Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Esp Med Legal. 2012;38(2):76–84

REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

www.elsevier.es/mlegal

REVISIÓN

Simulación en patología dolorosa crónica del raquis cervical (cervicalgia/esguince cervical)

Pilar Capilla Ramírez[a,*] **y Héctor González Ordi**[b]

[a] *Departamento de Especialidades Médicas, Psicología y Pedagogía Aplicada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España*
[b] *Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*

Recibido el 14 de marzo de 2012; aceptado el 26 de marzo de 2012
Disponible en Internet el 19 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE
Cervicalgia;
Esguince cervical;
Simulación;
Evaluación médica;
Evaluación psicológica

Resumen Se presenta una aproximación a la situación actual de la detección de simulación en la patología dolorosa del raquis cervical, basada en la idea central de la convergencia de datos que proceden de diferentes fuentes de información. La evaluación del paciente ha de ser multimétodo, multisistema y multidisciplinar, utilizando diferentes pruebas médicas y psicológicas actualmente contrastadas. En aquéllas ocasiones en las que el clínico sospecha la existencia de simulación (por ejemplo en el caso de algunos esguinces cervicales), la dificultad radica en definir en primer lugar si existe o no un patrón de exageración de síntomas, y en segundo lugar si el paciente es o no un simulador. Se plantea un protocolo de actuación para esta sospecha en el caso de cervicalgia/esguince cervical. Cuantas más pruebas independientes entre sí evidencien un patrón similar de exageración de síntomas, mayor certeza tendrá el evaluador a la hora de expresar sus conclusiones.
© 2012 AsociaciÓn Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Neck pain;
Whiplash injury;
Malingering;
Medical assessment;
Psychological assessment

Detection of malingering in chronic painful condition of the cervical spine (neck pain/whiplash injury)

Abstract An updated review of the literature on detection of malingering in chronic painful condition of the cervical spine is addressed. The detection of malingering is mainly based on the convergence of different sources of information. Indeed, patient assessment must use multiple methods, examine multiple systems and be multidisciplinary oriented, by using different empirical-based medical and psychological tests, instruments and procedures. In the presence of simulation suspect by the clinician (e.g. some whiplash injury cases), two aspects must be clarified in order to determine the presence of: *(1)* pattern of symptom exaggeration, and *(2)* malingering. In order to do this, a clinical multidisciplinary protocol is presented and detailed

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pilar_capilla@fremap.es (P. Capilla Ramírez).

0377-4732/$ – see front matter © 2012 AsociaciÓn Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.03.003

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

for the assessment of malingering in cases of neck pain/whiplash injury. The key aspect that the clinician must take into account is, that the more independent the tests, strategies and procedures show patterns of symptom exaggeration, the more certain will be our conclusions.
© 2012 AsociaciÓn Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se estima que 2 tercios de la población mundial sufrirán en algún momento de su vida, dolor cervical independientemente de su etiología[1], siendo motivo de que entre un 11 y un 14% de los trabajadores vean limitada su capacidad cada año[2]. La cervicalgia es considerada un fenómeno multidimensional, si bien, las distintas dimensiones y las relaciones entre ellas no están aún claramente definidas[1].

El 10% de las cervicalgias crónicas se deben a un esguince cervical (EC) o lesión cervical por aceleración sin contacto[3]. El EC puede cursar con una abigarrada sintomatología asociada a la cervicalgia[4], lo que unido a la condición de litigancia en la mayor parte de los casos (accidente de tráfico) nos debe hacer prestar especial atención a esta patología cuando tratamos de detectar al sujeto simulador, por lo que haremos, a lo largo de este artículo, especial mención a esta entidad, ya que si conseguimos clarificar el estudio de la simulación en un EC, nos será fácil hacerlo en una cervicalgia de otra etiología. La evolución del EC sigue siendo tema de controversia; revisando las numerosas publicaciones, se objetiva que los datos varían mucho de unas series a otras, existiendo más consenso en los factores predictivos de cronificación[5].

Centrándonos ya en la detección de la simulación (entendiendo como tal la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos, falsos o exagerados motivados por incentivos externos[6]), conviene resaltar que se fundamenta en la idea de la convergencia de datos que provienen de diferentes fuentes de información, e implica el uso de criterios de diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de un único test[7] y la utilización de enfoques evaluativos que incluyan la combinación de test especializados e indicadores de validez[8].

Si en la última década se le ha prestado especial importancia al modelo biopsicosocial del dolor crónico[9,10], lo que ha dado lugar a una nueva perspectiva más holística del ser humano, en la que los factores biológicos, psicológicos y sociales se integran para formar una sola realidad, que a su vez abarca diversas dimensiones de la persona (física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpersonal y socio-cultural) que se reflejan en la salud y en la enfermedad[11], resulta fácil aceptar que la detección de la simulación en cualquier patología dolorosa crónica debe abordar estos aspectos. En este sentido, Bianchini et al.[12] establecen unos criterios diagnósticos referidos a la discapacidad relacionada con simulación en dolor: «Criterio A: evidencia de incentivos externos significativos» contingentes con un patrón de exageración o fabricación de síntomas; «Criterio B: evidencia procedente de la evaluación física». Evidencia de que las habilidades, capacidades y/o limitaciones demostradas a lo largo de una evaluación física formal son consistentes con la exageración de las quejas y síntomas somáticos y la disminución exagerada de la capacidad física. «Criterio C: evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica». Evidencia de que los déficits neurocognitivos (v.g. capacidad de concentración, percepción, memoria, etc.) demostrados a lo largo de una evaluación formal son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva. «Criterio D: evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme». Evidencia que los síntomas, quejas y limitaciones autoinformadas por el paciente son consistentes con un patrón de exageración de síntomas y discapacidad a nivel físico, cognitivo y/o emocional, «Criterio E: los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos». **La** simulación se entiende como un patrón de conductas de carácter intencional y dirigido a la obtención de un beneficio externo, generalmente de tipo económico.

Con la finalidad de operativizar los criterios de Bianchini et al.[12], propusimos un protocolo de actuación para la detección de la simulación en dolor crónico[13], multimétodo, multisistema y multidisciplinar. Dicho protocolo ha sido aplicado ya a algunas patologías dolorosas crónicas como la lumbalgia entre otras, habiendo sido posible establecer puntos de corte para las diferentes pruebas en esta patología[14] que facilitan la detección del paciente simulador. Los estudios preliminares que estamos llevando a cabo en cervicalgia/EC con este protocolo, indican datos incluso más significativos que en lumbalgia, posiblemente porque la condición de litigancia en el caso del EC supone en gran parte de los casos, un mayor beneficio externo al existir, además de la situación de incapacidad temporal, la indemnización por parte de la compañía aseguradora en el caso de un accidente de tráfico.

La simulación en cervicalgia/esguince cervical

Existen pocos estudios sobre la incidencia de simulación en cervicalgia y EC lo cual ocurre también con el resto de patologías. Hamilton y Feldman (2001)[15] incluyen la cervicalgia y el EC entre las patologías dolorosas más simuladas. La complejidad en la reclamación (la presentación de la reclamación a fin de obtener compensaciones económicas se presenta en aquellos casos en los que la persona está asegurada, el factor relevante en el caso de los accidentes de tráfico y que depende de la legislación de cada país) ha sido definida como una dimensión de cronificación y factor facilitador de simulación[16].

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La incidencia estimada en población española por los profesionales expertos en el contexto médico-legal, llega al 60% en el caso del EC y al 50% para cervicalgia crónica (frente al 30% estimado en el caso de cervicalgia aguda)[13], en una encuesta realizada en 2008 por nuestro grupo. Consideramos que el dato es excesivamente elevado y que es posible que responda al sesgo, comprensible, del profesional que debe decidir a diario si el paciente merece o no indemnizaciones, incapacidades temporales o permanentes, etc., y carece con frecuencia, de los medios para objetivar en lo posible la presencia de exageración de síntomas o simulación. Más aún, si tenemos en cuenta que diversos estudios empíricos han demostrado que nuestra capacidad para detectar mentiras es bastante menos fiable de lo se podría pensar *a priori*. Aamondt y Custer[17] llevaron a cabo un metaanálisis analizando 108 estudios que suponía una muestra total de 16.537 sujetos que participaron en experimentos sobre la capacidad para detectar mentiras en diversos contextos. Encontraron que la confianza de los sujetos en su capacidad de detección, la edad y el sexo, la experiencia en la detección y el nivel educativo de los participantes, no influyeron significativamente en la precisión para detectar el engaño. En general, los profesionales en la detección del engaño (policías, detectives, jueces y psicólogos) no fueron más certeros en la detección del engaño que los estudiantes universitarios y los ciudadanos de a **pie.**

Por todo ello y parafraseando a Rogers y Correa (2008)[18] «Las estrategias de detección requieren una validación multimétodo fundamentada conceptualmente y con énfasis en la obtención de tamaños del efecto grandes y una precisa clasificación de simuladores y pacientes clínicos genuinos» (pág. 218). De ahí que la evaluación detallada y protocolizada sea fundamental para incrementar la eficiencia en la detección del engaño o en la determinación del no engaño.

Evaluación multimétodo, multisistema y multidisciplinar

Hemos descrito como la simulación es un fenómeno multideterminado y multidimensional, por lo que requiere de más que una estrategia unidimensional para su detección[13,19]. En la figura 1 queda reflejado el protocolo básico para detectar simulación[13], protocolo que iremos desglosando a continuación en el caso de cervicalgia/EC.

Como en cualquier otra entidad nosológica, ante un caso de cervicalgia/EC, después de una correcta historia clínica, realizamos la exploración ***física*** **prestando** atención al estado de la musculatura, exploración de puntos gatillo, balance articular activo (Ba a) y pasivo (Ba p) en ambos segmentos de la columna cervical, y existencia o no de signos neurológicos (fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos) entre otros signos.

Entre las pruebas complementarias, es de rutina además, realizar radiografías de columna cervical, que serán normales en la mayoría de los casos tras un latigazo cervical, pero que son importantes para determinar la existencia de patología degenerativa, ya que en este caso se ensombrece el pronóstico del EC[20,21]. Conviene recordar, que la llamada «rectificación de la columna cervical» puede ser normal en sujetos sanos y que la hipolordosis menor a 4 cm en el plano anteroposterior no se valora como patológica[22], dato

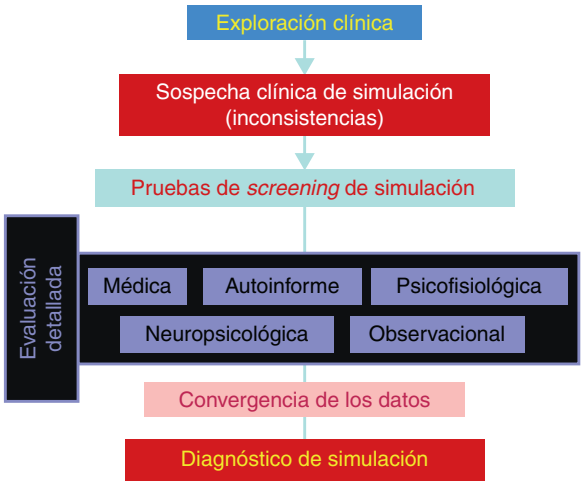

Figura 1 Protocolo básico para la detección de la simulación[13].

importante a fin de no magnificar hallazgos en la radiología que implican *a posteriori* aprensión en el paciente.

La resonancia magnética (RM), ampliamente utilizada en esta patología, puede demostrar alteraciones en los discos, raíces nerviosas, médula espinal, ligamentos y músculos como causa de dolor en columna cervical[23], pero no es una prueba a realizar de urgencia en un síndrome de latigazo cervical debido a que puede dar falsos positivos[24,25]. El problema de la RM es la alta incidencia de cambios degenerativos previos y lesiones asintomáticas que pueden ser un hallazgo casual, por lo que, antes de cualquier tratamiento ha de correlacionarse la clínica con la imagen[26]. En los casos en los que el paciente refiere dolor en columna fuera del segmento afectado, puede ser interesante el cribado con RM de columna completa para valorar la existencia de las lesiones no contiguas[27].

El electromiograma (EMG), que en el EC lo utilizaremos en aquellos casos que cursan con síndrome cervicobraquial, hipoestesias y/o disestesias o pérdida de fuerza, que nos harán sospechar lesión de las raíces nerviosas cervicales, es muy útil en la detección de pacientes simuladores de alteraciones sensitivas, motoras o dolor radicular, pero no lo es tanto cuando el paciente solo aqueja dolor e incapacidad, si bien en los últimos años, algunos grupos trabajan con electromiografía de superficie (EMGs) en pacientes con dolor tras un síndrome de latigazo cervical y parece que se puede deducir que hay una activación muscular anormal en los trapecios en pacientes con dolor crónico tras un EC, en especial en los esguinces de grado II[28]. Headley[29] ha trabajado con EMGs en la musculatura cérvico-escapular y tras el análisis de varianzas, concluye que es significativa la diferencia de la amplitud de la señal, siendo mayor en los pacientes que han sufrido un EC respecto al grupo control. Si se avanza en esos estudios sería un método de fácil acceso para ayudar a detectar simulación, no obstante, la mayor parte de trabajos en EMGs hacen referencia al dolor crónico lumbar, siendo aún escasos y poco concluyentes los estudios en dolor crónico a nivel de la musculatura dependiente de la columna cervical.

La posturografía dinámica: *ante* un accidente de tráfico-alcance posterior hay 2 mecanismos fundamentales (según

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

la energía del impacto) que justificarían la alteración del equilibrio/mareos, síntoma referido con frecuencia por los pacientes. Estos 2 mecanismos, dejando aparte otros poco frecuentes son: *1)* El conjunto de lesiones que ocasiona el EC con signos y síntomas (TAW), y *2)* El daño cerebral menor (DCM). Mallinson y Longridge[30] ya se preguntaron si la alteración del equilibrio tras un latigazo cervical se relacionaba con el TAW o bien era secundario a DCM, ya que ambos tienen una sintomatología muy similar. Estos autores lo estudian con posturografía dinámica computarizada (PDC) y observan que en TAW hay un patrón de preferencia somatosensorial y en el DCM un patrón vestibular o vestibular de preferencia visual. Llegan a la conclusión de que la alteración del equilibrio en el TAW se debe a un exceso de información somatosensorial desde las estructuras del cuello que distorsiona el eje vestibular, en especial en el esguince grado II. Evidenciar la existencia de esos patrones en los pacientes con persistencia de alteraciones del equilibrio tras EC, incluyendo el «patrón afisiológico y la normalidad de la prueba»[31] es de extraordinario interés para valorar inconsistencias y detectar simulación en aquellos casos que refieren mareos, vértigos o sensación de inestabilidad.

Hasta este punto hemos descrito la exploración y pruebas complementarias de las que disponemos, en mayor o menor medida según el ámbito de actuación del clínico, y hemos hecho referencia a los datos que conocemos que pueden ayudarnos a la hora de sospechar simulación. Sin embargo, en el caso del EC, con frecuencia el paciente niega mejoría a pesar del tratamiento instaurado, e incluso refiere empeoramiento de los síntomas o aparecen «síntomas tardíos» durante el curso del tratamiento. En este caso el clínico debe diferenciar si la falta de mejoría puede obedecer a una lesión orgánica (la queja es consistente con los datos obtenidos de la exploración física y las pruebas realizadas) o bien hay discrepancias entre los síntomas referidos y los signos objetivos e inconsistencias que hacen que el profesional de la salud «sospeche la existencia de simulación». Samuel y Mittenberg[32] destacan aquellos aspectos que contribuyen a la sospecha de presencia de simulación en el contexto médico-legal: *1)* Motivación y circunstancias; *2)* Sintomatología: presencia de síntomas atípicos o inusuales, exageración de la sintomatología, resultados en los tests psicológicos y 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 y discrepancias entre los datos de la entrevista y la historia clínica o la documentación prexistente; y *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 y estar bajo vigilancia. Algunos indicadores específicos de sospecha de simulación fueron descritos en 2008 por González Ordi, Capilla y Matalobos[33] para patologías que cursan con dolor crónico y que pueden aplicarse a cervicalgia/EC. En la tabla 1 se especifican estos indicadores adaptados a la patología concreta que nos ocupa.

Cuando el clínico sospecha la simulación en base a las inconsistencias encontradas, disponemos de las pruebas de *cribado* de exageración de síntomas del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)[34]. Es un instrumento de cribado diseñado para la detección rápida de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Permite obtener una puntuación total que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto y 5 escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos: *1)* Psicosis: 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: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos; *3)* Trastornos amnésicos: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real; *4)* Baja inteligencia: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general; y *5)* Trastornos afectivos: *evalúa* el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad. El SIMS ha demostrado su alta eficacia en la detección de las conductas de exageración de síntomas en dolor crónico[35], encontrándonos las escalas de deterioro neurológico y trastornos afectivos y la puntuación total por encima del punto de corte.

El SIMS no es una prueba de carácter diagnóstico, es una prueba de cribado (alta sensibilidad), cuyo principio básico es el cribaje inicial de posibles sujetos exageradores. Por tanto, cuando un paciente supera los puntos de

Tabla 1 Indicadores clínicos de sospecha de simulación en cervicalgia/esguince cervical

1. Existencia de un beneficio externo: prolongación de baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, discapacidad, etc.
2. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (radiografías, RM, TAC, EMG, signos de Sobel, posturografía, etc.), la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente
3. Distorsiones de respuesta en las pruebas de autoinforme (SIMS, MMPI-2, MMPI-2-RF, PAI, etc.): patrón de exageración de los síntomas
4. Discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración subjetiva autoinformada del sufrimiento del paciente y su discapacidad (*Neck Pain Questionnaire*, SF-36)
5. Mala valoración vital y baja autoeficacia percibida
6. Baja adherencia a las prescripciones médicas y el tratamiento médico y/o psicológico
7. Incongruencia entre los signos y los síntomas presentados con el curso previsible de esta patología
8. La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada, por lo que la duración del tratamiento está muy por encima de lo esperable, sin base etiológica para explicarlo
9. Escasos o nulos avances terapéuticos
10. Recidivas contingentes con la posibilidad de alta laboral
11. El paciente «predice» su empeoramiento o su falta de mejoría
12. Al menos, un profesional de la salud implicado en el diagnóstico y tratamiento sospecha de la posibilidad de simulación

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

corte establecidos, nos indica la existencia de un patrón de exageración de síntomas y nos obliga a profundizar en el estudio con la finalidad de lograr una alta especificidad; ya que, si es importante la detección de la simulación, no lo es menos conseguir que el paciente que no sea catalogado erróneamente como simulador (falso positivo). En este punto cabe recordar que no toda exageración de síntomas es en sí misma una simulación[36].

Para profundizar en el estudio e ir logrando mediante la convergencia de datos procedentes de diferentes fuentes de información una mayor especificidad, pasamos a los siguientes puntos:

Pruebas médicas

Aunque de la exploración física y las pruebas complementarias de imagen y función que ya le hemos realizado al paciente podemos obtener datos inconsistentes, cuando profundizamos en el estudio de la simulación, prestamos atención a algunos signos que no suelen formar parte de la exploración rutinaria.

Observación conductual y exploración física orientada a la posibilidad de simulación de síntomas

Sobel et al.[37] describen los signos no orgánicos en columna cervical (tabla 2), de gran interés para detectar inconsistencias en la exploración, pero también disponemos de otros signos que nos ayudan en esta valoración y que consisten en la observación conductual del paciente cuando no se le está realizando una exploración estructurada[5], o bien, cuando realizando una exploración, el paciente no conoce que estamos valorando el cuello como son la flexión cervical indirecta, o el test de la abducción del brazo, que consiste en el alivio del dolor de la extremidad superior al abducir el brazo y flexionar el codo, lo que se consigue llevando la mano de la extremidad afecta a la parte superior de la cabeza. El test es positivo, en el caso de radiculopatía si el paciente se encuentra más cómodo en esta posición y el dolor de la extremidad superior se alivia parcial o completamente. En simuladores: el test sería positivo cuando empeora. En cualquier otro gesto o postura podemos evaluar el «Ba a» espontáneo del paciente lo que será o no consistente con la exploración realizada.

Valoración personal vital y autoeficacia percibida

De los estudios en lumbalgia[14] y fibromialgia[38] sabemos que los pacientes en situación de litigancia tienden a mostrar una peor valoración personal vital y una menor autoeficacia percibida. Elaboramos un instrumento de cribado que consta de 7 ítems con un formato de respuesta escalar (1 = muy mala, y 5 = muy buena), que preguntaban acerca de el grado de satisfacción con su pareja, situación social, familiar, laboral, sexual y salud física y psicológica, tal y como puede observarse en la figura 2 y que ha sido significativamente discriminante en lumbalgia y fibromialgia[14,38] cuando se estudia el efecto de la condición litigante vs. no litigantes en estas patologías. Los resultados preliminares en cervicalgia/EC indican un comportamiento similar en esta escala.

La autoeficacia percibida se evalúa mediante la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General (EAG)[39], que es una escala de 10 ítems que exploran la capacidad percibida para resolver problemas, asumiendo que si el individuo se cree capaz de resolver eficazmente un problema, se mostrará más inclinado a actuar y se sentirá más confiado en sus propias posibilidades.

Tabla 2 Signos no orgánicos de Sobel

Signo	Test	Positividad
Palpación		
Sensibilidad superficial	Palpación superficial de la región cervical y torácica superior	El paciente refiere dolor al roce de la piel
Sensibilidad no anatómica	Palpación profunda de la región cervical, torácica, lumbar y MMSS	Se queja de dolor generalizado: fuera de las zonas afectadas (lumbar, brazos)
Simulación		
Rotación de la cabeza, el hombro, el tronco y la pelvis en bipedestación mantenida	El examinador rota al paciente en bloque	El paciente se queja de dolor en el cuello a la rotación en bloque
Rango de movilidad cervical	El paciente rota la cabeza al máximo a ambos lados	La rotación es < 50% de lo normal en cada dirección
Alteraciones regionales		
Pérdida de la sensibilidad	Leve contacto o pinchazo	Hipoestesia en zonas que no corresponden a dermatomas ni nervios periféricos
Pérdida de la fuerza	Estudio balance muscular	«Flacidez», deja caer sin patrón anatómico
Sobrerreacción	Observación de la conducta	Quejas, suspiros, rigidez, ...

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Frases	1	2	3	4	5
Mi situación de pareja en los últimos tiempos es					
Mi situación social en los últimos tiempos es					
Mi vida familiar en los últimos tiempos es					
Mi vida laboral en los últimos tiempos es					
Mi vida sexual últimamente es					
Mi salud física últimamente es					
Mi estado psicológico últimamente es					

Figura 2 Escala de valoración personal vital. Valoración personal: lea las siguientes frases y conteste con una «x» en la casilla que se ajuste mejor a usted, siendo 1 = muy mala, 2 = mala, 3 = normal, 4 = buena, y 5 = muy buena.

Valoración de la discapacidad y calidad de vida

Cuestionario de salud SF-36[40]

La versión española del SF-36[41] es uno de los instrumentos más usados a nivel nacional, tanto como medida descriptiva del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, como evaluador de diferentes procedimientos terapéuticos, como referencia para validar nuevos instrumentos de medición y de aplicabilidad en el campo de la clínica forense[42]. La puntuación total del SF-36 se ha mostrado significativamente discriminante entre pacientes litigantes y no litigantes en patologías dolorosas crónicas[14,38].

Neck Pain Questionnaire[43,44]

Cuestionario dirigido de forma específica a evaluar cómo afecta el dolor cervical a las actividades de la vida cotidiana, administrado en diferentes estadios de la evolución del paciente debería ser consistente la puntuación con la observación conductual y la exploración física, si esto no ocurre es inconsistente y, por lo tanto, ha de hacernos pensar en la posibilidad de simulación.

En general, los sujetos simuladores presentarán en las pruebas de autoinforme comentadas puntuaciones altas en índices de incapacidad, peor calidad de vida y peor estado de salud[14,30].

Valoración de la personalidad

Entre los instrumentos de evaluación objetiva de la personalidad que presentan índices de validez y que han demostrado ser útiles en la detección de la simulación en dolor crónico, destacamos el Inventario Multifásico de Personalidad de *Minnesota* 2 (MMPI-2), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2 RF), el *Pain Patient Profile*, el SCL-90-R, el *Modified Somatic Perception Questionnaire* y el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).

El MMPI-2[45] es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general y en el ámbito médico-legal en particular[46,47]. Entre los indicadores de validez del MMPI-2 más utilizados y contrastados empíricamente para la detección de exageración de los síntomas se encuentran las escalas de infrecuencia *F* y *Fb*, la escala F-psicopatológica o *Fp*, el índice *F-K* de Gough, la *Fake Bad Scale* o *FBS* y la escala de disimulación revisada o *DsR* (para una revisión detallada de estas escalas consultar González Ordi e Iruarrizaga[48]). Existe un índice discriminante (Índice Abreviado de Meyers) para la detección de simulación[49] basado en la combinación de pesos específicos en función de las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez del MMPI-2; *F*, *Fp*, *F-K*, *FBS*, *DsR* y la escala suplementaria del MMPI-2 *Es* (Fuerza del yo).

El MMPI-2-RF[50,51] es una nueva versión del MMPI, que tiene 8 escalas de validez que abarcan la detección de patrones inconsistentes de respuestas, exageración de síntomas y minimización o disimulación. Sus escalas de exageración de síntomas que fueron revisadas con el objeto de mejorar su sensibilidad a la exageración de síntomas psiquiátricos, emocionales, somáticos y cognitivos, han centrado la atención de distintas investigaciones que han respaldado su uso y eficacia en distintos contextos, tanto civiles como criminales[52–58].

Como estudio específico destacar el trabajo de Wallis y Bogduk[59], que utilizando el SCL-90-R para discriminar la simulación en pacientes litigantes y no litigantes en EC, concluyen que los pacientes litigantes puntúan más alto en todas las escalas que los no litigantes, mostrando un claro patrón de exageración de síntomas o perfil clínico sobredimensionado.

Otros instrumentos de evaluación de la personalidad están siendo recientemente incorporados para evaluar el patrón de exageración de los síntomas. Recomendamos la lectura de Santamaría Fernández[60], donde además, podrá encontrar el lector interesado la descripción de las diferentes escalas de las pruebas y la forma de interpretación.

Conclusiones

De todo lo expuesto y recopilando las aportaciones descritas de los diferentes autores citados en este artículo, podemos sacar algunas conclusiones en las cuales queremos incidir:

1. La detección de la simulación se basa en la idea central de la convergencia de datos que proviene de diferentes fuentes de información.
2. La evaluación del paciente ha de ser multimétodo, multisistema y multidisciplinar, incluyendo pruebas médicas y pruebas psicológicas y recogiendo la información que aporten diferentes profesionales que han tratado al paciente, ya que este no se comporta igual en diferentes ámbitos.
3. Es indispensable utilizar pruebas contrastadas que dispongan de escalas que nos indiquen la validez del protocolo, el patrón de exageración de los síntomas o su minimización.
4. Se han de buscar tamaños del efecto grandes que nos discriminen entre el paciente con sospecha clínica de simulación y el que no.
5. Nuestra capacidad para detectar la mentira es insuficiente y guiarnos por ella puede llevarnos a catalogar a un paciente como simulador cuando no lo es, de ahí la importancia de un protocolo de actuación que nos facilite la discriminación con la mayor especificidad posible.
6. Proponemos un protocolo de actuación en cervicalgia/EC que recopila las diferentes pruebas descritas y que queda

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

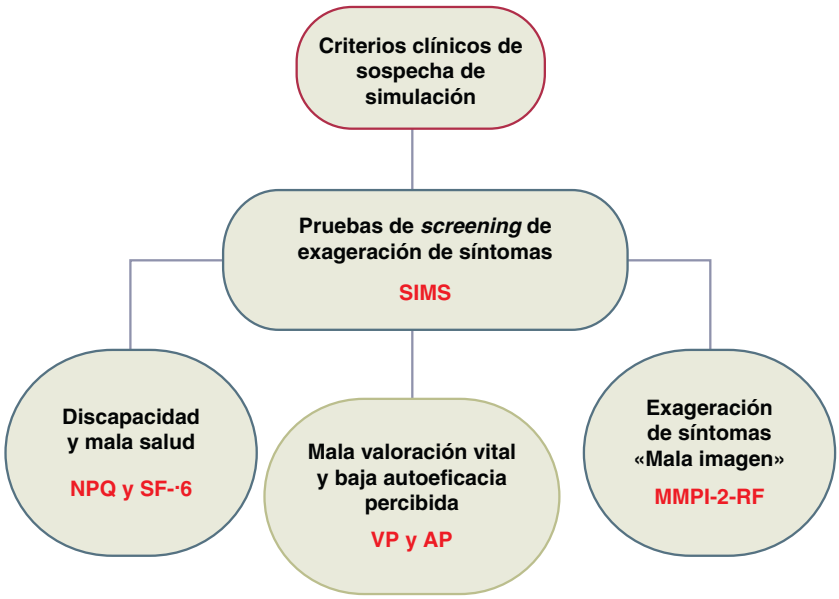

Figura 3 Protocolo de actuación en cervicalgia/esguince cervical.

reflejado en la figura 3 que sería de aplicación cuando el profesional encuentra inconsistencias y tiene criterios clínicos de sospecha de simulación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Fundación MAPFRE, que ha subvencionado los estudios de investigación en patologías dolorosas crónica citados a lo largo de este artículo y que actualmente nos ha concedido una Ayuda a la Investigación para el estudio de la simulación en cervicalgia/EC.

Bibliografía

1. Fejer R, Neck Hartvigsen J. Pain and disability due to neck pain: what is the relation. Eur Spine J. 2008;17:80–8.
2. Haldeman S, Carroll L, Cassidy D, Schubert J, Nygren A. The Bone and joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S5–7.
3. Bogduk N. The anatomy and pathophysiology of neck pain. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2003;14:455–72.
4. Rydevik B, Szplaski M, Gunzbur R. Eur Spine J. 2008;17 Suppl:S359–60.
5. Capilla Ramírez P. Cervicalgia y esguince cervical. En: González Ordi H, Santamaría P, Capilla P, editores. Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. Madrid: TEA ediciones; 2012. p. 375-96.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA; 2000.
7. Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL. Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. Clin Neuropsychol. 1999;13:545–61.
8. Iverson GL. Detecting malingering in civil forensic evaluations. En: MacNeill HA, Hartlage LC, editores. Handbook of forensic neuropsychology. Nueva York: Springer; 2003. p. 137–77.
9. Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychological perspective. Am Psychologist. 2004;59:792–805.
10. Gatchel RJ. Clinical Essentials of pain management. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
11. Moreira P, Crusellas L, Machado-Vaz F, Pinheiro A. Construyendo salud: de las evoluciones teóricas a las aplicaciones prácticas. Salud y Drogas. 2006;6:161–96.
12. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. Spine J. 2005;5:404–17.
13. Capilla Ramírez P, González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. Trauma Fundación MAPFRE. 2009;20:255–63.
14. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Santamaría Fernández P, Casado Morales MI. Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica. Trauma Fundación MAPFRE. 2012;23:en prensa.
15. Hamilton JC, Feldman MD. Chest pain in patients who are malingering. En: Hurst JW, Morris DC, editores. Chest pain. Armork, NY: Futura Publishing Co; 2001. p. 443–56.
16. Guzman J, Hurwitz EL, Carroll LJ, Haldeman S, Côté P, Carragee EJ, et al. A new conceptual model of neck pain: linking onset, course, and care: the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008;15 Suppl 4:S14–20.
17. Aamondt MG, Custer H. Who can best catch a liar? A meta-analysis of individual differences in detecting deception. The Forensic Examiner, Spring; 2006.
18. Rogers R, Correa AA. Determinations of Malingering: Evolution from Case-Based Methods to Detection Strategies. Psychiatry, Psychology and Law. 2008;15:213, http://dx.doi.org/10.1080/13218710802014501.
19. González Ordi H, Gancedo Rojí M. Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En: Ruano A, Muñoz JM, Céspedes C, Cid Rojo C, editores. Psicología de la Rehabilitación. Fundación MAPFRE-Medicina: Madrid; 1999. p. 405–41.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

20. Krag MH. Cervical spine: trauma. En: Frymoyer JW, editor. Orthopaedic Knowledge Update 4. AAOS. Illinois: Rosemont; 1993. p. 431–2.
21. Borchgrevink GE, Smevik O, Nordby A, Rinck PA, Stiles TC, Lerei I. MR imaging and radiography of patients with cervical hyperextension flexion injuries after car accidents. Acta Radiology. 1995;36:425–8.
22. Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, Toyama Y, Shiga H. Cervical curvature in acute whiplash injuries: prospective comparative study with asymptomatic subjects. Injury. 1998;29: 775–8.
23. Medina Sánchez M, Díaz Sánchez T, Bea Muñoz M, Fernández Guinea O, López Díaz MV. Resonancia magnética en esguince o síndrome del latigazo cervical. En: Columna cervical y hombro. Madrid: Mapfre; 2000. p. 71-84.
24. Pettersson K, Hildignsson C, Toolanen G, Fagerlund M, Bjornebrink J. Disc pathologic after whiplash injury. A prospective magnetic resonance imaging and clinical investigation. Spine. 1997;22:83–7.
25. Boden SD. Point of view. Spine. 1997;22:288.
26. Pettersson K, Hildignsson C, Toolanen G, Fagerlund M, Bjornebrink J. MRI and neurology in acute whiplash trauma. No correlation in prospective examination of 39 cases. Acta Orthop Scan. 1994;65:525–8.
27. Aso Escario J, Martínez Quiñones JV. Traumatismos raquídeos y lesiones no contiguas. Importancia del cribado con resonancia magnética de columna completa en el esguince cervical. Rev Esp Med Legal. 2009;35:3–11.
28. Nederhand MJ, Hermens HJ, Ijzerman MI, Turk DC, Ziloud G. Chronic neck pain disability to an acute whiplash injury. Pain. 2003;102:63–71.
29. Headley Bárbara JA. Surface electromyography assessment of patients subsequent to motor vehicle crash (MVC) and controls to establish presence of soft-tissue injury: a pilot study. JWRD. 2005;4:57.
30. Mallinson AI, Longridge NS. Dizziness from whiplash and head injury, differences between whiplash and head injury. Am J Otol. 1988;6:814–8.
31. García de las Heras B. Pruebas médicas I. En: González Ordi H, Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P, eds. Estrategias de detección de simulación. Un manual práctico multidisciplinar. Madrid: TEA ediciones; 2012. p. 301-24.
32. Samuel RZ, Mittenberg W. Determination of malingering in disability evaluations. Primary Psychiatry. 2006;1:2 [consultado 7 Ene 2008]. Disponible en: http://www.primarypsychiatry.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=122
33. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. Clínica y Salud. 2008;19:393–415.
34. González Ordi H, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
35. Capilla Ramírez P, González Ordi H, Santamaría Fernández P. Detección de simulación en dolor crónico. En libro de resúmenes: VIII Congreso de la Sociedad Española de Traumatología Laboral-SETLA. Vol. 8. Logroño; 2008. p. 108-9.
36. Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ, Curtis KL. Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90:1117–26.
37. Sobel JB, Sollenberger P, Robinson R, Polatin PB, Gatchel RJ. Cervical nonorganic signs. A illness behavior in neck pain patients: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81: 170–5.
38. Capilla Ramírez P. Fibromialgia: estudio de los perfiles de personalidad a través del MMPI-2-RF y el efecto de la litigancia con sospecha clínica de simulación (tesis doctoral no publicada) 2011.
39. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. Ansiedad y Estrés. 1996;2:1–8.
40. Ware Jr JE. Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item Selection. Med Care. 1992;30:473–83.
41. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados. Med Clin (Barc). 1995;104: 766–71.
42. Hidalgo A, Navarro J, Michelena J, Teijeira R, Segui-Gómez M. Aplicabilidad del SF-36 en el campo de la clínica forense. Rev Esp Med Legal. 2008;34:11–7.
43. González Henández T, Balsa Criado A, González Secunda I, Zamorano E, Sainz de Murieta J, Pérez Are J, et al. Adaptación del *Northwickpark neck questionnaire* a la población española. Rev Esp Reumatol. 1999;5:176.
44. González Hernández T, Balsa A, González Secunda I, Sainz de Murieta J, Zamorano E, González I, et al. Spanish version of the Northwick park neck qestionnaire: reliability and vality. Clin Exp Reumatol. 2001;19:41–6.
45. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. En: Manual (adaptación española realizada por Ávila-Espada A y Jiménez-Gómez F). Madrid: TEA ediciones; 1989.
46. Arbisi PA, Butcher JN. Relationship between personality and health symptoms: use of the MMPI-2 in medical assessments. Int J Clin Health Psychol. 2004;4:571–95.
47. Butcher JN, Ben-Porath YS. Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: an alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. Austr Psychol. 2004;39:44–50.
48. González Ordi H, Iruarrizaga Díez I. Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. Papeles del Psicólogo. 2005;26:129–37.
49. Aguerrevere LE, Greve KW, Bianchini KJ, Meyers JE. Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated version of the Meyers Index for the MMPI-2. Arch Clin Neuropsychol. 2008;23:831–8.
50. Ben-Porath YS, Tellegen A. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2-RF) (adaptación española realizada por Santamaría Fernández P). Madrid: TEA ediciones; 2009.
51. González Ordi H. Inventario de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2-RF). En: Fernández-Ballesteros R. directora. Evaluación psicológica. Concepto, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide; 2011.
52. Marion BE, Sellbom M, Bagby RM. The Detection of Feigned Psychiatric Disorders Using the MMPI-2-RF Overreporting Validity Scales: An Analog Investigation. Psychological Injury and Law. 2011;4:1-12. doi:10.1007/s12207-011-9097-0.
53. Rogers R, Gillard ND, Berry DTR, Granacher RP. Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for feigned mental disorders and cognitive impairment: A known-groups study. J Psychopathol Behav. 2011;33:355-67. doi:10.1007/s10862-011-9222-0.
54. Sellbom M, Bagby RM. Detection of Over reported Psychopathology with the MMPI-2 RF Form Validity Scales. Psychol Assess. 2010;22:757–67.
55. Sellbom M, Toomey JA, Wygant DB, Kucharski LT, Duncan S. Utility of the MMPI–2-RF (Restructured Form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: a known-groups design. Psychol Assess. 2010;22:22–31.
56. Santamaría Fernández P, Gónzalez Ordi, H, Capilla Ramírez P, Blasco J, Pallardo Durá L. La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF. Comunication presented at the VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España. 2010 [consultado 22 Sep 2010]. Presentación oral. Disponible en: http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

57. Wygant DB, Ben-Porath YS, Arbisi PA, Berry DT, Freeman DB, Heilbronner RL. Examination of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales in Civil Forensic Settings: Findings from Simulation and Known Group Samples. Arch Clin Neuropsychol. 2009;24:671–80.
58. Youngjohn JR, Wershba R, Stevenson M, Sturgeon J, Thomas ML. Independent Validation of the MMPI-2-RF Somatic/Cognitive and Validity Scales in TBI Litigants Tested for Effort. Clin Neuropsychol. 2011;1:14, http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2011.554444.
59. Wallis BJ, Bogduk N. Faking a profile: can naive subjets simulate Whiplash responses. Pain. 1996;66:223–7.
60. Santamaría Fernández P. Evaluación mediante autoinforme. En: González Ordi H, Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P, editores. Estrategias de detección de simulación, un manual clínico multidisplinar. Madrid: TEA ediciones; 2012.