



Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar

Juan Luís Blasco Saiz^{a*} y Laura Pallardó Durá^b

^aUnión de Mutuas, Valencia, España

^bInstituto de Psicología Aplicada a la Salud - IPAS, Valencia, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 01/09/2013

Revisión recibida: 31/09/2013

Aceptado: 10/10/2013

Palabras clave:

Simulación

Validez de los síntomas

Trastorno mixto ansioso-depresivo

SIMS

MMPI-2-RF

RESUMEN

El objetivo de este trabajo preliminar es el estudio del patrón de exageración de síntomas en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en contexto medicolegal. La muestra del estudio estaba compuesta por 26 participantes, divididos en dos grupos: pacientes sin sospecha de simulación ($n = 12$) y pacientes con sospecha de simulación ($n = 14$). Todos los participantes fueron evaluados con dos instrumentos de autoinforme ampliamente utilizados en la evaluación de la validez de los síntomas: el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2-RF). En el caso del SIMS la puntuación total es la que permite una mejor discriminación, seguida por este orden de las escalas de deterioro neurológico (Dn), trastornos amnésicos (Am) y trastornos afectivos (Ta). Respecto al MMPI-2-RF, las cuatro escalas de exageración de síntomas han mostrado una diferenciación significativa y con tamaño del efecto grande o muy grande entre ambos grupos, destacando las escalas Fs, Fp-r y F-r, por este orden, y finalmente FBS-r. En relación a las escalas clínicas, específicas y de personalidad psicopatológica del grupo con sospecha de simulación frente al grupo sin sospecha de simulación, destacaban significativamente y con tamaño del efecto grande o muy grande principalmente en las escalas relacionadas con quejas somáticas (RC1, HPC, NUC, COG) seguido de algunas escalas de alteraciones del pensamiento (THD, RC8, PSYC-r) o del ánimo (RCd, ACT). Los resultados obtenidos en este estudio, tanto en el SIMS como en las escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF, respaldan su uso en la detección de simulación de estos trastornos en el contexto medicolegal.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Symptom exaggeration detection by the SIMS and the MMPI-2-RF in patients diagnosed of mixed anxiety-depressive disorder and adjustment disorder in the medico-legal context: A preliminary study

ABSTRACT

The aim of this preliminary study is to find a symptom exaggeration pattern in patients diagnosed of mixed anxiety-depressive disorder and adjustment disorder in the medico-legal context. Overall sample ($n = 26$) was divided in two groups: bona fide patients ($n = 12$) and suspected of malingering patients ($n = 14$). The Spanish adaptations of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) were administered to all participants. Regarding the SIMS scores, the best discriminant scales found between groups were Total scale, Neurological Impairment (NI), Amnesic Disorders (AM), and Affective Disorders (AF) scales. Regarding the MMPI-2-RF scores, the best discriminant validity scales were, in order, Fs, Fp-r, F-r and FBS-r, and the best discriminant substantive scales were those regarding somatic complaints (RC1, HPC, NUC, and COG), thought

Keywords:

Malingering

Symptom validity assessment

Mixed anxiety-depressive disorder

SIMS

MMPI-2-RF

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Juan Luís Blasco Saiz.

Instituto de Psicología Aplicada a la Salud - IPAS. Calle de La Marina Alta, 4. 46015

Valencia. E-mail: ipas@ipas.es

disorders (THD, RC8, and PSYC-r), and mood disorders (Rcd and ACT). Results support the use of both SIMS and MMPI-2-RF as a convergent source of information for the detection of symptom exaggeration in mixed anxiety-depressive disorder and adjustment disorder in the medico-legal context.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

El diagnóstico de la ansiedad y la depresión presenta una elevada prevalencia y coste socioeconómico tanto a nivel mundial como en nuestro país. Entre las múltiples causas de esta prevalencia cabe señalar las secuelas referidas por los pacientes tras un accidente de tráfico, conflictos laborales, agresiones, etc. incluidas dentro del controvertido constructo de "daño moral". A su vez, la comorbilidad de la ansiedad y la depresión con patologías dolorosas crónicas es considerable (Cohen y Francis, 2008). En una encuesta realizada con médicos expertos (EVI, mutuas y atención primaria) las patologías dolorosas crónicas (lumbalgia, cervicalgia y fibromialgia) y los trastornos por ansiedad y depresión presentaban índices de prevalencia de alrededor del 50% (Santamaría, Capilla Ramírez y González Ordi, 2013, en este mismo número).

En la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud los trastornos mentales son una de las principales enfermedades causantes de discapacidad (Ustun et al., 1999).

Los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público. Así lo concluye un estudio publicado en la revista *European Journal of Health Economics* (López Bastida, Serrano Aguilar, Duque González, 2002; Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, y Duque-González, 2009). Los investigadores se basaron en los datos referentes al año 2002 en España (al ser el último año del que se dispone de información completa y desglosada). Tal y como establece el estudio, en conjunto los trastornos mentales generaron un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36.9% (con 2.777 millones de euros), los costes asociados a cuidados informales el 17.7% (con 1.245 millones de euros) y los costes por baja laboral el 42.7% (con 2.997 millones de euros).

Datos recientes indican que entre 2006 y 2010 se ha producido un incremento muy significativo en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y depresión en atención primaria (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012).

La gestión de la IT (incapacidad temporal) supone, aparte de su control, una importante carga burocrática para la atención primaria, con importantes repercusiones sobre el sistema sanitario debido al importantísimo coste que, de forma además creciente, repercute en el subsistema de la Seguridad Social y paralelamente en la financiación sanitaria. La IT es el gasto más importante, seguido de farmacia y gastos de personal. La adecuación entre la incapacidad realmente padecida, los medios para evitarla y el tiempo necesario para ello determinan la calidad en la prestación de IT. Pero son muchos los factores que influyen en la obtención y/o prolongación indebida de ésta: insatisfacción laboral, problemas socio-familiares, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso al segundo nivel asistencial, escasa respuesta de éste hacia la primaria, masificación de consultas de Medicina General, escasa respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios, falta de concienciación de la repercusión real de la prescripción de una baja laboral, derivación de bajas procedentes de contingencias profesionales, etc. Como podrá apreciarse, bajo muchos de esos rótulos lo que puede estar asomando es un proceso de exageración, magnificación o incluso simulación del trastorno para obtener beneficios, cuyo control se escapa al profesional y fundamentalmente a la institución sanitaria.

A pesar de estos datos, existen muy pocos estudios en nuestro país centrados en la detección específica de simulación en ansiedad

y depresión, y mucho menos protocolos estandarizados para la evaluación de la validez de los síntomas en los trastornos emocionales y afectivos (González Ordi, Capilla Ramírez y Casado Morales, 2012; Borrás Sansaloni, 2012). No obstante, es de destacar el estudio realizado por Armayones Ruíz y Torres Viñals (2005) con el MMPI-2, encontrando diferencias significativas entre los perfiles de pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo genuino y los de simuladores análogos (sujetos sanos instruidos para simular el trastorno).

Aunque el diseño análogo permita estudiar cómo se comportaría una prueba de evaluación psicológica determinada ante la posible simulación, su validez externa es más cuestionable (Rogers, 2008). Por ello, nuestro interés se centra en la detección de patrones de exageración de síntomas en pacientes reales sin y con sospecha de simulación en contexto medicolegal.

Método

Participantes y procedimiento

Se trata de una muestra incidental de 26 pacientes, en edades comprendidas entre los 18 y 65 años, que cumplen criterios diagnósticos para un trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo reactivo a agentes estresores identificables, de más de un mes de duración, remitidos por mutuas de accidente de trabajo para tratamiento psicológico.

Se excluyeron para este estudio aquellos pacientes remitidos que cumplieran criterios diagnósticos de retraso mental, abuso y/o dependencia de sustancias, trastornos psiquiátricos severos (trastorno bipolar, trastorno psicótico, etc.) y que presentasen enfermedades médicas que pudieran cursar con sintomatología ansioso-depresiva.

Posteriormente se asignó a los pacientes a dos grupos, con o sin sospecha de simulación, en función de que presentasen los siguientes indicadores clínicos similares a los propuestos por González Ordi, Santamaría y Capilla Ramírez (2012) a lo largo del tratamiento, pero adaptándolos a la patología mixta ansioso-depresiva objeto de este estudio:

- Existencia de beneficio externo: percepción de una retribución económica estando en situación de incapacidad temporal (IT) y/o pendientes de valoración por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) con el fin de obtener una incapacidad permanente (IP).
- Sospecha clínica de simulación de, al menos, un profesional de la salud implicado en su tratamiento.
- Baja adherencia a las prescripciones médicas.
- La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas ansioso-depresivos excede con mucho lo habitual en la patología diagnosticada.
- Escasos o nulos avances terapéuticos.

En función de estos criterios de asignación, se formaron dos grupos: el grupo "pacientes con sospecha de simulación", compuesto por 14 pacientes (12 mujeres y 2 varones), con una edad media de 41.29 años ($DT = 11.6$) y el grupo de "pacientes sin sospecha de simulación", compuesto de 12 pacientes (8 mujeres y 4 varones), con una edad media de 33.33 años ($DT = 6.7$).

Las principales características sociodemográficas consideradas en este estudio pueden consultarse en la tabla 1 en relación a los dos

Tabla 1
Datos sociodemográficos

VARIABLES ESTUDIADAS	GRUPO SIN SOSPECHA DE SIMULACIÓN (n = 12)	GRUPO CON SOSPECHA DE SIMULACIÓN (n = 14)
Sexo:		
Mujer	8	12
Varón	4	2
Estado civil:		
Soltero	3	6
Casado	6	4
Separado/divorciado	2	4
Viudo	1	0
Nivel de estudios:		
Primaria	5	10
Secundaria	3	2
Universitarios	4	2
Nivel socioeconómico:		
Bajo	3	6
Medio-bajo	3	4
Medio	6	4
Régimen laboral:		
Régimen general	9	10
Autónomos	2	3
Otros	1	1
Tipo de contrato:		
Fijo	8	7
Temporal	2	4
Otros	2	3
Jornada laboral:		
Completa	9	12
Parcial	3	2
Estatus laboral:		
Alta	7	3
Baja	5	10

grupos conformados. No se encontraron diferencias significativas en relación a las variables edad y sexo.

Tras la lectura y aceptación del consentimiento informado, a todos los participantes se les informó que la evaluación psicológica realizada formaba parte de un estudio sobre variables de personalidad y estados afectivos y que los resultados obtenidos no influirían en su valoración medicolegal posterior, en el caso de que la hubiere.

A continuación, se les administró a todos los participantes individualmente el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS (adaptación española de González Ordi y Santamaría, 2009) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado – MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2009).

Ambas pruebas psicológicas, SIMS y MMPI-2-RF, presentan evidencia empírica suficientemente contrastada en la evaluación de validez de síntomas y simulación en contextos forense y medicolegal (ver Santamaría y González Ordi, 2012).

El SIMS es un instrumento de *screening*, de 75 ítems, cuya finalidad es la detección de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Permite obtener una puntuación total, que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto, y cinco escalas específicas relativas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

(1) psicosis, que evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real, (2) deterioro neurológico, que evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos, (3) trastornos amnésicos, que mide en qué medida el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que sean inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real, (4) baja inteligencia, que evalúa en qué grado el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general y (5) trastornos afectivos, que mide en qué grado el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

El MMPI-2-RF es una nueva versión del MMPI compuesta por 338 ítems, seleccionados de entre los 567 ítems originales del MMPI-2. Está compuesto por 42 escalas sustantivas que se engloban en cuatro grandes categorías (escalas de segundo orden, escalas clínicas reestructuradas, escalas de problemas específicos, escalas de intereses y las cinco de personalidad psicopatológica) y por 8 escalas de validez que abarcan la detección de patrones inconsistentes de respuesta, la exageración de síntomas y la minimización o disimulación.

Resultados

Diferencias entre los grupos

Con objeto de determinar la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones del SIMS y del MMPI-2-RF se realizaron diversos análisis no paramétricos para dos grupos independientes (*U* de Mann-Whitney).

Los resultados referidos a las escalas del SIMS se muestran en la tabla 2 y en la figura 1 y permiten observar la existencia de diferencias significativas tanto para la puntuación total como para las escalas de deterioro neurológico, trastornos amnésicos y trastornos afectivos, obteniendo en todos los casos un tamaño del efecto muy grande (*d* de Cohen), de acuerdo a la terminología específica propuesta por Rogers, Sewell, Martin y Vitacco (2003) para el campo de la simulación.

En la tabla 3 puede observarse el resultado de emplear los puntos de corte indicados para las escalas del SIMS en su adaptación española (González Ordi y Santamaría, 2009). Tal y como cabría esperar, el mayor porcentaje de acierto aparece para la puntuación total que clasifica correctamente al 92.3% de los casos totales (24 de 26 casos son correctamente asignados a sus grupos de sin o con sospecha de simulación). Resultados idénticos obtiene la escala deterioro neurológico y, en orden decreciente en cuanto a su capacidad de asignación correcta, se encuentran las escalas trastornos amnésicos, trastornos afectivos, baja inteligencia y psicosis, de forma convergente con los resultados mostrados en la tabla 1 en cuanto al tamaño del efecto.

Tabla 2

Medias, desviaciones típicas, estadístico *U* de Mann-Whitney y tamaño del efecto (*d* de Cohen) del grupo con sospecha de simulación y del grupo sin sospecha de simulación en las escalas del SIMS

	Sin sospecha de simulación (n = 12)	Con sospecha de simulación (n = 14)	<i>U</i>	<i>d</i>
Total SIMS	11.25 (3.44)	26.43 (8.64)	2.5***	2.48
Psicosis (Ps)	0.25 (0.45)	2.07 (3.52)	43.5	0.79
Deterioro neurológico (Dn)	1.67 (1.61)	7.00 (2.45)	8.0***	3.79
Trastornos amnésicos (Am)	0.67 (1.23)	5.36 (3.25)	8.5***	2.23
Baja inteligencia (Bi)	2.17 (1.53)	3.00 (1.41)	59.0	0.59
Trastornos afectivos (Ta)	6.50 (1.88)	9.00 (2.42)	34**	1.89

p* < .01, *p* < .001

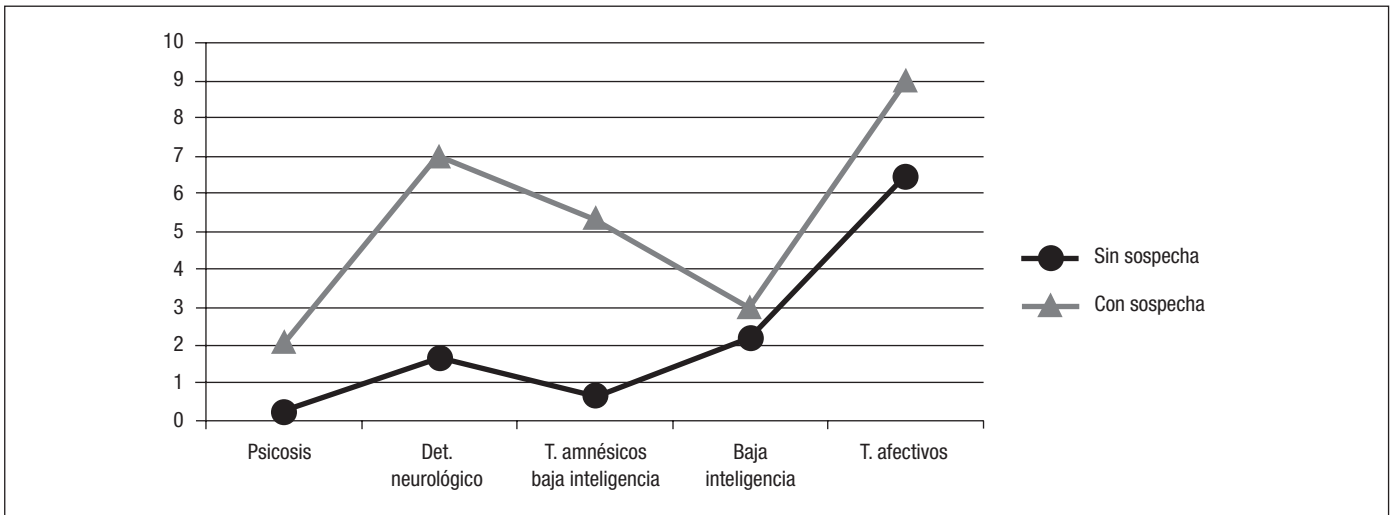


Figura 1. Puntuaciones medias en las escalas del SIMS en el grupo sin sospecha de simulación y en el grupo con sospecha de simulación

Tabla 3
Porcentaje de casos de cada grupo que supera el punto de corte establecido en cada escala del SIMS para determinar sospecha de simulación

	Punto de corte*	Nº de casos por encima del punto de corte (% casos por encima del punto de corte)	
		Sin sospecha de simulación (n = 12)	Con sospecha de simulación (n = 14)
Total SIMS	> 16	1 (8.3%)	13 (92.9%)
Psicosis (Ps)	> 2	0 (0%)	2 (14.3%)
Deterioro neurológico (Dn)	> 3	1 (8.3%)	13 (92.9%)
Trastornos amnésicos (Am)	> 3	0 (0%)	9 (64.3%)
Baja inteligencia (Bi)	> 3	2 (16.7%)	7 (50%)
Trastornos afectivos (Ta)	> 7	3 (25%)	11 (78.6%)

*González Ordi y Santamaría (2009)

En el caso del MMPI-2-RF los resultados en ambos grupos en las escalas de validez pueden observarse en la tabla 4 y la figura 2. Como puede advertirse en el contenido de la tabla 4, las cuatro escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF (F-r, Fp-r, Fs y FBS) permiten

Tabla 4
Medias, desviaciones típicas, estadístico U de Mann-Whitney y tamaño del efecto (d de Cohen) del grupo con sospecha de simulación y del grupo sin sospecha de simulación en las escalas de validez del MMPI-2-RF (puntuaciones T)

	Sin sospecha de simulación (n = 12)	Con sospecha de simulación (n = 14)	U	d
? (interrogantes)	2.5 (6.3)	0.7 (1.6)	74.5	-0.42
VRIN	47.3 (8.9)	48.1 (9.4)	78.0	0.09
TRIN	56 (5.4)	56.5 (6.1)	81.5	0.09
F-r (infrecuencia)	55.5 (9.94)	80.36 (18.63)	18.0***	1.75
Fp-r (psicopatología infrecuente)	44.42 (4.99)	64.78 (13.77)	6.0***	2.08
Fs (quejas somáticas infrecuentes)	58.25 (13.56)	91.57 (10.72)	5.0***	2.84
FBS-r (validez de los síntomas)	68.16 (11.35)	86.28 (12.05)	19.5***	1.56
L-r (virtudes inusuales)	54.1 (9.1)	55.6 (11.1)	77.5	0.15
K-r (validez del ajuste)	45.8 (7.2)	40.6 (8.7)	48.5	-0.66

***p < .001

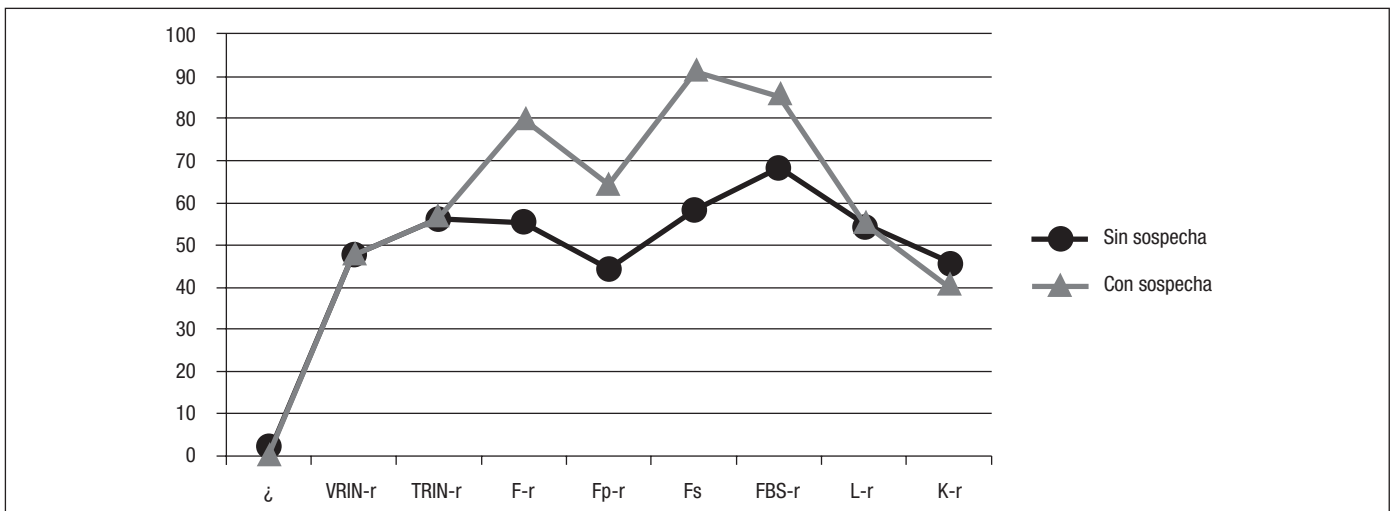


Figura 2. Puntuaciones medias en las escalas de validez del MMPI-2-RF en el grupo sin sospecha de simulación y en el grupo con sospecha de simulación.

discriminar, de forma significativa y con un tamaño del efecto grande o muy grande, al grupo sin sospecha de simulación frente al grupo con sospecha de simulación. Ambos grupos no difieren en cuanto a la consistencia de los resultados (VRIN-r y TRIN-r) ni en relación a las escalas de ajuste y minimización de síntomas (L-r y K-r).

Si analizamos el grado de acierto en la clasificación de ambos grupos, de acuerdo a los puntos de corte sugeridos en la adaptación española, se obtienen los resultados que aparecen en la tabla 5 y que muestran como la escala con mayor porcentaje de acierto a Fs (92.3% del conjunto global de los casos son clasificados correctamente), seguido de FBS-r (88.5%), F-r (80.8%) y Fp-r (65.4%). Estos resultados son coherentes con los obtenidos en el análisis del tamaño del efecto, donde destacaban Fs y FBS-r. El caso de Fp-r es una excepción, ya que obtenía el segundo mayor tamaño del efecto para diferenciar ambos grupos pero el punto de corte sugerido es muy poco sensible (solo detecta al 35.7% de los integrantes del grupo con sospecha de simulación), aunque altamente específico (ningún caso sin sospecha de simulación es identificado como posible simulador). Para aumentar su sensibilidad resultaría necesario bajar el punto de corte a ≥ 59 , clasificando correctamente en ese caso al 71.4% de los casos con sospecha de simulación y a todos los casos sin sospecha de simulación (todos obtenían puntuaciones T en Fp-r inferiores a 59), con un porcentaje global de acierto en el conjunto de los casos del 84.6%.

Tabla 5

Porcentaje de casos de cada grupo que supera el punto de corte establecido en cada escala de exageración de síntomas del MMPI-2-RF para determinar sospecha de simulación

	Punto de corte (punt. T)*	Nº de casos por encima del punto de corte (% casos por encima del punto de corte)	
		Sin sospecha de simulación (n = 12)	Con sospecha de simulación (n = 14)
F-r (infrecuencia)	≥ 79	0 (0%)	9 (64.3%)
Fp-r (psicopatología Infrecuente)	≥ 70	0 (0%)	5 (35.7%)
Fs (quejas somáticas infrecuentes)	≥ 80	1 (8,3%)	13 (92.9%)
FBS-r (validez de los síntomas)	≥ 80	1 (8,3%)	12 (85.7%)

*Ben-Porath y Tellegen (2009)

Si se analizan los resultados del resto de las escalas clínicas, específicas y de personalidad patológica del MMPI-2-RF en ambos grupos, se obtienen los resultados que se muestran en la tabla 6. Tal y como puede advertirse, aparecen diferencias significativas y de tamaño del efecto grande o muy grande en las escalas THD (alteraciones del pensamiento), RCd (desmoralización), RC1 (quejas somáticas), RC8 (experiencias anormales), HPC (quejas de dolor de cabeza), NUC (quejas neurológicas), COG (quejas cognitivas), ACT (activación) y PSYC-r (psicoticismo-revisada), en todos los casos obteniendo mayores puntuaciones en estas escalas el grupo con sospecha de simulación.

Finalmente, tal y como puede apreciarse en la tabla 7, se ha encontrado correlación positiva elevada y muy significativa entre las escalas de validez del MMPI-2-RF que exploran exageración de síntomas infrecuentes, (F-r), psicopatológicos, (Fp-r) y de quejas somáticas, (Fs) con la escala total del SIMS, lo que nos permitiría utilizar ambas pruebas como fuentes de datos convergentes en un protocolo de detección de simulación.

Discusión

Los objetivos de esta investigación han sido estudiar el funcionamiento de dos escalas ampliamente utilizadas en el estudio de la exageración de síntomas en la detección de simulación de trastornos ansiosos, depresivos y adaptativos que causaban baja laboral en con-

Tabla 6

Medias, desviaciones típicas, estadístico U de Mann-Whitney y tamaño del efecto del grupo con sospecha de simulación y del grupo sin sospecha de simulación en las escalas clínicas, específicas y de personalidad patológica del MMPI-2-RF (puntuaciones T)

	Sin sospecha de simulación (n = 12)	Con sospecha de simulación (n = 14)	U	d
EID (alteración emocional o internalización)	64 (7.3)	73.6 (11.3)	49	1.03
THD (alteración pensamiento)	50.7 (8.7)	68.2 (12.9)	17***	1.63
BXD (iteración comportamiento o externalizante)	44.8 (15)	49.1 (13.7)	59.5	0.31
RCd (desmoralización)	61.8 (8)	73.9 (10.3)	28	1.34
RC1 (quejas somáticas)	63 (16.2)	83.9 (9.5)	20***	1.67
RC2 (escasez emociones positivas)	67.1 (11.2)	69.1 (11.2)	80	0.18
RC3 (desconfianza)	48.5 (9.1)	55.4 (11.5)	51.5	0.69
RC4 (conducta antisocial)	46.6 (15)	52.6 (12.7)	50.5	0.45
RC6 (ideas persecutorias)	53.3 (8.2)	66.5 (11.6)	28	1.35
RC7 (emociones negativas disfuncionales)	50.6 (15.8)	64.6 (11)	38.5	1.09
RC8 (experiencias anormales)	49.3 (10.3)	69.9 (11.9)	15***	1.92
RC9 (activación hipomaniaca)	42.3 (8.4)	52.1 (9.7)	37.5	1.12
MLS (malestar general)	64.4 (9.4)	69.5 (7.6)	57	0.62
GIC (quejas gastrointestinales)	56.4 (11.9)	72.3 (10.8)	28	1.45
HPC (quejas dolor de cabeza)	58.4 (11.1)	73.1 (.,2)	20***	1.74
NUC (quejas neurológicas)	60 (15.1)	82.4 (11.2)	21***	1.77
COG (quejas cognitivas)	59.9 (8.9)	77.5 (11.2)	19***	1.79
SUI (ideación suicida)	54.5 (9.5)	69.2 (14.2)	33.5	1.25
HLP (indefensión/desesperanza)	53.7 (11)	64.8 (13.9)	42	0.91
SFD (inseguridad)	55.2 (7.6)	63.1 (7.9)	33.5	1.06
NFC (ineficacia)	56.4 (8.1)	61.6 (9.4)	60.5	0.61
STW (estrés/preocupaciones)	54.8 (9.7)	62.6 (9.8)	47.5	0.83
AXY (ansiedad)	56.4 (10.8)	71.7 (10.8)	28	1.48
ANP (propensión a la ira)	54.3 (8.6)	58.5 (11.6)	64	0.42
BRF (miedos incapacitantes)	53.5 (5.1)	54.7 (8.4)	72.5	0.18
MSF (miedos específicos)	49.8 (7.4)	52.6 (6.5)	67	0.43
JPC (problemas conducta juveniles)	48.2 (12.3)	49.6 (11.6)	69.5	0.12
SUB (abuso sustancias)	49 (12)	48.8 (11.1)	77.5	-0.02
AGG (agresión)	47.2 (9.3)	59.6 (13.1)	34.5	1.13
ACT (activación)	43.6 (6.7)	56.4 (7.3)	18***	1.88
FML (problemas familiares)	49.7 (10.9)	63.4 (15)	38	1.07
IPP (pasividad interpersonal)	57.3 (11.4)	54.7 (12.7)	74.5	-0.23
SAV (evitacion social)	62.6 (10.5)	61.1 (10)	75.5	-0.15
SHY (timidez)	56.3 (8.5)	53.8 (8.7)	70	-0.30
DSF (misanthropia)	49.3 (6.8)	62.9 (10.2)	24.5	1.61
AES (intereses estetico-literarios)	43.8 (10.6)	491 (11.3)	57.5	0.50
MEC (intereses mecánico-físicos)	43 (7.1)	44.4 (8.4)	76.5	0.19
AGGRr (agresividad revisada)	43.3 (7.7)	49.1 (9.8)	58.5	0.68
PSYC-r (psicoticismo revisada)	48.5 (8.1)	67.1 (12.5)	14.5***	1.81
DISC-r (falta de control revisada)	42.8 (13.9)	45.6 (14.1)	64	0.20
NEGE-r (emocionalidad negativa/neuroticismo revisada)	56.3 (8.9)	67.5 (8.7)	33	1.32
INTR-r (introversion/escasa emoción positiva revisada)	66.6 (12.8)	65.2 (11.2)	71	-0.12

*** $p < .001$

Tabla 7

Correlaciones entre las escalas del SIMS y las escalas de exageración de síntomas del MMPI-2 en el conjunto de la muestra ($n = 26$)

Escalas del SIMS	Escalas del MMPI-2-RF de exageración			
	F-r	Fp-r	Fs	FBS-r
Total SIMS	0.85**	0.81**	0.71**	0.35
Psicosis (Ps)	0.63**	0.73**	0.33	-0.11
Deterioro neurológico (Dn)	0.76**	0.64**	0.85**	0.48*
Trastornos amnésicos (Am)	0.73**	0.74**	0.61**	0.28
Baja inteligencia (Bi)	0.17	0.12	0.01	0.03
Trastornos afectivos (Ta)	0.65**	0.53**	0.53**	0.49*

* $p < .05$, ** $p < .01$

texto medicolegal. Se trata del primer estudio con metodología de grupos diagnósticos realizado con las adaptaciones españolas de estos instrumentos en la detección de simulación de estos trastornos.

Los resultados obtenidos en este estudio, tanto en el SIMS como en las escalas de exageración de síntomas del MMPI-2-RF, respaldan su uso en la detección de simulación de estos trastornos en el contexto medicolegal.

En el caso del SIMS la puntuación total es la que permite una mejor discriminación, seguida (por orden) de las escalas deterioro neurológico, trastornos amnésicos y trastornos afectivos. Este subconjunto de escalas ha mostrado diferencias significativas, con tamaño del efecto muy grande, entre el grupo sin sospecha de simulación y el grupo con sospecha. Así, los resultados de este estudio parecen indicar que los participantes con sospecha de simulación han tendido a referir la presencia de síntomas atípicos de las escalas de deterioro neurológico, trastornos amnésicos (trastornos o dificultades de memoria) y trastornos afectivos (síntomas amplificadas de depresión y ansiedad). Por otro lado resulta coherente que estos sujetos muestren una menor tendencia a exagerar en sus respuestas los ítems que valoran síntomas psicóticos extravagantes o un déficit intelectual (medidos por las escalas psicosis y baja inteligencia).

Es interesante señalar que estas tres escalas (deterioro neurológico, trastornos amnésicos y trastornos afectivos) han sido las que sistemáticamente se han mostrado más discriminantes en la detección de simulación en el campo de los trastornos ansiosos y depresivos en la literatura científica, tanto en estudios análogos (Cima et al., 2003; Edens, Otto y Dwyer, 1999) como en grupos diagnósticos (Alwes, Clark, Berry y Granacher, 2008; Clegg, Fremouw y Mogge, 2009). También cabe señalar que la magnitud y el perfil de las elevaciones es muy similar al ya encontrado por los adaptadores del SIMS a muestras españolas en su grupo de simuladores análogos instruidos para simular trastornos afectivos (González Ordi y Santamaría, 2009). Los resultados obtenidos en este estudio relativos al uso de los puntos de corte sugeridos en la adaptación española han mostrado unos adecuados porcentajes de clasificación. Así, la puntuación total clasificó correctamente al 92.3% de los casos (clasificando correctamente al 91.7% de los casos sin sospecha de simulación como clínicos genuinos y al 92.9 de los casos con sospecha de simulación como posibles simuladores). Los resultados obtenidos en este estudio en relación al SIMS también respaldan las recomendaciones dadas por los autores originales de utilizar la puntuación total como mejor indicador de la sospecha de simulación y considerar la información de las escalas de forma secundaria para ver qué posibles áreas de sintomatología pueden estar simulándose (Widows y Smith, 2005).

En relación a los resultados obtenidos con el MMPI-2-RF, las cuatro escalas de exageración de síntomas han mostrado una diferenciación significativa y con un tamaño del efecto grande o muy grande entre ambos grupos, destacando por este orden las escalas Fs, Fp-r, F-r y finalmente FBS-r. La escala Fs es la que mayor tamaño del efecto ha mostrado y ha permitido clasificar correctamente a un mayor

número de casos (92.3%) empleando los puntos de corte sugeridos por los autores originales (Ben-Porath y Tellegen, 2008). Tanto F-r, Fp-r como FBS-r mostraban una menor sensibilidad, diferenciándose principalmente por ser mayor el número de participantes con sospecha de simulación que se encontraban por debajo de los puntos de corte indicados. Se han encontrado algunos resultados previamente en esta línea. Así, en muestras españolas, Sánchez Crespo, Jiménez Gómez y Ampudia Rueda (2013) habían hallado una mayor capacidad de detección de simulación de Fs frente a FBS-r o el estudio, también con muestras españolas, de Santamaría, González Ordi, Capilla Ramírez, Blasco y Pallardó Durá, (2010), que mostraba que Fs destacaba junto con F-r en la detección de simulación de bajas laborales en contextos medicolegales. No obstante, si bien la escala Fs ha mostrado una satisfactoria capacidad de detección de síntomas somáticos no creíbles (Sellbom, Wygant y Bagby, 2012; Wygant, 2007; Wygant, Ben-Porath y Arbisi, 2004), la literatura suele mostrar mayor tamaño del efecto en la escala F-r en la simulación de psicopatología de diferente tipo (Rogers, Gillard, Berry y Granacher, 2011; Sellbom y Bagby, 2010; Sellbom, Toomey, Wygant, Kucharski y Duncan, 2010; Wygant et al., 2009; Wygant et al. 2010), por lo que esta aparente discrepancia con investigaciones previas deberá dilucidarse en futuros estudios con muestras más amplias que puedan replicar los análisis aquí realizados.

Esta mayor capacidad de detección de Fs en esta muestra es coherente con los resultados obtenidos al analizar el perfil de las escalas clínicas, específicas y de personalidad psicopatológica del grupo con sospecha de simulación frente al grupo sin sospecha de simulación. Sus resultados han mostrado que destacaban significativamente, y con tamaño del efecto grande o muy grande, principalmente en las escalas relacionadas con quejas somáticas (RC1, HPC, NUC, COG), seguido de algunas escalas de alteraciones del pensamiento (THD, RC8, PSYC-r) o del ánimo (RCd, ACT). Estos resultados pudieran indicar que los pacientes con sospecha de simulación de estos trastornos acentúan su nivel de sintomatología psicósomática, lo cual sería convergente con la elevación de la escala del SIMS de deterioro neurológico señalada previamente y que frecuentemente se considera la más asociada a la simulación de síntomas de tipo somático (Benge et al., 2012; Capilla Ramírez, González Ordi, Santamaría, Pérez Nieto y Casado Morales, 2013; González Ordi, Capilla Ramírez, Santamaría y Casado Morales 2012; Merten, Diederich y Stevens, 2008).

Finalmente, ha de mencionarse como una clara y marcada limitación de este estudio el reducido tamaño muestral, habida cuenta de que delimitan las conclusiones extraídas como preliminares. Serán necesarios futuros estudios con muestras más amplias que puedan replicar los análisis realizados y confirmar o refutar los resultados encontrados.

Extended summary

The detection of malingering is based on the convergence of data that comes from different sources of information. Among remarkable standardized self-report instruments that have proved their efficiency in the detection of malingering, we use the Multiphasic Personality Inventory of Minnesota-2-Restructured - MMPI-2-RF (Ben-Porath and Tellegen, 2009) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology - SIMS (Spanish adaptation, González-Ordi & Santamaría, 2009).

The main objective of this pilot study is the detection of the symptom exaggeration pattern by the SIMS and the MMPI-2-RF in patients diagnosed with anxiety, depression, and adjustment disorders. It also aims to create differential profiles based on the psychological indicators with the best prediction of the clinical exaggeration pattern.

The sample used consists of 26 subjects diagnosed with depressive, anxious, and adaptive disorder distributed into two groups: Clinic patients with/without clinical suspicion of malingering.

SIMS significant intergroup differences are obtained ($p < .01$) in the indicative scores of clinical exaggeration. Thus, the malingering group exceeds the established cut-off points in the Spanish adaptation (González-Ordi & Santamaría, 2009) in all the scales, being these differences significant with a very large effect size (Cohen's d) for the total scale, neurological impairment, amnesic disorders, and affective disorders. No differences were found in psychosis and low intelligence scales.

Significant differences are also obtained in the MMPI-2-RF, among scales ($p < .01$), those of indicative exaggeration of symptoms exceeding the cut-off points being the infrequency simulator group (F-r), infrequent somatic complaints (Fs) and validity of symptoms (FBS-r). Likewise, in this case the effect size (Cohen's d) of these differences is very large, following the criteria proposed by Rogers (1.75, 2.84, and 1.56 respectively). Both groups (honest and simulator) rated below the cut-off points on the scales of minimization or defensiveness (L-r y K-r). No significant differences are obtained between the groups in the average score of the validity scales related to the inconsistency of responses, nor in the symptom minimization scales: Interrogation, variable response inconsistency, true response inconsistency, unusual virtues, validity of adjustment.

The analysis of the differences between the malingering and honest groups in the significant scores of the different clinical scales of the MMPI-2-RF shows that these scales belong mainly to the overall dimensions of emotional disturbance or internalized-EID (demoralization-RCd, lack of positive emotions, suicidal ideation, anxiety, negative emotionality/revised-neuroticism and introversion/low positive revised-emotion), as well as the somatic complaints scale-RC1 and the five scales of somatic and cognitive complaints (general discomfort, gastrointestinal complaints, headache complaints, neurological grievances, and cognitive complaints).

All in all, it is possible to confirm the initial hypothesis of the study, that is, (1) the existence of significant differences between the malingering and honest groups; (2) that malingerers are rated above the cut-off points set by the questionnaire; and (3) the coherence between the diagnosed condition and the symptomatology positively informed by the malingering group in the self-report instrument.

Finally, notwithstanding the current limitations of the sample's size (to be born in mind), a profile of the response of a malingering patient is build up in the pathologies studied.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Alwes, Y. R., Clark, J., Berry, D. T. R. y Granacher, R. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 133-140. doi: 10.1080/13803390701260363
- Armayones Ruiz, M. y Torres Viñals, M. (2005). Análisis de las diferencias entre pacientes y simuladores en el MMPI. *Interpsiquis 2005*. Obtenido de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/investigacion/20546/
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Benge, J. F., Wisdom, N. M., Collins, R. L., Franks, R., LeMaire, A. y Chen, D. K. (2012). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology for identifying psychogenic non-epileptic events. *Epilepsy & Behavior*, 24, 439-444. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.05.007
- Borrás Sansaloni, C. (2012). Trastornos afectivos. En H. González Ordi, P. Santamaría y P. Capilla Ramírez (Coords.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 505-532). Madrid: TEA Ediciones.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H., Santamaría, P., Pérez Nieto, M. A. y Casado Morales, M. I. (2013). Fibromialgia: ¿exageración o simulación? *Clínica y Salud*, 24, 185-195.
- Cohen, R. y Francis N. (2008). *Pain in Europe. A report*. Extraído el 16 de Febrero de 2009, de www.painineurope.com
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B. y Merkelbach, H. (2003). Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Der Nervenarzt*, 74, 977-986. doi: 10.1007/s00115-002-1438-5
- Clegg, C., Fremouw, W. y Mogge, N. L. (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, 239-254. doi: 10.1080/14789940802267760
- Edens, J. F., Otto, R. K. y Dwyer, T. (1999). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387-396.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres. *Journal of Public Health*, 23, 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Casado Morales, M. I. (2012). Trastornos por ansiedad. En H. González Ordi, P. Santamaría y P. Capilla Ramírez (Coords.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 461-504). Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Santamaría, P. y Casado Morales, M. I. (2012). Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica. *Trauma Fundación MAPFRE*, 23(3), 145-154.
- González Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- 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 Ramírez (Coords.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- López Bastida, J., Serrano Aguilar, P., Duque González, B. (2002). Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Atención Primaria*, 34, 32-38.
- Merten, T., Diederich, C. y Stevens, A. (2008). Vorgetäuschte Beschwerden nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule: eine experimentelle Simulationsstudie [Feigned symptoms after whiplash injury: An experimental analogue study]. *Aktuelle Neurologie*, 35, 8-15.
- Moreno, J. O., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10, 361-369.
- Rogers, R. (Ed.) (2008). *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd edition). New York: The Guilford Press.
- Rogers, R., Gillard, N. D., Berry, D. T. R. y Granacher, R. P. (2011). Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment: A Known-Groups Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 355-367. doi: 10.1007/s10862-011-9222-0
- Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A. y Vitacco, M. J. (2003). Detection of Feigned Mental Disorders: A Meta-Analysis of the MMPI-2 and Malingering. *Assessment*, 10(2), 160-177. doi: 10.1177/1073191103010002007
- Sánchez Crespo, G., Jiménez Gómez, F. y Ampudia Rueda, A. (2013, julio). *MMPI-2-RF: Fiabilidad y precisión diagnóstica sobre la simulación de problemas psicósomáticos, ¿cuál de las dos escalas FBS-r o Fs? Comunicación presentada en el XI Congreso de Psicología Clínica*, Santiago de Compostela.
- Santamaría, P., Capilla Rodríguez, P. y González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24, 139-151.
- Santamaría, P. y González Ordi, H. (2012). Evaluación mediante autoinforme. En H. González Ordi, P. Santamaría y P. Capilla Ramírez (Coords.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 185-273). Madrid: TEA Ediciones.
- Santamaría, P., González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Blasco, J. L. y Pallardó Durá, L. (2010, julio). *La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF*. Comunicación presentada en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo, Asturias, España. Obtenido de http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejempos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf
- Sellbom, M. y Bagby, R. M. (2010). Detection of Overreported Psychopathology With the MMPI-2-RF Form Validity Scales. *Psychological Assessment*, 22, 757-767. doi: 10.1037/a0020825
- Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T. y Duncan, S. (2010). Utility of the MMPI-2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design. *Psychological Assessment*, 22(1), 22-31. doi: 10.1037/a0018222
- Sellbom, M., Wygant, D. B. y Bagby, M. (2012). Utility of the MMPI-2-RF in detecting non-credible somatic complaints. *Psychiatry Research*, 197, 295-301. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.043
- Ustun, T. B., Rehm, J., Chatterji, S., Saxena, S., Trotter, R., Room, R., ... the WHO/NIH Joint Project CARE Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CARE Study Group. *Lancet*, 354, 111-115.
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz, FL: PAR: Psychological Assessment Resources.
- Wygant, D. B. (2007). *Validation of the MMPI-2 infrequent somatic complaints (Fs) scale* (Doctoral dissertation). Kent State University, Kent, Ohio.
- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S. y Arbisi, P. A. (2004). *Development and initial validation of a scale to detect infrequent somatic complaints*. Presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A, Minneapolis, MN.
- Wygant, D. B., Ben-Porath, Y. S., Arbisi, P. A., Berry, D. T. R., Freeman, D. B. y 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, 671-680. doi: 10.1093/arclin/acp073
- Wygant, D. B., Sellbom, M., Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Stafford, K. P., Freeman, D. B. y Greene, R. L. (2010). Further Validation of the MMPI-2 and MMPI-2-RF Response Bias Scale: Findings From Disability and Criminal Forensic Settings. *Psychological Assessment*, 22, 745-756. doi: 10.1037/a0020042