany-Manso, 2014). Todo ello, con el objetivo último de dispensar una más adecuada atención socio-sanitaria tanto a los pacientes genuinos, como al propio simulador evitando que se convierta en un enfermo real a través de procesos de introyección. El adecuado desarrollo de este procedimiento revertirá en el global de la sociedad, al optimizarse la gestión de los recursos económicos y sociales.

A pesar de la complejidad que supone la valoración de la pertinencia de IT debida a enfermedad mental, ésta es una práctica habitual del psicólogo en el contexto médico-legal; atendiendo a esta realidad clínico-social, la finalidad de esta tesis, ha sido explorar la simulación de psicopatología en procesos de incapacitación laboral por causa de salud mental en cuanto a su posible prevalencia en contexto médico-legal, analizando los trastornos mentales prevalentemente simulados, así como la posible caracterización de los sujetos probablemente simuladores respecto a dimensiones de personalidad y, variables sociodemográficas. Aunado a este objetivo, se ha analizado la eficacia diagnóstica del inventario SIMS y del cuestionario MCMI-III en el ámbito de la simulación de psicopatología, al tiempo que se ha valorado la utilidad conjunta de los cuestionarios, como protocolo de medidas estandarizadas de evaluación.

Como paso previo a la concreción de las conclusiones obtenidas, resulta necesario reflexionar acerca de las limitaciones del estudio efectuado. En primer lugar, se asume que recurrir a historias clínicas para la recolección de datos, ha podido limitar la calidad de la información contenida, puesto que no disponer de las puntuaciones en bruto de todos y cada uno de los ítems de los cuestionarios, limita a la hora de realizar estudios más precisos y concluyentes. Sin embargo, al mismo tiempo este aspecto ha resultado útil para plantear una homogeneización del procedimiento de recogida de información.

Respecto a la clasificación de los sujetos en los diferentes grupos de estudio, se han seguido criterios multifacéticos de sospecha de simulación (Samuel y Mittenberg, 2006). Así, aunque se ha controlado el criterio de asignación a los grupos y, se ha subsanado la posible limitación intrínseca a un diseño de grupos conocidos creando un grupo de sujetos indeterminados en su condición de simulación, no se ha podido garantizar por completo la certeza en la clasificación. Esta limitación resulta inherente a un diseño de grupos diagnósticos conocidos, el cual garantiza una elevada validez ecológica, asumiendo una menor validez interna, al tiempo que condiciona el tamaño muestral.

Por último, resulta evidente que los resultados obtenidos en esta tesis solo permiten extraer conclusiones sobre simulación de psicopatología, en el contexto médico-legal dentro de procesos de incapacitación temporal respecto a las medidas estandarizadas empleadas (Koch, Douglas, Nicholls y O'Neill, 2006).

Dentro de los resultados obtenidos se ha estimado una prevalencia de simulación del (9.7%), esta incidencia de simulación está en la línea de las evidenciadas en la práctica general, estimadas en un (7%) (Dandachi-FitzGerald, Ponds, y Merten, 2013). Si bien, los sujetos clasificados como indeterminados en la condición de



simulación en esta tesis, presentan resultados para todos los análisis efectuados, estadísticamente análogos a los obtenidos por aquellos sujetos probablemente simuladores. Así pues, al excluir al grupo indeterminado, la prevalencia estimada de simulación se eleva al (20%), este dato resulta acorde al de los estudio de solicitud de discapacidad o indemnización, el cual oscila entre el (14%) y el (50%) (Stevens, Friedel, Mehren, y Merten, 2008).

En la valoración de los trastornos mentales simulados en el contexto médico-legal, presentan mayor prevalencia aquellos vinculados a la ansiedad y al estado de ánimo, en esta línea, el grupo de sujetos probablemente simuladores, ha obtenido las mayores puntuaciones para: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno distímico y depresión mayor, mostrando además, puntuaciones medias superiores y, estadísticamente significativas en todos los síndromes clínicos, excepto para dependencia de alcohol, respecto a los sujetos no simuladores. Estos datos concuerdan con los estudios previos que concluyen las mayores tasas de simulación para los trastornos emocionales en el contexto médico-legal (Ardolf, Denney y Houston, 2007; Capilla Ramírez y González Ordi, 2009; Chafetz, 2008; Larrabee, 2003). Asimismo, la matriz de correlaciones entre la puntuación total del SIMS y los síndromes clínicos del MCMI-III, evidencia que las mayores asociaciones emergen de forma directa y significativa, con la depresión mayor, el trastorno distímico, el trastorno somatomorfo y, el trastorno de ansiedad. Las características de perdurabilidad, subjetividad, deficiente evidencia empírica y alta prevalencia en la población general, parece que facilitan la simulación de trastornos emocionales, con el objetivo de prolongar los incentivos proporcionados por el sistema socio-sanitario en el área de la incapacitación temporal (Santamaría Fernández, 2014). Cabe destacar, que la correlación observada con el

trastorno de pensamiento, resulta prevalente, tras los trastornos del estado de ánimo (Ortiz-Tallo et al., 2011).

Al analizar, si existe asociación entre la simulación y determinadas dimensiones de personalidad, no emerge un perfil de personalidad vinculado a la simulación. En este sentido, el grupo de sujetos con probabilidad de simulación, no ha obtenido puntuaciones por encima del punto de corte, para ninguna de las escalas del MCMI-III que miden patrones clínicos y patología grave de la personalidad; ninguna puntuación media en estas escalas, se eleva por encima de la puntuación 60, indicativa de tendencia de disfuncionalidad. Otro aspecto relevante de éste análisis, se deriva de la puntuación en la escala TAP en aquellos sujetos con sospecha de simulación, si bien, es superior a la obtenida por los sujetos no simuladores, de forma estadísticamente significativa, el resultado no configura un patrón de personalidad antisocial para aquellos individuos con probabilidad de simulación, contradiciendo así, uno de los indicadores de sospecha de simulación establecidos por el DSM-5 (APA, 2013) (Lilienfeld y Fowler, 2006; Vitacco, 2008). Los resultados defienden una ausencia de relación entre personalidad antisocial y simulación (Clark, 1997; Kucharski, Duncan, Egan y Falkenbach, 2006; Poythress et al., 2001). En vista a los resultados obtenidos y su divergencia con los de otros estudios, tal vez se hace oportuno un mayor estudio de esta posible relación. En exploración del vínculo entre simulación y patrones clínicos de personalidad, de la correlación entre las escalas de personalidad del MCMI-III y las subescalas del SIMS, se desprende la no existencia de vinculación entre dimensiones de personalidad y dominios específicos de simulación.

En el abordaje de las características sociodemográficas de la muestra, se ha tratado de dar respuesta a si éstas características constituyen aspectos diferenciales entre sujetos probablemente simuladores y sujetos no simuladores, con el interés de

determinar la posible existencia de un perfil sociodemográfico vinculado a la simulación. A este respecto, se desprende que la condición de simulación tan solo mantiene una relación de dependencia con las variables relativas al estado de salud mental y, con aquellas relativas al proceso de IT. Parece que son los sujetos con probabilidad de simulación los que presentan un historial de antecedentes psicopatológicos o psiquiátricos de mayor evolución, también se destaca que es en este grupo donde se encuentra un mayor porcentaje de casos en los que no se ha podido llegar a un diagnóstico por causas atribuibles a la falta de colaboración, o a la escasa divulgación de la información, ambos datos siguen la línea de resultados de los estudios anteriores (Samuel y Mittenberg, 2006). Asimismo, para los sujetos probables simuladores se obtienen las mayores tasas de conclusión de aptitud laboral y, finalización de la IT, así como de no requerimiento de tratamiento de salud mental, aspectos situados dentro del contexto de los criterios de detección de elaboración intencional de síntomas.

En cuanto a las variables relacionadas con el proceso específico de IT, destaca que casi la mitad de los sujetos probables simuladores, vinculan la ganancia externa derivada de la situación de IT, a una búsqueda de mejora en las condiciones laborales, seguida de la económica y por último, de la disposición de tiempo libre. Estos resultados apoyan la significancia de la ganancia externa, condicionada por el contexto en el que se desarrolla la conducta de simulación. Así pues, en el contexto médico-legal y, en el ámbito de la incapacidad laboral, la motivación principal del sujeto que elabora o mantiene intencionalmente síntomas psicopatológicos, quedaría asociada a la consecución de adquirir mejoras indirectas en los determinantes labores. Este dato guarda estrecha relación con el modelo adaptativo de simulación, puesto que, si bien no se encuentra una dependencia estadísticamente significativa, con factores como el nivel

de estudios o con variables laborales, el menor porcentaje de sujetos con estudios universitarios y con empleos de tercer o cuarto nivel queda configurado por aquellos con probabilidad de simulación. Otro aspecto que llama la atención, es que entre los pacientes con sospecha de simulación se observa el mayor porcentaje de IT por accidente de trabajo. Si bien, se puede hipotetizar la existencia de algún tipo de ganancia externa, con mayor significancia derivada del tipo de contingencia; no se puede concluir en este sentido a partir de los resultados derivados este estudio.

Otro escenario clínico delimitado dentro del contexto de la simulación, parece ser la gravedad, la tratabilidad de la enfermedad, así como las consecuencias de los resultados del diagnóstico en el sujeto; se hace pues necesaria la utilización de medidas de evaluación basadas en índices, contextualmente validados. En el caso de la detección de simulación de síntomas psicopatológicos, el objetivo del evaluador debe priorizar la certeza en el diagnóstico debido a que la entidad de la simulación, no supone una enfermedad mental, y a que los diagnósticos falsamente positivos pueden ocasionar un grave perjuicio para el sujeto evaluado en un nivel psicológico, social, económico etc., parece pues necesaria la mayor especificidad posible de las medidas psicométricas empleadas.

En este contexto de determinación, se han examinado las propiedades psicométricas de las medidas, a continuación los diferentes índices de utilidad diagnóstica, así como los puntos de corte que pueden optimizar la eficacia de los cuestionarios en el contexto de estudio. El inventario SIMS, ha mostrado una aceptable consistencia interna, no obstante, el valor alfa no ha emergido en el nivel previsto de satisfacción (George y Mallery, 2003). Posiblemente, como en estudios psicométricos llevados a cabo con el MCMI-III, no se ha obtenido mayor consistencia interna por factores como el opositorismo o la baja motivación por parte de los pacientes,

derivados de las características del contexto de evaluación, configurado por un elevado estrés y por la ausencia de voluntariedad (Souci y Vinet, 2013).

Los resultados obtenidos en el estudio de la utilidad diagnóstica del SIMS, cuando se emplea el punto de corte de adaptación española, determinan que cualquier integrante del grupo probables simuladores elegido al azar, obtendrá una puntuación mayor que cualquier sujeto seleccionado aleatoriamente del grupo no simuladores el 72% de las ocasiones. Asimismo, los datos informan de que la escala total del inventario detecta adecuadamente al 65.5% de sujetos que se comportan de un modo simulador y, que el 71.2% de sujetos no simuladores queda correctamente descartado, así como que el 82% de aquellos pacientes que puntúen inferior a 16 serían efectivamente de respuesta real, y, que el 49% de los que puntúen por encima, serían de hecho simuladores. En la evaluación de puntos de corte más exigentes para la escala total, como el 19, se encuentra el mismo nivel de sensibilidad que el corte de adaptación española, aumentando la especificidad, y los valores positivo y negativo, en este sentido, el 84% de sujetos que puntúen inferior a 19 serían efectivamente de respuesta clínica genuina y, el 62% de los que puntúen por encima, serían efectivamente simuladores. Estos resultados concuerdan con los derivados de estudios previos en los que se recomienda el uso del punto de corte 19 para la detección de simulación en el contexto médico-legal (Clegg et al., 2009). Por su parte, el punto de corte norteamericano original 14, muestra los mayores niveles de sensibilidad y los menores de especificidad, lo que no resulta deseable cuando se quiere asegurar un diagnóstico atendiendo a las consecuencias psicosociales derivadas del diagnóstico falsamente positivo.

Diferentes estudios llevados a cabo en contexto forense-civil, concluyen que la escala de puntuación total del SIMS discrimina mejor la condición de simulación y, en la

misma línea, los resultados obtenidos en esta investigación, respaldan la puntuación total del inventario como la más discriminante (Berry y Nelson, 2010; Clegg et al., 2009). En esta dirección, el grupo con probabilidad de simulación supera la puntuación media para el punto de corte de la escala total no solo propuesto por la adaptación española, sino también cuando se incrementa a 19, obteniendo la escala total aunque moderado, el mayor tamaño del efecto de las diferencias entre los grupos probable simulador/no simulador. Estos datos apoyan la generabilidad y utilidad del cuestionario SIMS.

En el examen de las subescalas del SIMS, de nuevo los sujetos con probabilidad de simulación obtienen puntuaciones medias superiores a los no simuladores de forma estadísticamente significativa para todas las subescalas. Tras la escala total, se identifica la escala de trastornos amnésicos como la más discriminante, seguida de la subescala de deterioro neurológico. Para profundizar en la información derivada de estos resultados, las mayores puntuaciones medias para todas las subescalas obtenidas por el grupo de probables simuladores, también evidencian que estos sujetos presentan un perfil que indicaría una autoinformación configurada por un mayor deterioro en todas las esferas evaluadas, excepto para la escala de baja inteligencia en la que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, derivadas de los análisis de esta tesis. Este resultado apoya los hallazgos de investigaciones previas que confirman que los sujetos probables simuladores reportan un significativo mayor nivel de deterioro global respecto a los sujetos clínicos (Smith y Burger, 1997; Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008; Merckelbach y Smith, 2003). Al explorar los puntos de corte para las subescalas del SIMS, se encuentra un claro aumento de la especificidad para los puntos de corte de adaptación española ( $Psi > 2$ ,  $Dn > 3$ ,  $Am > 3$ ,  $Bi > 3$ ,  $Af > 7$ ), estos datos coinciden con los de los estudios previos que

plantean este incremento para la optimización del SIMS en la detección de simulación en población española (Santamaría Fernández, 2014).

La exploración psicométrica del cuestionario MCMI-III proporciona una aceptable consistencia interna para todas las escalas de personalidad y, una buena fiabilidad para todas las escalas de síndromes clínicos. Aunque, el nivel de fiabilidad puede haberse visto afectado por las características del contexto de evaluación, los valores de consistencia interna hallados, convergen con los obtenidos por estudios previos Millon et al. (1997). Cabe mencionar que, no se ha informado de los valores Alfa para la escala de validez debido a que está configurada por tan solo tres ítems, ni asimismo para la escala de sinceridad cuyo valor queda conformado por la combinación de las escalas básicas de personalidad.

El estudio de las propiedades psicométricas del MCMI-III determina que las escalas histriónico, narcisista y compulsivo correlacionan negativamente con el total, aspecto determinante a la hora de interpretar correctamente el perfil que proporciona el MCMI-III, y que corrobora los hallazgos de Craig (2005) cuando concluye que estas tres escalas, si se presentan sin comorbilidad, pueden constituir un indicador de ajuste psicológico, resultado atribuible a la inclusión de rasgos normales de personalidad en las escalas, al contrario de la escala de trastorno antisocial o la escala de personalidad agresiva, que aunque emerjan moderadamente, suponen un indicador de disfuncionalidad psicológica (Millon y Davis, 2001). Abundando en la naturaleza diferencial de las tres escalas, la correlación que presentan con los índices de validez, resulta inversamente significativa con las escalas simulación y directamente significativa con las que proporcionan un patrón de buena imagen (Schoenberg, Dorr, Morgan y Burke, 2004).

El análisis en la eficacia diagnóstica de simulación del cuestionario MCMI-III, destaca que los sujetos clasificados como probables simuladores, han obtenido puntuaciones más elevadas para todas las escalas del MCMI-III respecto a aquellos sujetos no simuladores (Cohen et. al., 2002; Winberg y Vilalta, 2009), aunque sin superar los puntos de corte establecidos por el cuestionario para concluir presencia de trastorno, aspecto que diverge de los resultados de las investigaciones que evidencian que en procesos de evaluación pericial o forense los pacientes distorsionan la respuesta con la presencia de trastornos de la personalidad (Grillo, Brown, Hilsabeck et al, 1994).

En cuanto a los índices de eficacia diagnóstica explorados, el MCMI-III ha mostrado para el punto de corte original de las escalas de validez, niveles de sensibilidad poco aceptable, resultando aceptables los valores de especificidad, tanto para la escala de sinceridad, como para la escala de devaluación. Así, cuando se consideran puntos de corte alternativos mediante las coordenadas del receptor COR, el punto de corte  $X > 89$ , propuesto por estudios previos (Schoenberg, Darwin y Morgan, 2003), si bien, incrementa la sensibilidad en el ámbito de la incapacitación temporal, proporciona un nivel inaceptable de especificidad. El mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad se ubica en el punto de corte  $X > 106$ , el cual informa de que la escala de sinceridad detecta adecuadamente al 72% de sujetos que simulan psicopatología y, descarta correctamente al 66.1%, así como que el 84% de sujetos que puntúen por debajo de 106 serían pacientes clínicos reales y, el 48% de los que puntúen superior a 106 resultarían auténticos simuladores. En el examen del perfil bajo de la escala de deseabilidad social, los puntos de corte  $Y < 21$  y  $Y < 26$ , barajados por investigaciones anteriores, muestran niveles de especificidad muy satisfactorios, aunque muy baja sensibilidad, parece por tanto, una escala útil para descartar el constructo. La escala de devaluación, también de naturaleza bidireccional, presenta el mayor equilibrio



entre los índices diagnósticos en su punto de corte original  $Z > 75$ . El incremento de punto de corte  $Z > 82$ , aumenta considerablemente la especificidad ofreciendo a cambio, una poco aceptable sensibilidad. Se desprende pues de los resultados, el mantenimiento del punto de corte original para la escala de devaluación, el detrimento para la escala de sinceridad a 106 y, a 26 para la escala de deseabilidad social, por configurar el perfil que proporciona el mayor equilibrio entre índices, al tiempo que proporciona niveles de especificidad más aceptables, requisito deseable en el diagnóstico de la simulación (Ruíz de Adana, 2009).

Respecto a la exactitud diagnóstica que ofrecen las escalas de validez del MCMI-III, el área bajo la curva del receptor COR, muestra que la escala de sinceridad y la escala de devaluación discriminan de forma aceptable entre sujetos probables simuladores y, aquellos no simuladores. Los resultados, determinan que la escala de sinceridad es la que discrimina mejor la simulación (Shoenberg, Darwin y Morgan, 2003). Asimismo, el análisis de regresión que permite objetivar la capacidad del MCMI-III para contrastar la sospecha clínica frente a la sospecha psicométrica, al determinar qué escalas de validez del cuestionario pueden incluirse en un modelo de predicción de simulación, muestra un ajuste del modelo final significativo, evidenciándose de nuevo la escala de sinceridad como parámetro significativo para los probables simuladores y, la escala de devaluación para los no simuladores. Ambos modelos presentan una intersección significativa. Por tanto, si bien la gran mayoría de subescalas de validez del MCMI-III no son útiles para predecir la simulación/no simulación, si se pueden elaborar modelos predictivos con algunas de ellas y, los resultados, nos indican que esta prueba es más adecuada para clasificar a los no Simuladores.

Por último, se ha examinado la utilidad conjunta de los cuestionarios en la detección de simulación, los resultados de este análisis muestran que el patrón de correlaciones ofrece una moderada validez convergente, tanto a nivel global, como a nivel de las escalas específicas, a excepción de la subescala que mide simulación de baja inteligencia, la cual no presenta una asociación significativa con ninguna de las escalas de validez del MCMI-III. El mayor nivel de correlación, aparece entre la puntuación total del SIMS y la escala de devaluación. Como se podía predecir, se encuentra una relación inversa entre la escala total del SIMS y la escala de discapacidad social determinada por la naturaleza del perfil alto de la escala. En cuanto a los dominios específicos de simulación, las subescalas del SIMS que presentan mayor magnitud de correlación con la escala de devaluación resultan Dn y Af, éstas son las dos subescalas que clasifican con mayor eficacia la simulación, tras la escala de puntuación total SIMS. En definitiva, la dirección de las correlaciones obtenidas, mantiene coherencia con el contenido de las escalas de validez del MCMI-III, emergiendo correlaciones directas con los índices vinculados a la magnificación de síntomas e inversas con los de minimización. Los resultados confirman los hallazgos de estudios previos que abordan la convergencia entre el SIMS y los indicadores de exageración de síntomas del MCMI-III y, encuentran aunque atenuadas, correlaciones significativas (López, Martí y Pujol (2012).



## 8. Conclusiones

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis:

1. En el ámbito específico de la IT, se hallan tasas de simulación de psicopatología acordes a las estimadas para el contexto médico-legal general.
2. Los trastornos mentales prevalentemente simulados en el área de la IT, son aquellos vinculados a la ansiedad y al estado de ánimo.
3. Los resultados, no evidencian asociación entre simulación y trastornos de personalidad, asimismo discrepan del modelo criminológico al hallar una ausencia de relación entre simulación y personalidad antisocial.
4. Los datos derivados de esta investigación apoyan la naturaleza adaptativa de la simulación vinculada a la significancia del beneficio a conseguir.
5. La versión de adaptación española del SIMS, ha evidenciado capacidad discriminativa entre sujetos con probabilidad de simulación y sujetos clínicos, en el ámbito de la incapacitación laboral.
6. La puntuación total del SIMS, emerge como la escala que mejor discrimina entre sujetos probables simuladores y aquellos individuos que despliegan una conducta real, seguida de las subescalas Am y Dn.
7. Se detecta la necesidad de valorar distintos puntos de corte más eficaces para la escala total del SIMS en la detección de simulación en el área de la IT, manteniendo los mismos niveles de sensibilidad que el punto de corte de adaptación española y, optimizando la especificidad.
8. Los puntos de corte en la adaptación española del cuestionario SIMS para las diferentes subescalas, generan un incremento del valor de especificidad, resultando por tanto, más recomendables que los originales.

9. La versión de adaptación española del MCMI-III, ha evidenciado moderada capacidad discriminativa entre sujetos con probabilidad de simulación y sujetos clínicos en el ámbito de la incapacitación laboral, emergiendo la escala de sinceridad como la más discriminante.
10. Las escalas de validez del MCMI-III, evidencian una naturaleza bidireccional.
11. Para la escala de sinceridad del cuestionario MCMI-III, el detrimento del punto de corte en su perfil alto a 106, emerge como el que presenta un mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.
12. Para la escala de deseabilidad social del cuestionario MCMI-III, en su perfil bajo se halla el punto de corte 26 como el que proporciona el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.
13. Para la escala de devaluación el punto de corte original proporciona el mayor equilibrio entre índices.
14. Los cuestionarios SIMS y MCMI-III presentan una moderada validez convergente.
15. Se concluye la necesidad de que el diagnóstico de simulación quede limitado a categorías probabilísticas, fundamentado en la carencia de medidas del constructo exentas de error y, en las graves consecuencias derivadas de errar el diagnóstico.

Futuras investigaciones con el protocolo de evaluación de simulación de psicopatología SIMS y MCMI-III, en lo relativo a las medidas estandarizadas, permitirán examinar las propiedades psicométricas y, la eficacia diagnóstica de simulación de los cuestionarios en mayores muestras de sujetos probables simuladores, en el contexto médico-legal. Aunque la precisión de la predicción de un fenómeno, se incrementa cuando las diferentes medidas no proporcionan información redundante, la

validez consecucional es clave para justificar una mejoría en la toma de decisiones clínica. Este aspecto apoya la relevancia de la evaluación multimétodo y multifuente de la simulación, basada en el uso combinado de medidas empíricamente validadas. Asimismo, conviene realizar estudios que contribuyan a determinar la validez incremental que pueden proporcionar, las escalas de validez de respuesta del MCMI-III (Aguerrevere, Greve, Bianchini, y Ord, 2011).

Por otra parte, la entidad de la disimulación requiere generar investigación así como, operativizar puntos de corte en las escalas de validez del MCMI-III, que optimicen su detección. Si bien, no es en el contexto de este estudio donde la disimulación configura un objetivo de evaluación, existen otros ámbitos de evaluación psicológica, como los procedimientos de determinación de guarda y custodia, donde el fenómeno de la disimulación de síntomas supone un objetivo prioritario. A este respecto, la estimación de los índices de utilidad diagnóstica de las medidas estandarizadas, tiene implicaciones teórico-prácticas que precisan de investigación contextual, con mayor énfasis, en aquellos ámbitos de evaluación en los que la detección de simulación o disimulación de síntomas psicopatológicos, pueden configurar un determinante (Daubert y Metzler, 2000).

Finalmente, se hace hincapié en la relevancia de objetivar el contenido de IT debida a trastorno mental y en la implementación de protocolos empíricamente validados de detección de simulación en los diferentes contextos de evaluación, así como, en la importancia de concienciar a los agentes implicados en la gestión de la IT, de que la obtención o prolongación indebida de esta prestación social, tiene consecuencias en diferentes niveles y sistemas, por lo que no atender a estas cuestiones nos convierte como profesionales de la salud, en mantenedores del problema y no gestores del mismo.







## 9. Referencias

- Aamodt, M. G., y Custer, H. (2006). Who can best catch a liar? *The Forensic Examiner*, 15, 6–11.
- Aguerreverre, L. E., Greve, K. W., Bianchini, K. J., y Ord, J. S. (2011). Classification accuracy of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III modifier indices in the detection of malingering in traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(5), 497–504. <https://doi.org/10.1080/13803395.2010.535503>
- Aldea, M. J. (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, (138), 411–436.
- Alwes, Y. R. (2006). the Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology As a Screen for the Feigning of Neurocognitive Deficit and Psychopathology in a Civil Forensic Sample. *University of Kentucky Library*.
- American Psychiatry Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*,. (1ª ed.) Washington D.C.
- American Psychiatry Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*,. (2ª ed). Washington D.C.
- American Psychiatry Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*,. (3ª ed.). Washington D.C.
- American Psychiatry Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. (4ª ed.). Washington D.C.
- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. (5ª ed.). Arlington VA; American Psychiatric Publishing.
- Arce, R., Fariña, F., Novo, M., Y Vázquez, M. J. (2006). Evaluación forense de la enfermedad mental en la incapacidad temporal: simulación y realidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Arce, R., del Carmen Pampillón, M., y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385–408.
- Ardolf, B. R., Denney, R. L., y Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response

- bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *Clinical Neuropsychologist*, 21(6), 899–916. <https://doi.org/Doi.10.1080/13825580600966391>
- Baer, R.A., Rinaldo, J.C. y Berry, D. T. R. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability. In En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (2., pp. 861–866).
- Bagby, R. M., Gillis, J. R., Toner, B. B., y Goldberg, J. (1991). Detecting fake-good and fake-bad responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory–II. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 3, 496–498.
- Bayes. (1763). The Royal Society is collaborating with JSTOR to digitize, preserve, and extend access to Philosophical Transactions (1683-1775). © www.jstor.org. *Philosophical Transactions*.
- Bender, S. D., y Rogers, R. (2004). Detection of neurocognitive feigning: Development of a multi-strategy assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 49–60. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(02\)00165-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(02)00165-8)
- Berry, D. T. R., y Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and Malingering: A Modest Proposal. *Psychological Injury and Law*. <https://doi.org/10.1007/s12207-010-9087-7>
- Bianchini, K. J., Greve, K. W., y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *Spine Journal*, 5(4), 404–417. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2004.11.016>
- Blasco Saiz, J.L y Pallardó Durá, L. (2013). Detección de exagereación de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico-legal: un estudio preliminar. *Clínica Y Salud Clinical and Health Journal of Empirical Research in Psychology*, 24(3). <https://doi.org/10.5093/cl2013a19>
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2012). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. *Programme on the Global Demography of Ageing*, (87), 1–45.
- Boletín Oficial del Estado. del Real Decreto Legislativo. 1/1994, de 20 de junio, , revisión vigente dese el 1 de enero de 2016 (2016).
- Boletín Oficial del Estado. Ley 8/1988 sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) (2000).
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., y Andreski, P.

- (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632.
- Brooks, L., y Johnson-Greene, D. (2012). The relationship between performances on neuropsychological symptom validity testing and the MCMI-III in patients with fibromyalgia. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(5), 816–831. <https://doi.org/10.1080/13854046.2012.662999>
- Bruno, A. H., y Cabello, J. (2002). Simulación en psiquiatría forense. *Cuadernos de Medicina Forense.*,2, 81–93.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., ... Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity: NAN Policy & Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.02.002>
- Calcedo Barba, A. (2007). La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria. *Psiquiatría Y Atención Primaria*, 23–28.
- Capilla P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación Mapfre*, 20(4), 255–263.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Caro, M. I., Giráldez, S. L., María, A., Rodrigo, L., y Alonso, L. (2005). Sección Monográfica. *Papeles Del Psicólogo*, 26, 99–108.
- Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the social security disability consultative exam: predictors and base rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(3), 529–546. <https://doi.org/10.1080/13854040701346104>
- Clark, C. R. (1997). Sociopathy, malingering, and defensiveness. In In R. Rogers (Ed.), *Clinical assesment of malingering and deception* (2nd ed., pp. 68–84). . New York: Guildford.
- Clegg, C., Fremouw, W., y Mogge, N. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 239–254. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/14789940802267760>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates (2nd ed.).

- Cohen, L. J., Gans, S. W., McGeoch, P. G., Poznansky, O., Itskovich, Y., Murphy, S., ... Galynker, I. I. (2002). Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 127–134. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30796>
- Craig, R. J. (1999). Essentials of MCMI-III assessment. In E. S. Track (Ed.), *Essentials of Millon Inventories assessment* (pp. 1–51). New York: Wiley.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., y Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six european countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*(8), 771–783. <https://doi.org/10.1093/arclin/act073>
- Dandachi-Fitzgerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V, y Merckelbach, H. (2011). The Clinical Neuropsychologist Cognitive Underperformance and Symptom Over-Reporting in a Mixed Psychiatric Sample Cognitive Underperformance and Symptom Over-Reporting in a Mixed Psychiatric Sample. *The Clinical Neuropsychologist*, *25*(5), 812–828. <https://doi.org/10.1080/13854046.2011.583280>
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V, y Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, *25*(5), 812–828. <https://doi.org/10.1080/13854046.2011.583280>
- Daubert, S. D., y Metzler, A. E. (2000). The Detection of Fake-Bad and Fake-Good Responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory III. *Psychological Assessment*, *12*(4), 418–424.
- Daubert, S. D., y Metzler, a E. (2000). The detection of fake-bad and fake-good responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory III. *Psychological Assessment*, *12*(4), 418–424. <https://doi.org/Retrieved from ProQuest>
- Depaulo, B. M., Kashy, D. A., Kirkendol, S. E., Wyer, M. M., Epstein, J. A., (1996). Lying in Everyday Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(5), 979–995. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.979>
- Domínguez Muñoz, A., López Pérez, R., Gordillo, F. Pérez-Nieto, M., Gómez Ál, A., de la Fuente J.L. (2013). Distorsión clínica y simulación en la incapacidad tempral: un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, *13*, 29–45.
- Drob, S. L., Meehan, K. B., y Waxman, S. E. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *The Journal of the*

- American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(1), 98–106. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297641>
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141–159.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., y Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: a comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33–42. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801\\_05](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801_05)
- Evers, A., Muñiz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, J. R., Frans, Ö., Gintiliené, G., Hagemester, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jimenez, P., Manthouli, M., Matesic, K., Shittekatte, M., Sümer, H.C. y Urbánek, T. (2012). Testing practices in the 21st century: Developments and european psychologists' opinions. *European Psychologist*, 17(4), 300–319. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000102>
- Frederick, R. I. (2000). Mixed group validation: A method to address the limitations of criterion group validation in research on malingering detection. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(6), 693–718. <https://doi.org/10.1002/bsl.432>
- George, D. y Mallery, P. (2003). *spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4th ed.). Boston: Allyn y Bacon.
- Gerson, A. R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, 57–70.
- Gervais, R. O., Russell, A. S., Green, P., Allen, L. M., Ferrari, R. y Pieschl, S. D. (2001). Effort Testing in Patients with Fibromyalgia and Disability Incentives. *The Journal of Rheumatology*, 8(28), 1892–1899.
- Gervás, Juan, Ruíz, Ángel, Pérez, M. (2006). *LA INCAPACIDAD LABORAL EN SU CONTEXTO MÉDICO: problemas clínicos y de gestión. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*
- Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H., y Oswald, M. (2010). Detection of Feigned Crime-Related Amnesia: A Multi-Method Approach. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(5), 440–463. <https://doi.org/10.1080/15228932.2010.489875>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010.

- European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- González Ordi H. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Simulación.[Internet]. Duodécima edición. Madrid: FOCAD;2011 [acceso el 13 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cop.es/focad/>
- González-Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. (T. Ediciones, Ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H. Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, L. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica Y Salud*, 19(3), 391–413.
- González Ordi, Héctor, Santamaría, Pablo, Fernández, P. (2010). Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS en el contexto medicolegal, 9(1), 3–22.
- González Ordi, H. Santamaría, P. y Capilla Ramírez, P. (2012). La simulación como estilo de respuesta. En H. González Ordi, P. Santamaría y P. Capilla (Eds), *Estrategias de Detección de la Simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Greve, K. W.,y Bianchini, K. J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: A methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(4), 533–541.  
<https://doi.org/10.1016/j.acn.2003.08.002>
- Greve, K. W., Bianchini, K. J., y Brewer, S. T. (2013). The assessment of performance and self-report validity in persons claiming pain-related disability. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(March 2013), 108–37.  
<https://doi.org/10.1080/13854046.2012.739646>
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J., y Curtis, K. L. (2009a). Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.018>
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J., y Curtis, K. L. (2009b). Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), 1117–1126. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.018>
- Grillo, J., Brown, R. S., Hilsabeck, R., Price, J. R., y Lees-Haley, P. R. (1994). Raising

- doubts about claims of malingering: Implications of relationships between MCMI-II and MMPI-2 performances. *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 651–655. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199407\)50:4<651::AID-JCLP2270500424>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199407)50:4<651::AID-JCLP2270500424>3.0.CO;2-C)
- Hanley, J. A., y McNeil, B. J. (1982). The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating ( ROC ) Curvel Characteristic. *Radiology*, 143(1), 29–36. <https://doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063747>
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., & Millis, S. R. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(December 2015), 1093–1129. <https://doi.org/10.1080/13854040903155063>
- Heinze, M. C., y Purisch, A. D. (2001). Beneath the Mask: Use of Psychological Tests to Detect and Subtype Malingering in Criminal Defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1(4), 23. [https://doi.org/10.1300/J158v01n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J158v01n04_02)
- Hidalgo, R. y Alonso, A. (2014). Somatización, Simulación y Enfermedad Ficticia. *Libro Electrónico de Temas de Urgencia*.
- Hsu, L. M. (2002). Diagnostic validity statistics and the MCMI-III. *Psychological Assessment*, 14(4), 410–422. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.4.410>
- ISI Web of Knowledge. (2016). ARTICLE OR CLINICAL TRIAL OR CASE REPORT.
- Iverson, G. L. (2010). Detecting exaggeration, Poor Effort, and Malingering in Neuropsychology. In A. M. H. y L. C. Hartlage (Ed.), *The Handbook of Forensic Neuropsychology* (2a ed, pp. 91–136). New York: Springer.
- Iverson, G. L. (2007). Identifying exaggeration and malingering. *Pain Practice*, 7(2), 94–102. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2007.00116.x>
- Jiménez Gómez, F., y Sánchez Crespo, G. (2003). Fingimiento de la imagen e índice de simulación F-K de Gough en la adaptación española del MMPI-2. *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 56(3), 311–323.
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.341>
- Karlsson, N. E., Carstensen, J. M., Gjesdal, S., y Alexanderson, K. A. E. (2008). Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*, 18(3), 224–

231. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm128>

- Koch, W. J., Douglas, K. S., Nicholls, T. L. y O'Neill, M. L. (n.d.). *Psychological injuries. Forensic assessment, treatment, and law*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kucharski, L. T., Duncan, S., Egan, S. S., y Falkenbach, D. M. (2006). Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(5), 633–644. <https://doi.org/10.1002/bsl.661>
- Laffoon, L. L. (2009). Detecting Feigning in a Correctional Setting : A Comparison of Multiple Measures Detecting Feigning in a Correctional Setting : A Comparison of Multiple.
- Lally, S. J. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 491–498. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.491>
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of Malingering Using Atypical Performance Patterns on Standard Neuropsychological Tests. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section D, The Clinical Neuropsychologist*, 17(3), 410–425. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1076/clin.17.3.410.18089>
- Lees-Haley, P. R. (1997). MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 53(7), 745–755. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199711\)53:7<745::AID-JCLP13>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199711)53:7<745::AID-JCLP13>3.0.CO;2-L)
- Lemeshow, D. W. H. y S. (2000). *Applied Logistic Regression*. (I. John Wiley y Sons, Ed.) (2nd ed.).
- Lenderink, A. F., Zoer, I., Molen, H. F. Van Der, Spreeuwens, D., Monique, H. W. F. D., y Dijk, F. J. H. Van. (2012). Review on the validity of self-report to assess work-related diseases. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(3), 229–251. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0662-3>
- Lewis, J. L., Simcox, A. M., y Berry, D. T. R. (2002). Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Psychological Assessment*, 14(2), 170–176. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.2.170>
- Lilienfeld, S.O. y Fowler, K. . (2006). The self-report assessment of psychopathy. In C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 107–132). New York: The Guilford Press.



- Lipman, F. D. (1962). Malingering in personal injury cases. *Temple Law Quarterly*, 35, 141–162.
- López, J., Martí, G. y Pujol, A. (2012). Investigació (Beques a la invsetigació) *Anàlisi i valoració de la simulació psicològica en l ' àmbit forense*. Generalitat de Catalunya Ministerio de Justícia.
- López, A., Galparsoro, D. U., y Fernández, P. (2001). Medidas de concordancia : el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*, 2–6.
- Losa, E. G. (2009). Unidad de Salud Mental : Las personalidades subyacentes y la problemática, *13*(1).
- Martin-Fumadó, C., Martí Amengual, G., Puig Bausili, L., y Arimany-Manso, J. (2014). La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. *Medicina Clinica*. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(14\)70070-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(14)70070-3)
- Masip, J. (2005). ¿Se pillan antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no-verbal del engaño. *Papeles Del Psicólogo*, 26, 78–91.
- Matalobos Veiga, B. y González Ordi, H. (2007). Detección de Simulación en Estrés Postraumático y Depresión. *EduPsyKhé: Revista de Psicología y Pedagogía*, 6(1), 21–47.
- McDermott, B. E., Dualan, I. V., y Scott, C. L. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence? *International Journal of Law and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.013>
- McDermott, B. E., y Feldman, M. D. (2007). Malingering in the Medical Setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 645–662. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.007>
- McFall, R. M. (2005). Theory and utility-key themes in evidence-based assessment: comment on the special section. *Psychological Assessment*, 17(3), 312–323. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.312>
- Meehl, P. E., y Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52(3), 194–216. <https://doi.org/10.1037/h0048070>
- Merten, T., Friedel, E. y Stevens, A. (2006). Eingeschränkte Kooperativität in de neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin*, 58, 19–21.
- Merten, T., y Merckelbach, H. (2013a). Symptom Validity Testing in Somatoform and Dissociative Disorders: A Critical Review. *Psychological Injury and Law*.

- <https://doi.org/10.1007/s12207-013-9155-x>
- Merten, T., y Merckelbach, H. (2013b). Symptom Validity Testing in Somatoform and Dissociative Disorders: A Critical Review. *Psychological Injury and Law*, 6(2), 122–137. <https://doi.org/10.1007/s12207-013-9155-x>
- Meyers, J. E., y Volbrecht, M. E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(3), 261–276. <https://doi.org/S0887617702001361> [pii]r10.1016/S0887-6177(02)00136-1 [doi]
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual*. Minneapolis. (MN: National Computer Systems., Ed.).
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2016). Informe económico-financiero a los presupuestos de la Seguridad Social de 2016.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., y Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094–102. <https://doi.org/10.1076/jcen.24.8.1094.8379>
- Mohíno Justes, S., Dolado Cuello, J., Arimany Manso, J., Ortega-Monasterio, L., Cuquerella Fuentes, A., Vilardell Molas, J., y Planchat Teruel, L. M. (2004). Perfiles psicométricos fingidos en relación con estilos de personalidad en reclusos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(5), 264–268.
- Moretó, A., Sánchez, M. J. (2002). Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión*, 8, 85–90.
- Moss, A., Jones, C., Fokias, D., y Quinn, D. (2003). The mediating effects of effort upon the relationship between head injury severity and cognitive functioning. *Brain Injury: [BI]*, 17(5), 377–87. <https://doi.org/10.1080/0269905031000070125>
- Niesten, I. J. M., Nentjes, L., Merckelbach, H., y Bernstein, D. P. (2015). Antisocial features and “faking bad”: A critical note. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.005>
- OECD. (2009). *Sickness, Disability and Work: Keeping On Track in the Economic Downturn. Background Paper*, (Jan 2012), 14–15. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/42/15/42699911.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (Medicor, Ed.).
- Ortiz-Tallo, Margarita, Cardenal, Violeta, Ferragur, Marta, Cerezo, M. V. (2011). Personalidad Y Síndromes Clínicos : Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16, 49–59.
- Ortiz-Tallo, Margarita, Cncino, Constanza, Cobos, S. (2011). *Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos Pathological gambling, personality patterns and clinical syndromes*.
- Pedrero Pérez, E. J., Durán, A. L., y del Río, E. F. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II) en adictos a sustancias. *Psicothema*, 24(4), 661–667.
- Plohmman, A. (2013). *First base rates estimates of performance validity in Switzerland*. Comunicación presentada en el Third European Symposium on Symptom Validity Assessment. Wurzburg, Alemania.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25(6), 567–582. <https://doi.org/10.1023/A:1012702223004>
- Resnick, P.J., West, S. y Payne, J. . (2008). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3a ed., pp. 109–127). Nueva York: Guilford Press.
- Resnick, P.J. y Knoll, J. L. (2008). Malingered psychosis. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3a ed., pp. 51–68). Nueva York: Guilford Press.
- Resnick, P. J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In *Clinical assessment of malingering and deception* (2a ed., pp. 130–152). Nueva York: Guilford Press.
- Richardson, R. D., y Engel, C. C. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *The Neurologist*, 10(1), 18–30. <https://doi.org/10.1097/01.nrl.0000106921.76055.24>
- Robinson, J. P. y Loeser, J. D. (2012). Effects of Workers' Compensation Systems on Recovery from Disabling Injuries. In A. C. R. y D. C. T. En M. I. Hasenbring (Ed.), *From Acute to Chronic Back Pain: Risk Factors, Mechanisms, and Clinical Implications* (pp. 355–376). Nueva York: Oxford University Press.

- Rogers, R. , Bender, S. D Johnson, S. (2011). Clarification or Confusion? A Review of Rogers, Bender, and Johnson's A Critical Analysis of the MND Criteria for Feigned Cognitive Impairment: Implications for Forensic Practice and Research. *Psychological Injury and Law*, 4(2), 157–162. <https://doi.org/10.1007/s12207-011-9106-3>
- Rogers, R. y Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In Goldstein y I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology: Vol 11. Forensic Psychology* (pp. 109–132). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rogers, R. Y Cruise, K. (2000). Malingering and deception among psychopaths. In C. B. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide* (pp. 269–284). Mahwah, NJ:Erlbaum.
- Rogers, R. y Neumann, C. . (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. *En P.W. Halligan, C.*
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (3a ed., pp. 3–13). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182–188.
- Rogers, R., Jackson, R. L., y Kaminski, P. L. (2005). Factitious Psychological Disorders: The Overlooked Response Style in Forensic Evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 5(1), 21–41. [https://doi.org/10.1300/J158v05n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J158v05n01_02)
- Rogers, R., Payne, J. W., Berry, D. T. R., y Granacher, R. P. (2009). Use of the SIRS in compensation cases: An examination of Its validity and generalizability. *Law and Human Behavior*, 33(3), 213–224. <https://doi.org/10.1007/s10979-008-9145-9>
- Rogers, R., Salekin, R. T., y Sewell, K. W. (2000). The MCMI-III and the Daubert Standard: Separating Rhetoric from Reality. *Law and Human Behavior*, 24(4).
- Rogers, R., Sewell, K. W., y Goldstein, A. M. (1994a). Explanatory models of malingering. *Law and Human Behavior*. <https://doi.org/10.1007/BF01499173>
- Rogers, R., Sewell, K. W.,y Goldstein, A. M. (1994b). Explanatory models of malingering. *Law and Human Behavior*, 18(5), 543–552. <https://doi.org/10.1007/BF01499173>
- Rosen, G. M. (2006). DSM's cautionary guideline to rule out malingering can protect the PTSD data base. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(4), 530–535.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.03.004>

- Ruiz de Adana Pérez R. (2009). Eficacia de una prueba diagnóstica: parámetros utilizados en el estudio de un test. *Jano*, (1736), 30–32.
- Salud, C. Y., Casado, I., M<sup>a</sup>, M., Froján, X., M<sup>a</sup>, P., Olivares, E., ... Morales, C. (2013). Clínica y Salud Fibromialgia: ¿exageración o simulación? Fibromyalgia: Exaggeration or malingering? *Clínica Y Salud*, 24(3), 185–195. <https://doi.org/10.5093/cl2013a20>
- Samuel, R. Z., y Mittenberg, W. (2006). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12(12), 60–68.
- Santamaría, Pablo, Capilla Ramírez, Pilar, González Ordi, H. (2013). Prevalencia de Simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica Y Salud*, 24(3), 139–151.
- Santamaría, Pablo; Capilla Ramírez, Pilar; González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clinica Y Salud*, 24(2), 85–93. <https://doi.org/10.5093/cl2013a10>
- Santamaría Fernández, P. (2014). *Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española*. Universidad complutense de madrid. [https://doi.org/10.1016/S0141-0229\(03\)00220-5.L](https://doi.org/10.1016/S0141-0229(03)00220-5.L)
- Sanz, J. y García Vera, M. P. (2013). Directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito clínico forense. *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*, 13, 105–137.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T., y Hamburger, H. L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 64(3), 339–43. <https://doi.org/10.1136/jnnp.64.3.339>
- Schoenberg, M. R., Dorr, D., Don Morgan, C., y Burke, M. (2004). A Comparison of the MCMI–III Personality Disorder and Modifier Indices With the MMPI–2 Clinical and Validity Scales. *Journal of Personality Assessment*, 82(3), 273–280.
- Schoenberg, M. R., Dorr, D., y Morgan, C. D. (2003). The ability of the Millon Clinical Multiaxial Inventory--Third Edition to detect malingering. *Psychological Assessment*, 15(2), 198–204. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.198>
- Sechrest, L. (1963). Incremental validity: a recommendation. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 153–158.
- Sellbom, M. y Bagby, R. M. (2008). Response styles on multi-scale inventories. In En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 182–206).

Nueva York: The Guilford Press.

- Slick, D. J., Sherman, E. M., y Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545–61. [https://doi.org/10.1076/1385-4046\(199911\)13:04;1-Y;FT545](https://doi.org/10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT545)
- Smith, G. P., y Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(2), 183–189. Retrieved from <http://www.jaapl.org/content/25/2/183>  
<http://www.jaapl.org/content/25/2/183.full.pdf>  
<http://www.jaapl.org/content/25/2/183.short>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9213290>
- Solomon, R. E., Boone, K. B., Miora, D., Skidmore, S., Cottingham, M., Victor, T., Ziegler, E. y Zeller, M. (2010). Use of the WAIS-III picture completion subtest as an embedded measure of response bias. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(7), 1243–56. <https://doi.org/10.1080/13854046.2010.514864>
- Souci, M. y Vinet, E. V. (2013). Examen Psicométrico Exploratorio Del Millon Clinical Multiaxial Inventory III ( MCMI-III ) En Población Penitenciaria Chilena Exploratory Psychometric Examination of the Millon Clinical. *Salud y Sociedad*, 4(2), 168–184.
- Stevens, A., Friedel, E., Mehren, G., y Merten, T. (2008). Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Research*, 157(1–3), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.003>
- Sweet, J. J. (2008). Neuropsychology and the law: Malingering assessment in perspective. In J. M. y J. J. Sweet (Ed.), *Neuropsychology of Malingering Casebook* (pp. 3–8). Nueva York: Psychology Press.
- Tombaugh, T. (1996). Test of Memory Malingering manual. New York, NY: MultiHealth Systems.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jellicic, M., y Merten, T. (2014). The Clinical Neuropsychologist The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*. <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.984763>
- Vicente-Herrero, M. T., Torres Alberich, J. I., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V.,

- Terradillos García, M. J., López-González, Á. A., & Aguilar Jiménez, E. (2014). Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(4), 150–160. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2014.05.004>
- Victor, T., Boone, K., y Kulick, A. (2010). My head hurts just thinking about it. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(06) 1151-1152. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000858>
- Vidal López, R. (2012). Daño cerebral traumático. In *Estrategias de detección de la simulación: Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 411–459). Madrid: TEA Ediciones.
- Vitacco, M. (2008). Syndromes associated with deception. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and Deception* (3a ed., pp. 39–50). New York: The Guilford Press.
- Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., y Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and Human Behavior*, 31(3), 249–260. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9062-8>
- Wechsler, D. (1997). Wechsler adult intelligence scale – Third edition: Administration and scoring manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Widows MR, Smith. GP. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional Manual*. Lutz, FL: PAR: Psychological Assessment Resources.
- Winberg, M. y Vilalta, R. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI- II) en una muestra forense. *Psicothema*, 4(21), 610–614.
- Wisdom, N. M., Callahan, J. L., y Shaw, T. G. (2010a). Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp110>
- Wisdom, N. M., Callahan, J. L., y Shaw, T. G. (2010b). Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 25(2), 118–25. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp110>

Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., Arbisi, P. A., Berry, D. T. R., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2009). Examination of the MMPI-2 restructured form (MMPI-2-RF) validity scales in civil forensic settings: Findings from simulation and known group samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(7), 671–680. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp073>





## **ANEXOS**



## ANEXO A: HISTORIAL PSICOBIOSOCIAL

SEXO		EDAD	LUGAR DE RESIDENCIA COMUNIDAD AUTÓNOMA	
Hombre	<input type="checkbox"/>			
Mujer	<input type="checkbox"/>			

MODO DE VIDA		NIVEL DE ESTUDIOS	
Soltero	<input type="checkbox"/>	Sin estudios	<input type="checkbox"/>
En pareja	<input type="checkbox"/>	Primarios	<input type="checkbox"/>
Con hijos	<input type="checkbox"/>	Secundarios	<input type="checkbox"/>
Con familiares dependientes	<input type="checkbox"/>	Universitarios medios	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>	Universitarios superiores	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES PERSONALES PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS			
Si	<input type="checkbox"/>	→	El último año <input type="checkbox"/> últimos 5 años <input type="checkbox"/> más de 5 años <input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>		

PROCESO JUDICIALIZADO	PUESTO LABORAL	ANTIGÜEDAD
No <input type="checkbox"/>	1er N. (Trabajador, peón) <input type="checkbox"/>	< 3 meses <input type="checkbox"/>
Si, personal <input type="checkbox"/>	2º N. (Coordinador, jefe) <input type="checkbox"/>	< 6 meses <input type="checkbox"/>
Si, laboral <input type="checkbox"/>	3er N (Jefe de jefes) <input type="checkbox"/>	< 12 meses <input type="checkbox"/>
	4º N (Alto ejecutivo) <input type="checkbox"/>	1 y 5 años <input type="checkbox"/>
		5 y 10 años <input type="checkbox"/>
		> 10 años <input type="checkbox"/>

CONTINGENCIA	Laboral <input type="checkbox"/>	Común <input type="checkbox"/>
--------------	----------------------------------	--------------------------------

SECTOR LABORAL AL QUE SE DEDICA		
Construcción <input type="checkbox"/>		Actv administrativas y servicios <input type="checkbox"/>
Comercio <input type="checkbox"/>		auxiliares <input type="checkbox"/>
Transporte y almacenamiento <input type="checkbox"/>		Actv pública y defensa <input type="checkbox"/>
Hostelería <input type="checkbox"/>		Sanitario <input type="checkbox"/>
Actv. financieras y seguros <input type="checkbox"/>		Educación <input type="checkbox"/>
Actv. científicas y técnicas <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>

PAGO	DIAGNOSTICO
Delegado <input type="checkbox"/>	T. Adaptativo (*) <input type="checkbox"/>
Directo (cuenta propia) <input type="checkbox"/>	T. Afectivo <input type="checkbox"/>
Directo (cuenta ajena) <input type="checkbox"/>	T. de Ansiedad distinto al TEPT <input type="checkbox"/>
	T. Médicos <input type="checkbox"/>
	T. de Personalidad <input type="checkbox"/>
	T. Espectro esquizofrenia <input type="checkbox"/>
	TEPT <input type="checkbox"/>
	No se ha podido llegar a un diagnóstico <input type="checkbox"/>

MOTIVO DE CONSULTA	
Personal	<input type="checkbox"/>
Laboral	<input type="checkbox"/>
Causa física	<input type="checkbox"/>

(*) EL PROBLEMA AMBIENTAL SE VINCULA A: <input type="checkbox"/> No es el caso	
Grupo primario de apoyo <input type="checkbox"/>	Probl. sociales (jubilación, cultura etc.) <input type="checkbox"/>
Problemas laborales <input type="checkbox"/>	Relacionados con el sistema legal <input type="checkbox"/>
Problemas económicos <input type="checkbox"/>	Relacionados con la vivienda <input type="checkbox"/>

GANANCIAS EXTERNAS	
Ausencia	<input type="checkbox"/>
Se sospecha, no expresamente	<input type="checkbox"/>
Sí, económicas	<input type="checkbox"/>
Si, mejoras condiciones laborales	<input type="checkbox"/>
Si, ganar tiempo	<input type="checkbox"/>

CONCLUSIÓN SEGÚN CAPACITACIÓN LABORAL	
<input type="checkbox"/> Apto y se recomienda fin IT	
<input type="checkbox"/> No apto, continuar IT	
<input type="checkbox"/> No hay juicio por cuestiones del paciente (no asistencia, etc.)	

CONCLUSIÓN SEGÚN TRATAMIENTO QUE PRECISE	
No precisa tratamiento psicológico	<input type="checkbox"/>
Precisa tratamiento psicológico para recuperación funcional	<input type="checkbox"/>
Presenta secuelas psicológicas ya establecidas y crónicas	<input type="checkbox"/>

CONCLUSIÓN SEGÚN CRITERIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MUTUA	
<input type="checkbox"/> No precisa tratamiento	
<input type="checkbox"/> No cumple criterios de derivación	
<input type="checkbox"/> Si cumple criterios, susceptible de recuperación funcional	

NO CUMPLE CRITERIOS POR	
<input type="checkbox"/> Cuadro cronificado con alto índice de recaídas	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico crónico que precisa tratamiento especializado	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico psicológico supeditado a cuadro orgánico crónico y grave	
<input type="checkbox"/> Proceso que está en vía judicial abierta	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico combinado con varias áreas vitales afectadas	
<input type="checkbox"/> Trastorno de la personalidad que modula el cuadro clínico actual	

## ANEXO B: INVENTARIO ESTRUCTURADO SIMS

### SIMS

A continuación, encontrará una serie de frases o afirmaciones. Si usted está de acuerdo o piensa que es verdad o generalmente cierto en su caso, debe rodear con un círculo la letra V (Verdadero) o la letra F (Falso):

Por favor, asegúrese de responder a todas las preguntas, trate de responder lo mejor que pueda, incluso si alguna le resulta difícil de responder o no se aplica a usted en absoluto en este caso debe optar por la letra F (Falso).

NOMBRE: ..... Fecha:  
.....

1	A veces pierdo la sensibilidad en mi mano de tal forma que siento como si llevara un guante puesto en ella.	V	F
2	Cuando mi depresión se agrava, salgo a dar largos paseos y realizo algo de ejercicio para reducir la tensión.	V	F
3	Creo que el número de teléfono de una persona no se asigna aleatoriamente, sino que es la forma que tiene Dios de decidir qué persona se salvará.	V	F
4	Si su sombra apunta hacia el sureste, el sol está situado en el noreste del cielo.	V	F
5	La comida no me sabe igual que antes.	V	F
6	Rara vez me río.	V	F
7	El oro y la plata son similares porque ambos son metales.	V	F
8	Me he dado cuenta de que mi sombra baila como loca incluso cuando me quedo quieto.	V	F
9	Puedo recordar que es lo que hice hace una hora.	V	F
10	Me he dado cuenta de que mi cuerpo cambia de forma incluso si mi peso no varía.	V	F
11	La capital de Italia es Hungría.	V	F
12	Tengo dificultades para recordar la dirección en la que vivo.	V	F
13	No hay nada que pueda hacer, aparte de tomar medicación, que tenga algún efecto sobre las voces que oigo.	V	F
14	Barcelona es la capital de España.	V	F
15	El mayor problema que tengo es mi memoria.	V	F
16	Incluso estando deprimido la mayor parte del tiempo, me siento mejor por la mañana tras una buena noche de sueño.	V	F
17	Mi estado de ánimo es peor por la noche.	V	F
18	Más de tres veces al día, me levanto para coger algo pero olvido que es lo que era.	V	F
19	A veces estoy tan deprimido que me voy a dormir hasta que se me pase esta sensación.	V	F
20	Mi mayor problema es que mi cerebro está enfermo.	V	F
21	Una semana tiene seis días.	V	F
22	Últimamente, me he dado cuenta de que mi memoria ha empeorado tanto que ha habido días enteros que no consigo	V	F

recordar.

23	Lloro en muy raras ocasiones.	V	F
24	Cuanto más deprimido me siento más ganas de comer me entran.	V	F
25	En ocasiones he sido incapaz de recordar los nombres o las caras de familiares cercanos, de forma que me resultan unos completos extraños.	V	F
26	Caminar me resulta muy difícil debido a mis problemas de equilibrio.	V	F
27	Tengo dificultades para recordar el día de la semana.	V	F
28	Creo que el gobierno ha instalado cámaras de vídeo en las señales de tráfico para espiarme.	V	F
29	A veces cuando escribo un número de teléfono, me doy cuenta de que los números salen al revés aunque yo no lo intente.	V	F
30	Tengo dificultades para recordar que fecha es hoy.	V	F
31	La gente introduce pensamientos en mi cabeza en contra de mi voluntad.	V	F
32	Tengo dificultades para dormir.	V	F
33	Mi vida pasada y acontecimientos importantes se vuelven borrosos durante la noche.	V	F
34	Creo que si uno se concentra mucho puede llegar a ver los pensamientos de los otros.	V	F
35	En ocasiones mis músculos se mueven con dificultad sin razón aparente, hasta el punto de que siento mis brazos y piernas como si pesaran una tonelada.	V	F
36	Tengo dificultades para recordar mi número de teléfono.	V	F
37	Mi estado de ánimo empeora a medida que pasa el día.	V	F
38	La voz o voces que oigo, y que otros no oyen , nunca han cesado desde que empezaron.	V	F
39	Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel	V	F
40	No puedo recordar si estoy casado o no.	V	F
41	No puedo contar hacia atrás de 20 a 1 sin cometer errores.	V	F
42	Las flores tienen poderes mágicos, como hablarle a las personas.	V	F
43	No tengo problemas para conciliar el sueño pero me despierto a menudo durante la noche.	V	F
44	Siento un zumbido constante en mis oídos.	V	F
45	Me hicieron un comentario sobre una reunión en la que me mostré enfadado con alguien pero no lo recuerdo en absoluto.	V	F
46	Las velas que se enciende están hechas de cera.	V	F
47	Me siento deprimido todo el tiempo.	V	F
48	La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, provienen de fuera de mi cabeza.	V	F
49	A veces olvido cómo llegar a casa mientras conduzco.	V	F
50	Tengo dificultades para reconocer palabras escritas o habladas.	V	F
51	Tengo tanto miedo a que alguien me haga daño que sé exactamente cómo y cuándo lo haría.	V	F
52	Me parece que no tengo tanta energía como solía tener.	V	F

53	Cuando no puedo recordar algo, las instrucciones o consejos no me sirven de ayuda.	V	F
54	No he experimentado cambios en mi sentido del olfato.	V	F
55	Cuando estoy deprimido, me animo con mis amigos, intereses y aficiones.	V	F
56	Un juez y un abogado son similares puesto que ambos son parte del sistema legal.	V	F
57	Un día, de repente, empecé a oír una o más voces que nadie más oía.	V	F
58	Una puerta y una verja son similares porque ambas se abren.	V	F
59	Siento partes de mis extremidades entumecidas, aunque puedo moverlas sin dificultad.	V	F
60	Parece que no puedo expresar mis sentimientos.	V	F
61	Tengo dificultades para recordar el día de mi cumpleaños.	V	F
62	En mis visiones suelo ver partes de mi cuerpo cubiertas de sangre.	V	F
63	Cristóbal Colón descubrió América.	V	F
64	A veces mis pantorrillas están tan entumecidas que soy incapaz de moverlas.	V	F
65	Cuando oigo voces que parecen provenir de ningún sitio en especial, quiero echar a correr pero me doy cuenta de que no puedo hacerlo sin gran dificultad.	V	F
66	Trabajo muy lentamente y mi rendimiento es muy reducido porque mi capacidad está muy limitada.	V	F
67	Si usted tiene 1,50 euros y se gasta cincuenta céntimos, le quedan setenta y cinco céntimos de euro.	V	F
68	En la serie: 1 – 12 – 123, la siguiente respuesta sería 456.	V	F
69	Cuando oigo voces siento como si salieran de mi cuerpo a través de mis dientes.	V	F
70	El mayor problema que tengo es que las cosas son difíciles de entender para mí.	V	F
71	Una vez a la semana, súbitamente, siento frío aunque la temperatura ambiental sea cálida.	V	F
72	Aunque las cosas estén realmente mal, trato de mantenerme esperanzado hasta que mejoren.	V	F
73	Un hombre tiene 56 manzanas y un vecino le regala 37 más. Ahora tiene 83 manzanas.	V	F
74	Tengo dolor de cabeza y mareos justo cuando olvido algo.	V	F
75	En la serie: 11 – 22 – 33, la siguiente respuesta sería 44	V	F

**FIN DE LA PRUEBA - MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**





## ANEXO C: INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON - III

### MCFI - III

A continuación, se le formulan una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes.

Debe rodear con un círculo la letra V (Verdadero) o la letra F (Falso):

V (Verdadero) en caso de estar de acuerdo con la frase o pensar que describe su forma de ser.

F (Falso) en caso de que la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser.

Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe optar por la letra F (Falso).

NOMBRE: ..... Fecha: .....

1	Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.	V	F
2	Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.	V	F
3	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.	V	F
4	Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.	V	F
5	Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.	V	F
6	La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.	V	F
7	Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	V	F
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	V	F
9	Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.	V	F
10	Raramente exteriorizo la pocas emociones que suelo tener.	V	F
11	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.	V	F
12	Muestro mis emociones fácil y rápidamente.	V	F
13	En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.	V	F
14	Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.	V	F
15	Las cosas que hoy van bien, no duraran mucho tiempo.	V	F
16	Soy una persona muy agradable y sumisa.	V	F
17	Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.	V	F

18	Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.	V	F
19	Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.	V	F
20	He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.	V	F
21	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.	V	F
22	Soy una persona muy variable y cambio de decisiones y sentimientos continuamente.	V	F
23	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.	V	F
24	Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.	V	F
25	Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.	V	F
26	Los demás envidian mis capacidades.	V	F
27	Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.	V	F
28	Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.	V	F
29	La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.	V	F
30	Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.	V	F
31	Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.	V	F
32	Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.	V	F
33	Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.	V	F
34	Últimamente he perdido los nervios.	V	F
35	A menudo renuncio a hacer cosas por miedo a no hacerlas bien.	V	F
36	Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.	V	F
37	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.	V	F
38	Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.	V	F
39	Tomar las llamadas “drogas ilegales” puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	V	F
40	Creo que soy una persona miedosa e inhibida.	V	F
41	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.	V	F
42	Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.	V	F
43	A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.	V	F
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.	V	F

45	Siempre lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.	V	F
46	Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de gente.	V	F
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.	V	F
48	Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.	V	F
49	Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.	V	F
50	No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.	V	F
51	Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.	V	F
52	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.	V	F
53	Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.	V	F
54	Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.	V	F
55	En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.	V	F
56	Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.	V	F
57	Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.	V	F
58	Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.	V	F
59	Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.	V	F
60	Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.	V	F
61	Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.	V	F
62	Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.	V	F
63	Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.	V	F
64	No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.	V	F
65	En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.	V	F
66	En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.	V	F
67	Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.	V	F
68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.	V	F
69	Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.	V	F
70	Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.	V	F
71	Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.	V	F

72	Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia donde voy en la vida.	V	F
73	A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.	V	F
74	No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.	V	F
75	Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.	V	F
76	Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.	V	F
77	Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.	V	F
78	Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.	V	F
79	Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.	V	F
80	Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.	V	F
81	Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.	V	F
82	Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.	V	F
83	Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.	V	F
84	Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.	V	F
85	No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.	V	F
86	Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.	V	F
87	A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.	V	F
88	Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.	V	F
89	Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.	V	F
90	Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.	V	F
91	El consumo de “drogas ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.	V	F
92	Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.	V	F
93	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.	V	F
94	La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.	V	F
95	A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.	V	F
96	En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.	V	F
97	Estoy de acuerdo con el refrán: “Al que madruga Dios le ayuda”.	V	F
98	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor el odio.	V	F
99	Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.	V	F

100	Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.	V	F
101	Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.	V	F
102	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.	V	F
103	Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.	V	F
104	No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.	V	F
105	Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.	V	F
106	He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.	V	F
107	He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.	V	F
108	Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.	V	F
109	El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.	V	F
110	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.	V	F
111	Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.	V	F
112	He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.	V	F
113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.	V	F
114	Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.	V	F
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.	V	F
116	He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.	V	F
117	La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.	V	F
118	Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.	V	F
119	La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.	V	F
120	Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.	V	F
121	Sigo dándome atracones de comida una para de veces a la semana.	V	F
122	Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.	V	F
123	Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.	V	F
124	Cuando estoy sólo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.	V	F
125	A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo	V	F

	mucho o demasiado deprisa para ellas.		
126	Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.	V	F
127	No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.	V	F
128	Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.	V	F
129	Años después, aún tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.	V	F
130	Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.	V	F
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.	V	F
132	Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era niño.	V	F
133	Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.	V	F
134	Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.	V	F
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.	V	F
136	Se que he gastado más dinero del que debiera comprando “drogas ilegales”.	V	F
137	Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.	V	F
138	Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.	V	F
139	Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.	V	F
140	Creo que hay una conspiración contra mí.	V	F
141	Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.	V	F
142	Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.	V	F
143	Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.	V	F
144	Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.	V	F
145	Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.	V	F
146	Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.	V	F
147	Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.	V	F
148	Pocas cosas en la vida me dan placer.	V	F
149	Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.	V	F
150	Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.	V	F

151	Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.	V	F
152	Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.	V	F
153	Alguien ha estado intentando controlar mi mente.	V	F
154	He intentado suicidarme.	V	F
155	Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.	V	F
156	No entiendo porque algunas personas me sonrían.	V	F
157	No he visto un coche en los últimos diez años.	V	F
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.	V	F
159	Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.	V	F
160	Mi vida actual se ve todavía afectada por imágenes mentales de algo terrible que me pasó.	V	F
161	Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.	V	F
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor.	V	F
163	La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.	V	F
164	Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.	V	F
165	No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.	V	F
166	Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.	V	F
167	Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.	V	F
168	Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.	V	F
169	Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.	V	F
170	Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.	V	F
171	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.	V	F
172	La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.	V	F
173	Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.	V	F
174	Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.	V	F
175	A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.	V	F



---

**FIN DE LA PRUEBA - MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**