
PRECISIÓN PREDICTIVA
DEL INVENTARIO
ESTRUCTURADO DE
SIMULACIÓN DE
SÍNTOMAS-SIMS
EN EL CONTEXTO
MEDICOLEGAL

PREDICTIVE ACCURACY
OF THE STRUCTURED
INVENTORY OF MALINGERED
SYMPTOMATOLOGY-SIMS IN
THE MEDICOLEGAL SETTING

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDI

Facultad de Psicología,

Universidad Complutense de Madrid

PABLO SANTAMARÍA FERNÁNDEZ

Departamento de I+D,

TEA Ediciones, Madrid

PILAR FERNÁNDEZ MARÍN

*Responsable del Servicio de Psicología
del Hospital Asepeyo Coslada (Madrid)*

e-mail: : hectorgo@psi.ucm.es

RESUMEN

La simulación se define como la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos, como la prolongación o mantenimiento de bajas laborales, obtención de compensaciones económicas, etc. Se presenta un estudio donde se pretende valorar la precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS para detectar simulación en una muestra incidental de 61 pacientes que cursan baja por “accidente de trabajo” (AT) y por “incapacidad temporal por contingencias comunes” (ITCC) y que acuden al Servicio de Psicología del Hospital Asepeyo Coslada (Madrid). En base a un diseño de grupos conocidos, a través de jueces expertos que utilizan criterios empíricos protocolizados,

ABSTRACT

Malingering is defined as the intentional production of false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms, motivated by external incentives such as avoiding work, obtaining financial compensation, etc. The present study aims to evaluate predictive accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology-SIMS to detect malingering in an overall sample (N=61) of patients on sick leave who went to the Psychology Unit of the Hospital Asepeyo Coslada (Madrid). Using known-group design, participants were assigned to “non-malingering” (n=27) and “probable malingering” (n=34) conditions. Afterwards, the SIMS was administered to all participants individually. Results show that “probable

la muestra es dividida en dos grupos: “no simuladores” ($n=27$) y “probables simuladores” ($n=34$), a los que posteriormente se les administra el SIMS individualmente. El análisis de las diferencias en las puntuaciones medias muestra que el grupo de “probables simuladores” puntúa significativamente y discriminantemente más alto en la escala total y en todas las subescalas del SIMS que el grupo “no simulador”. Los análisis de clasificación predictiva y curvas COR para discriminar entre no simuladores y probables simuladores, utilizando los puntos de corte recomendados en la adaptación española, muestran que el SIMS presenta una sensibilidad de .82, una especificidad de .93, un valor predictivo positivo de .83 y un valor predictivo negativo de .92, siendo el área bajo la curva COR de .88. Estos resultados respaldan el uso de la adaptación española del SIMS como instrumento de screening para la detección de la simulación en contextos medicolegales.

PALABRAS CLAVE

Simulación, SIMS, estrategias de detección, validez predictiva, contexto médico-legal.

malingering” group scored significantly higher in the SIMS total scale and all subscales than “non-malingering” group, with large effect sizes. Classification accuracy statistics and ROC analyses, by using the Spanish adaptation optimal cut-off score for the total scale (SN=.82, SP=.93, PPP=.83, NPP=.92, & AUC=.88) showed that SIMS is a reliable screening tool for the detection of malingering in the medicolegal setting.

KEY WORDS

Malingering, SIMS, detection strategies, predictive accuracy, medicolegal setting

INTRODUCCIÓN

La simulación, esto es, *la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos*, está considerada como una entidad clínica, no un trastorno mental, incluida en el DSM-IV-TR dentro del apartado de «problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica» (American Psychiatric Association, 2000). Su estudio y evaluación (detc-

ción) se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas, debido principalmente a sus implicaciones en cuanto al coste sanitario se refiere (Bass, Halligan, Oakley, 2003; Capilla Ramírez, González Ordi, Matalobos Veiga, 2008; McDermott y Feldman, 2007; Morgan y Sweet, 2009; Rogers, 2008a).

Resnick (1997) clasifica los distintos tipos de simulación en *simulación pura* o la fabricación completa de la sintomatología, *simulación parcial*, la más común, que es la exageración de sintomatología preexistente o la referencia al mantenimiento de síntomas que ya habían remitido y, finalmente, *imputación falsa* o el hecho de que la sintomatología es falsamente atribuida a un acontecimiento traumático (v.g. abusos sexuales en la infancia; accidente automovilístico, etc).

Diversos estudios han tratado de determinar la incidencia de la simulación, aunque ciertamente resulta difícil proporcionar datos precisos debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o la patología que se aborda en cuestión. Debido a que la simulación no es una condición que se admita fácilmente por los pacientes, la estrategia usual para estimar la incidencia de simulación en diversos contextos es a través de la consulta a profesionales expertos utilizando encuestas estructuradas. En el campo médico-legal, uno de los estudios de referencia para la obtención de tasas base de simulación es el que realizaron Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002). Encuestando a un total de 131 especialistas del *American Board of Clinical Neuropsychology*, estos autores encontraron las siguientes tasas de incidencia de simulación para los diferentes ámbitos de actuación estudiados: (1) lesiones personales un 29%; (2) discapacidad o indemnización laboral un 30%; (c) casos criminales un 19%; y (d) casos procedentes de la medicina general o psiquiatría un 8%.

Como puede apreciarse, el ámbito de actuación médico-legal, vinculado a la valoración de la discapacidad y a los posibles beneficios laborales y socioeconómicos derivados de la misma, es el que registra una mayor tasa de incidencia de simulación, sin contar con que muchos de los casos procedentes de otros ámbitos pueden implicar posteriormente bajas laborales, procesos de rehabilitación prolongados y valoración de discapacidad con implicaciones económicas.

Por patologías, Mittenberg et al. (2002) informan de las siguientes tasas de incidencias: traumatismo craneoencefálico (TCE) leve un 38,5%, fibromialgia o fatiga crónica un 34,7%, dolor o trastornos somatoformes alrededor de un 31,4%, trastornos neurotóxicos un 26,5%, lesión por accidente con electricidad un 21,9%, trastornos por depresión un 14,9%, trastornos de ansiedad 13,5%, trastornos disociativos un 10,5%, trastorno con base epiléptica un 9,3%, TCE moderado o severo un 8,8% y demencia vascular un 2,4%.

En general, los datos indican que en el contexto médico-legal los patrones de simulación están más relacionados con la exageración de síntomas, como el dolor y la discapacidad relacionada con trastornos y enfermedades físicas con la posibilidad de obtener incentivos económicos; mientras que, la simulación de sintomatología psicopatológica sería más prevalente en contextos forense o criminales, con el fin de reducir o evitar el pago de indemnizaciones, condenas y encarcelamientos (McDermott y Feldman, 2007).

Samuel y Mittenberg (2006) destacan aquellos aspectos que contribuyen a la sospecha de presencia de simulación en el contexto médico-legal:

1. Motivación y circunstancias

- Incentivos económicos.
- Solución a problemas socioeconómicos.
- Conducta antisocial.
- Insatisfacción profesional.
- Conflictos laborales.
- Situación cercana a la jubilación.
- Historia previa de engaño, simulación o actos deshonestos.

2. Sintomatología

- Presencia de síntomas atípicos o inusuales.
- Exageración de la sintomatología.
- Resultados en los tests psicológicos.
- Sintomatología incongruente 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 los datos de la entrevista y la historia clínica o la documentación preexistente.

4. Actividad/conducta fuera de la entrevista

- Actividad laboral durante el período de reclamación.
- Realización de actividades lúdicas, no relacionadas con el trabajo.
- Buen funcionamiento excepto en aquello relacionado con el desempeño de la actividad laboral.
- Falta de compromiso con el tratamiento.
- Estar bajo vigilancia.

Aunque debido a la complejidad de la respuesta de simulación resulta adecuado realizar una evaluación multimétodo/multisistema, en la que los esfuerzos se dirigirán a analizar las inconsistencias del comportamiento del sospechoso de simulación sin centrarse en un único indicador como elemento decisivo (véase por ejemplo Bianchini, Glynn y Greve, 2005; Capilla Ramírez y González Ordi, 2009; Feldman y McDermott, 2007; Gancedo Rojí y González Ordi, 1999; Iverson, Sherman y Slick, 1999; Rogers y Shuman, 2000), la realidad empírica es que los instrumentos de evaluación mediante autoinforme ocupan un lugar preponderante en la detección de la simulación (Inda, Lemos, López y Alonso, 2005; Samuel y Mittenberg, 2006).

Según Baer, Rinaldo y Berry (2003), entre los instrumentos estandarizados de autoinforme más consolidados para la detección de simulación podemos destacar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el Inventario de Personalidad-PAI (Morey, 1991) y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS (Widows y Smith, 2005), cuya adaptación al castellano se ha publicado recientemente (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009).

En su mayoría, estos instrumentos pretenden detectar con mayor o menor precisión patrones de «mala imagen» o estilos de respuesta sobredimensionados, o bien patrones sintomatológicos infrecuentes o excepcionales, improbables y bizarros; en otras palabras, detectar la tendencia del sujeto a crear la impresión deliberada de sufrir alguna alteración o deterioro mediante la exageración o fabricación de síntomas y problemas, maximizando las características negativas de sí mismo (Baer, Rinaldo y Berry, 2003).

Por otro lado, las estrategias de investigación que mayor solidez han demostrado en el estudio de la simulación son los diseños de investigación con «análogos» y «known-groups» o grupos conocidos, especialmente si se utilizan combinadamente (Rogers, 2008b; Rogers y Bender, 2003).

En los *estudios análogos*, los participantes son asignados de manera aleatoria a las condiciones experimentales de «simulación» y de «control», recibiendo instrucciones específicas acerca del estilo de respuesta a adoptar al responder a las pruebas de evaluación, actuando «como si» en el caso del grupo de simulación. Los estudios con análogos tienen una elevada validez interna (sabemos a ciencia cierta que los sujetos nos mienten porque les instruimos para ello) pero limitada validez externa (a menudo son diseños realizados con estudiantes universitarios, cuya generalizabilidad al mundo real es altamente cuestionable).

La segunda estrategia se denomina «*Known-Groups*» o *grupos conocidos* y se basa en que uno o varios expertos independientes asignan a los individuos a un

grupo u otro en función del estilo de respuesta manifestado en pruebas de selección o de una serie de criterios empíricos protocolizados. En este caso, los estudios presentan alta validez externa (sujetos o pacientes en contextos reales, forense, clínico o médicolegal) y una menor validez interna (a pesar de los criterios independientes, los resultados dependen finalmente de la supuesta fiabilidad-certeza en la asignación).

Adicionalmente, aunque existen muy pocos estudios a tal efecto, resultaría interesante combinar las estrategias de estudios análogos y grupos «conocidos», incluyendo además un grupo control y una muestra clínica representativa de referencia sobre la patología física y/o psicológica objeto de simulación, para estudiar ampliamente el espectro de respuestas posibles pertinentes: desde la respuesta honesta del grupo control, pasando por la simulación pura, propiciada por los estudios análogos, mediatizados por la respuesta de los simuladores reales en comparación con los resultados obtenidos por una muestra clínica honesta de referencia (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008).

En el presente estudio, utilizamos un diseño *known-groups* para estudiar la capacidad predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS para detectar pacientes probables simuladores de pacientes que no simulan.

MÉTODO

Participantes

La muestra incidental de participantes estuvo compuesta por 61 usuarios (el 49,2% mujeres y el 50,8% varones) de ASEPEYO, de los que el 76,27% eran pacientes del Hospital de Coslada y el 23,73% restante de diversos centros asistenciales. Todos los pacientes presentaban sintomatología consistente con trastornos de tipo somatoforme y cursaban baja por AT y por ITCC.

Utilizando una metodología «known-groups» o grupos «conocidos» (Rogers, 2008b), los 61 usuarios fueron asignados a dos grupos por la tercera autora de este artículo, que actuó como juez independiente, siguiendo criterios de sospecha clínica de presencia o no de posible simulación (véase Samuel y Mittenberg, 2006). En concreto, los criterios utilizados para asignar a los pacientes al grupo de probable simulador fueron:

- Presencia incentivos económicos.
- Posibilidad de solución a problemas socioeconómicos.
- Conducta antisocial.
- Presencia de síntomas atípicos o inusuales.

- Exageración de la sintomatología.
- Sintomatología incongruente con el curso normal de la enfermedad.
- Falta de cooperación con el evaluador y con la divulgación de la información.
- Discrepancias entre los datos de la entrevista y la historia clínica o la documentación preexistente.
- Falta de compromiso con el tratamiento.

De esta manera, quedaron asignados los pacientes a dos grupos conocidos: no simuladores y probables simuladores, siguiendo los criterios antes mencionados:

- **Grupo no simulador.** Compuesto por 27 participantes que oscilaban en un rango de edad desde los 18 a 59 años (media = 38,3 años, dt = 11,2 años).
- **Grupo de probable simulador.** Compuesto por 34 participantes que oscilaban en un rango de edad desde los 23 a 59 años (media = 37,9 años, dt = 9,7 años).

En la tabla 1 puede verse la distribución por edad y sexo de los grupos «no simulador» y «probable simulador».

Tabla 1. *Distribución por edad y sexo de los grupos de la investigación.*

	N	%	EDAD			SEXO
			MEDIA	DT	RANGO	% MUJERES
Probable simulador	34	56	37,9	9,7	23-59	59
No simulador	27	44	38,3	11,2	18-59	37
Total	61	100	38,1	10,3	18-59	49,2

Instrumentos

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009; Widows y Smith, 2005) es un instrumento de evaluación mediante autoinforme, que consta de 75 ítems con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, admi-

nistrándolo aisladamente o formando parte de una batería de evaluación más completa, tanto en contextos clínicos como medicolegales o forenses.

Permite obtener una puntuación total que se refiere al *perfil de simulación general* que presenta el sujeto y *cinco escalas específicas* referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

1. *Psicosis (Ps)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real.
2. *Deterioro Neurológico (Dn)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
3. *Trastornos Amnésicos (Am)*: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
4. *Baja Inteligencia (Bi)*: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
5. *Trastornos Afectivos (Af)*: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

Los estudios de la adaptación española, con un total de 1.005 sujetos participantes, señalan que el SIMS posee una satisfactoria consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach), tanto para el total de la prueba (.94) como para sus cinco subescalas: .90 para Psicosis, .85 para Deterioro Neurológico, .90 para Trastornos Amnésicos, .69 para Baja Inteligencia y .65 para Trastornos Afectivos (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009). Respecto a su validez predictiva, diversos estudios internacionales han señalado que el SIMS resultaría muy útil como herramienta de screening para la detección de simulación. Los valores de sensibilidad oscilan entre .93 y 100 considerando el punto de corte para la escala total de >14, y entre .94 y 100 cuando el punto de corte es >16; los valores de especificidad se encuentran entre .52 y .91 para el total >14 puntos y entre .51 y .98 para el total >16 puntos (para una revisión más detallada consultar González Ordi y Santamaría Fernández, 2009).

Procedimiento

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS fue administrado individualmente, como parte del proceso evaluativo rutinario, a todos los participantes por parte de la tercera autora de este estudio, que además fue la

encargada de asignar a los participantes al grupo «clínico» o grupo «simulador», según criterios de sospecha clínica (Samuel y Mittenberg, 2006).

Resultados

Diferencias intergrupos con el SIMS

En la Tabla 2 pueden verse los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de ambos grupos, «no simulador» y «probable simulador», tanto para el total de la escala SIMS como para cada una de las subescalas:

Tabla 2. *Estadísticos descriptivos en el total y las subescalas del SIMS.*

ESCALAS DEL SIMS	GRUPO NO SIMULADOR		GRUPO PROBABLE SIMULADOR	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Total	11,7	4,6	23,2	8,9
Psicosis (Ps)	0,4	0,6	2,2	2,3
Deterioro neurológico (Dn)	2,8	2,6	5,6	3,6
Trastornos amnésicos (Am)	1,2	1,4	4,4	2,9
Baja inteligencia (Bi)	1,8	1,3	2,9	1,8
Trastornos afectivos (Af)	5,5	1,9	8,2	2,5

Para estudiar si las diferencias entre medias de ambos grupos son estadísticamente significativas o no, se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA), cuyos resultados aparecen en la Tabla 3.

Tabla 3. *Análisis de varianza (ANOVA) de las puntuaciones del SIMS en los grupos no simulador y probable simulador para el total y las subescalas del SIMS.*

ESCALAS DEL SIMS	F	G.L.	P	R ²
Total	37,0	1	0,001	0,39
Psicosis	15,5	1	0,001	0,21
Deterioro neurológico	11,5	1	0,001	0,16
Trastornos amnésicos	27,5	1	0,001	0,32
Baja inteligencia	6,9	1	0,011	0,10
Trastornos afectivos	21,21	1	0,001	0,26

Como puede observarse en la tabla 3, los resultados indican que el grupo probable simulador obtuvo puntuaciones medias significativamente más altas en el total y en todas las subescalas del SIMS que el grupo no simulador. Los simuladores puntuaron más alto en el total del SIMS y en todas las subescalas con diferencias altamente significativas, a excepción de la escala de baja inteligencia cuya significación es menor que las demás.

Adicionalmente, calculamos el tamaño del efecto para estas diferencias (d de Cohen). El tamaño del efecto informa de cuánto de grande es la diferencia existente entre dos grupos. Una vez que sabemos que una diferencia es significativa (es decir, es real y no debida al azar) cabe preguntarse cuál es su magnitud, su tamaño. Cohen (1988) sugirió como guía de interpretación de dichos tamaños los siguientes criterios: valores de d entre 0,20 y 0,49 son considerados como pequeños; valores entre 0,50 y 0,79 como moderados y valores de 0,80 y superiores como grandes. No obstante, Rogers (2008c) sugirió que en el contexto concreto de valoración de la capacidad discriminativa de instrumentos de simulación se emplearan criterios más exigentes: valores de d entre 0,75 y 1,24 son considerados moderados; valores entre 1,25 y 1,50 como grandes y valores superiores a 1,50 como muy grandes.

Los resultados indican que las diferencias encontradas son altamente discriminantes entre el grupo no simulador y el grupo probable simulador para el total del SIMS, oscilando entre valores moderados a grandes en las cinco subescalas, tal y como puede apreciarse en la tabla 4.

Tabla 4. *Tamaño del efecto (d de Cohen) en las diferencias encontradas entre los grupos no simulador y probable simulador en la escala total y las subescalas del SIMS.*

TAMAÑO DEL EFECTO DE LAS DIFERENCIAS		
ESCALAS DEL SIMS	D DE COHEN (COHEN, 1988)	CATEGORÍA (ROGERS, 2008c)
Total	1,6	Muy grande
Psicosis (Ps)	1,1	Moderado
Deterioro neurológico (Dn)	0,9	Moderado
Trastornos amnésicos (Am)	1,4	Grande
Baja inteligencia (Bi)	0,7	Moderado
Trastornos afectivos (Af)	1,2	Moderado

De hecho, la distribución de puntuaciones entre ambos grupos es muy distintiva, ya que en el 73% de los casos no existe superposición de puntuaciones

entre los «no simuladores» y los «probables simuladores», considerando la escala total del SIMS, tal y como puede observarse en el diagrama de cajas y bigotes que aparece en la Figura 1. En otras palabras, la puntuación media en la escala total del SIMS del grupo probable simulador se encuentra en un percentil 94,5 respecto al grupo no simulador (Cohen, 1988).

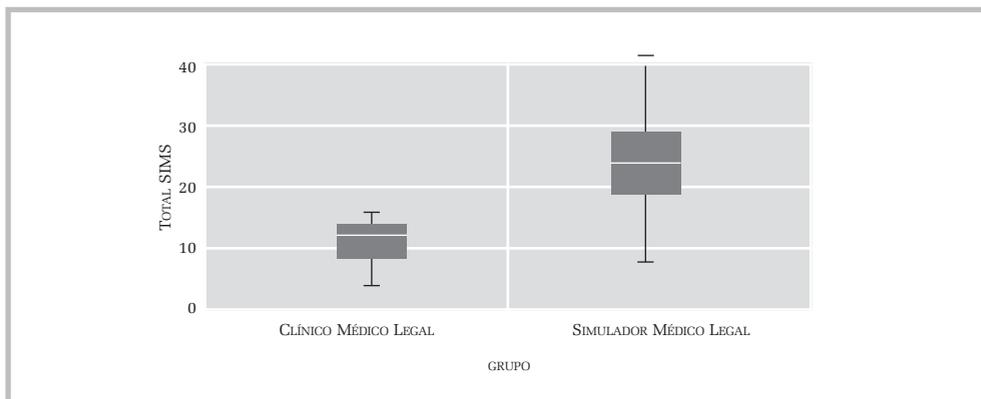


Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes para la escala total del SIMS para el grupo «no simulador» y «probable simulador»

Atendiendo a las subescalas del SIMS, el grupo probable simulador obtiene puntuaciones significativamente más altas que el grupo no simulador. Según se aprecia en la Figura 2, las subescalas del SIMS que aparecen más marcadas en el perfil son las de trastornos afectivos, deterioro neurológico y trastornos amnésicos. Es interesante señalar que los perfiles de los clínicos y simuladores son prácticamente paralelos, ya que en principio ambos grupos de participantes presentan una patología similar; sin embargo, los probables simuladores autoinforman consistentemente un mayor nivel de deterioro frente a los no simuladores. Los simuladores presentan un mayor nivel de afectación ansioso-depresiva (subescala Af, $d = 1,2$, $p < .001$), un mayor nivel de dolor, disfunciones somáticas y discapacidad (subescala Dn, $d = 0,9$, $p < .001$), un mayor nivel de distorsiones cognitivas (subescala Ps, $d = 1,1$, $p < .001$) y, sobretodo, un mayor nivel de problemas de memoria y confusión mental (subescala Am, $d = 1,4$, $p < .001$).

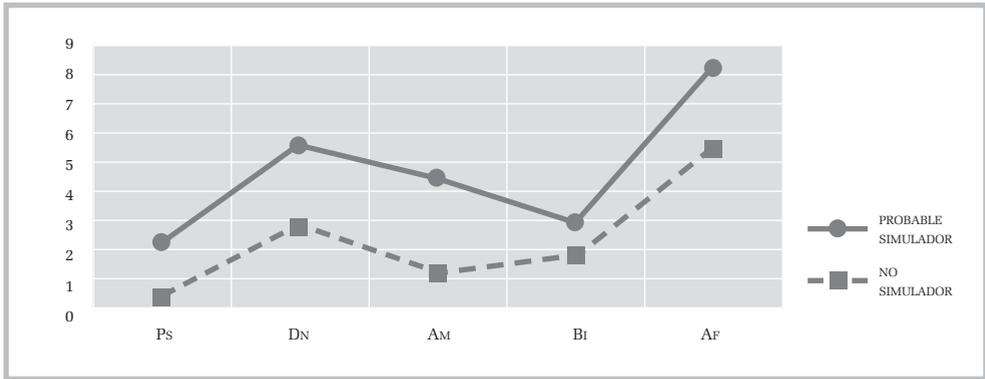


Figura 2. Perfil de puntuaciones medias en las subescalas del SIMS para los grupos no simulador y probable simulador

Validez Predictiva

Para examinar la utilidad del SIMS como herramienta predictiva a la hora de discriminar entre los participantes en el estudio, establecimos la curva característica del receptor (COR) de la puntuación total del SIMS en la clasificación del grupo no simulador y el grupo probable simulador, que puede verse en la Figura 3.

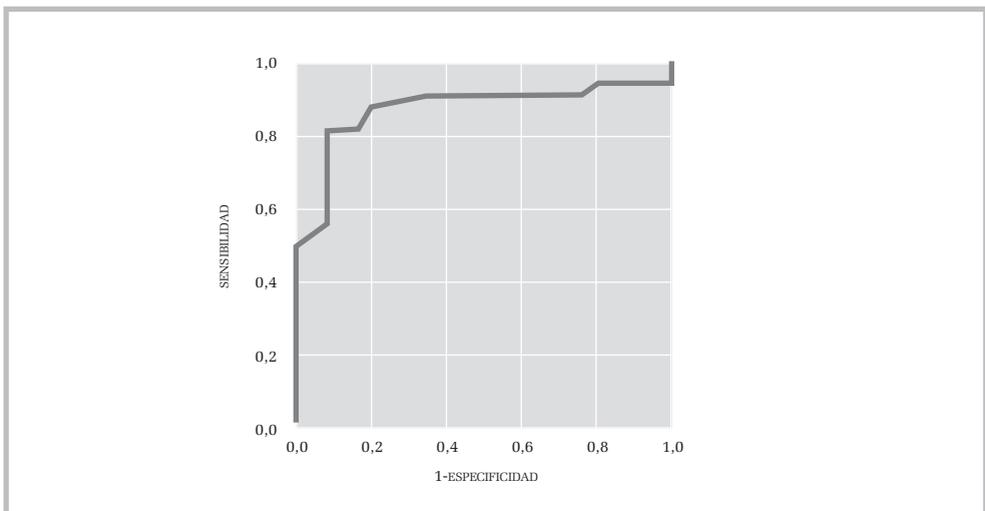


Figura 3. Curva COR para la escala total del SIMS entre los grupos “no simulador” y “probable simulador” en el total del SIMS

Se obtuvieron los valores de sensibilidad y especificidad para examinar la utilidad del SIMS como herramienta predictiva a la hora de discriminar entre los participantes del grupo «no simulador» y los del grupo «probable simulador» clasificados por jueces independientes, así como los valores predictivos positivos y negativos utilizando como tasa de prevalencia la informada por Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002) del 30% en el caso de evaluaciones para discapacidad.

Como puede advertirse en la tabla 5 se obtienen valores muy satisfactorios. Asumiendo el punto de corte propuesto en la adaptación española (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009), los valores de sensibilidad indican el que SIMS es capaz de detectar adecuadamente al 82% de los probables simuladores y los valores de especificidad permiten excluir correctamente al 93% de los participantes que no son simuladores. Así mismo, el 92% de los casos que cayeran por debajo de este punto de corte serían de respuesta honesta (VPN), mientras que el 83% de los que lo superaran serían realmente simuladores (VPP). El valor resultante del área bajo la curva (AUC) o exactitud global del test nos indica que si elegimos al azar un sujeto del grupo «probable simulador» tendrá una puntuación mayor en la escala total del SIMS que un participante del grupo no simulador en el 88% de las veces (Zweig y Campbell, 1993).

Tabla 5. *Validez predictiva del SIMS utilizando los puntos de corte originales (Widows y Smith, 2005) y de la adaptación española (González Ordi y Santamaría Fernández, 2009).*

ESCALA TOTAL DEL SIMS	PUNTO DE CORTE >14	PUNTO DE CORTE >16
	WIDOWS Y SMITH (2005)	GONZÁLEZ ORDI Y SANTAMARÍA FERNÁNDEZ (2009)
Área bajo la curva (AUC)	0,88	
Sensibilidad	0,88	0,82
Especificidad	0,81	0,93
Valor predictivo positivo (VPP)	0,66	0,83
Valor predictivo negativo (VPN)	0,94	0,92

Los datos indican que la versión en castellano del SIMS presenta una adecuada validez predictiva. A nuestro juicio, el empleo del punto de corte de la adaptación española incrementa la especificidad y el valor predictivo positivo con respecto al punto de corte original, lo que disminuye la probabilidad de aparición

de falsos positivos; esto es, los pacientes que responden honestamente o los individuos con sintomatología genuina sean erróneamente identificados como simuladores. En el campo de la detección de la simulación, esta estrategia es prioritaria, ya que etiquetar a un individuo sintomático como simulador, no siéndolo, puede conllevar la violación de sus derechos y libertades civiles y su inclusión en un proceso judicial con consecuencias penales. Así mismo, esta clasificación errónea podría suponer que el individuo no recibiera las ayudas sanitarias y compensaciones o prestaciones por su discapacidad, necesarias para su recuperación o para mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Este estudio ha pretendido explorar la capacidad predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS para discriminar entre pacientes no simuladores y pacientes que presumiblemente estaban simulando en virtud de criterios previos empíricamente validados. Los resultados encontrados nos llevan a concluir lo siguiente:

1. En la escala total del SIMS, el grupo de presuntos simuladores presentó unas puntuaciones medias marcadamente más altas que el grupo no simulador (23,2 frente a 11,7, respectivamente). Esta diferencia entre las puntuaciones es asimismo altamente significativa ($F = 37$ $p < .0001$) y discriminante (d de Cohen = 1,6). Además, las puntuaciones medias del grupo de simuladores sobrepasan con mucho el punto de corte recomendado en la adaptación española para considerar sospecha de simulación (> 16 puntos).
2. Respecto a las subescalas del SIMS, el grupo de probables simuladores presentó puntuaciones significativas y discriminantes más altas que el grupo no simulador, especialmente en las escalas de trastornos afectivos, deterioro neurológico, psicosis y trastornos amnésicos.

La literatura científica existente señala que las subescalas del SIMS pueden proporcionar cierta información cualitativa acerca del síndrome específico que se pretende simular, ya que diversos estudios han encontrado perfiles diferenciales consistentes con la patología simulada (Burger y Smith, 1997; Merckelbach y Smith, 2003). En este sentido, los perfiles de ambos grupos son prácticamente paralelos ya que presentaban una patología similar; sin embargo, los probables simuladores autoinforman consistentemente de un mayor nivel de deterioro frente a los clínicos. Así, los

simuladores presentan un mayor nivel de afectación ansioso-depresiva (subescala Af, $d= 1,2$), un mayor nivel de distorsiones cognitivas (subescala Ps, $d= 1,1$), un mayor nivel de dolor, disfunciones somáticas y discapacidad (subescala Dn, $d= 0,9$) y, sobretodo, un mayor nivel de problemas de memoria y confusión mental (subescala Am, $d= 1,4$).

Estos resultados son consistentes con los encontrados en la literatura científica, tanto para el caso del SIMS (Burger y Smith, 1997; Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008; Edens, Polythress y Watkins-Clay, 2007; González Ordi y Santamaría Fernández, 2008; Smith, 1997; Merckelbach y Smith, 2003; Smith y Widows, 2005), como el MMPI-2 y MMPI-2-RF (Aguerrevere, Greve, Bianchini y Meyers, 2008; Kucharski, Sellbom, Toomey y Wygant, 2010; Lange, Sullivan y Scott, 2010; Meyers, Millis y Volkert, 2002), el PAI (Kurcharski, Toomey, Fila y Duncan, 2007; Sullivan y King, 2010), como en el caso de otros autoinformes relacionados con dolor crónico (Capilla Ramírez, González Ordi y Matalobos Veiga, 2008; McGuire, Harvey y Shores, 2001; McGuire y Shores, 2001), estrés postraumático y depresión (Matalobos Veiga y González Ordi, 2007), así como otros trastornos psicopatológicos (Rogers, Sewell, Martin y Vitacco, 2003). En este sentido, los simuladores parecen responder a los diversos autoinformes presentado un patrón de exageración de síntomas con el fin de reflejar «su peor imagen posible», mucho más deteriorada que los individuos que presentan una patología similar pero que responden honestamente, siguiendo el principio de «*cuanto más, mejor*» (Rogers, Gillis y Bagby, 1990).

3. Igualmente, los datos sobre validez predictiva se han mostrado muy prometedores. Considerando el punto de corte en la escala total del SIMS >16 puntos, los valores de sensibilidad indican el que SIMS es capaz de detectar adecuadamente al 82% de los probables simuladores y los valores de especificidad permiten excluir correctamente al 93% de los participantes que no son simuladores. Así mismo, el 92% de los casos que cayeran por debajo de este punto de corte serían de respuesta honesta (VPN), mientras que el 83% de los que lo superaran estarían realmente simulando (VPP), considerando además que el índice de exactitud global de la prueba se estima en un 88% con la muestra utilizada en este estudio. Adicionalmente, parece que el punto de corte propuesto en la adaptación española (dos puntos más exigente que el original norteamericano) va ganado una aceptación progresiva en la literatura científica como punto de corte óptimo para la toma de decisiones cuando se utilice el

SIMS para discriminar entre simulación y no simulación (Clegg, 2007; Smith, 2008).

Considerando todos estos datos en su conjunto, podemos decir que el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS es una prueba psicológica de autoinforme que aporta evidencia psicométrica y empírica adecuada para ser utilizada bien como instrumento de screening inicial, bien como instrumento de apoyo a otros instrumentos de evaluación multiescalar de la personalidad de amplio espectro, favoreciendo la convergencia de datos para la detección de simulación.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este trabajo ha sido posible gracias al apoyo decidido e imprescindible de las distintas direcciones de Asepeyo: Dirección Asistencia Sanitaria, Dirección de Proyectos Sanitarios y la gerencia del Hospital Asepeyo Coslada (Madrid). Así mismo, agradecer también a todos los Centros Asistenciales que tan amablemente han participado, especialmente el Centro Asistencial de Tres Cantos (Madrid).

REFERENCIAS

- Aguerrevere, L.E., Greve, K.W., Bianchini, K.J. y Meyers, J.E. (2008). Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated version of the Meyers Index for the MMPI-2. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 831-838.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Baer, R. A., Rinaldo, J. C. y Berry, D. T. R. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability). En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Vol. 2 (pp. 861-866). London: SAGE.
- Bianchini, K.J., Greve, K.W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Edición española: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, TEA Ediciones, 2002.

- Capilla Ramírez 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, 255-263.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2008). *Detección de simulación en dolor crónico*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Logroño, 27-29 de Noviembre de 2008.
- Clegg, C.B. (2007). *Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in Screening for Malingering Among Disability Seeking Outpatients* (tesis doctoral, West Virginia University, 2007). Obtenido el 26/02/2008 en https://eidr.wvu.edu/files/5256/Clegg_Carl_thesis.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- 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, 33-42.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 393-415.
- González Ordi, H. y Gancedo Rojí, M. (1999). Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En A. Ruano, J. M. Muñoz Céspedes y C. Cid Rojo (Coords.), *Psicología de la Rehabilitación* (pp. 405-441). Madrid: Fundación MAPFRE-Medicina.
- González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2008). *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Poster presentado en la 29th Stress and Anxiety Reserch Society (STAR) Conference. Londres, 16-18 de Julio de 2008.
- González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Halligan, P.W., Bass, C. y Oakley, D.A. (Eds.) (2003). *Malingering and illness deception*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kurcharski, L.T., Toomey, J.P., Fila, K. y Duncan, S. (2007). Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88, 25-32.

- Inda, M., Lemos, S., López, A. M. y Alonso, J. L. (2005). La simulación de la enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*, 26, 99-108.
- Lange, R.T., Sullivan, K.A. y Scott, C. (2010). Comparison of MMPI-2 & PAI validity indicators to detect feigned depression and PTSD symptom reporting. *Psychiatry Research*, 176, 229-235.
- Matalobos Veiga, B. y González Ordi, H. (2007). Detección de simulación en estrés postraumático y depresión. *EduPsykhé*, 6, 21-47.
- McDermott, B.E. y Feldman, M.D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- McGuire, B.E., Harvey, A.G. y Shores, E.A. (2001). Simulated malingering in pain patients: a study with the Pain Patient Profile. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 71-79.
- McGuire, B.E. y Shores, E.A. (2001). Pain Patient Profile and the assessment of malingered pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 401-409.
- Merckelbach, H. y Smith, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145-152.
- Meyers, J.E., Millis, S.R. y Volkert, K. (2002). A validity index for the MMPI-2. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 157-169.
- 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, 1094-1102.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morgan, J.E. y Sweet, J.J. (Eds.) (2009). *Neuropsychology of malingering casebook*. New York: Psychology Press.
- Resnick, P.J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 130-152). New York: The Guilford Press.
- Rogers, R. (Ed.) (2008a). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 3ª edición. New York: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008b). An introduction to response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 3-13). Nueva York: Guilford Press.

- Rogers, R. (2008c). Detection Strategies for Malingering and Defensiveness. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 14-35). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. y Bender, S. D. (2003). Evaluation of Malingering and Deception. En A. M. Goldstein (Ed.), *Handbook of Psychology. Vol. 11: Forensic Psychology* (pp.109-129). New Jersey: Wiley.
- Rogers, R., Gillis, J. R. y Bagby, R. M. (1990). Cross validation of the SIRS with a correctional sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 85-92.
- 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, 160-177.
- Rogers, R. y Shuman, D. W. (2000). *Conducting insanity evaluations*. New York: Guilford Press.
- Samuel, R.Z., y Mittenberg, W. (2006). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12. Obtenido el 7 de Enero de 2008, de <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=122>
- Sellbom M., Toomey, J.A., Wygant, D.B. y Kucharski, L.T. (2010). Utility of MMPI-2-RF (Reestructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-group design. *Psychological Assessment*, 22, 22-31.
- Slick, D.J., Sherman, E.M.S. y Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingering cognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. *Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Smith, G. P. (1997). Assessment of malingering with self-report instruments. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 351-370). New York: The Guilford Press.
- Smith, G. P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª edición, (pp- 323-339). Nueva York: Guilford Press.
- Smith, G. P. y Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 180-183.
- Sullivan, K. y King, J. (2010). Detecting faked psychopathology: a comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design. *Psychiatry Research*, 176, 75-81.

Widows, M. R. y Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz, FL: PAR: Psychological Assessment Resources.

Zweig, M.H. y Campbell, G. (1993). Receiver operating characteristics (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemical*, 39, 561-577.