

Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica

A multidisciplinary approach to the detection of malingering in chronic low back pain

González Ordi H¹, Capilla Ramírez P², Santamaría Fernández P³, Casado Morales MI¹

¹ Universidad Complutense de Madrid. ² FREMAP Madrid. Universidad Europea de Madrid. ³ TEA Ediciones, Madrid, España.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

Resumen

El objetivo de este trabajo es el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en lumbalgia crónica, con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad, y elaborar un protocolo detallado de actuación para aquellos casos en los que el profesional de la salud implicado detecte la posibilidad de existencia de síntomas de simulación, en especial en aquellos pacientes en los que el contexto social, laboral, familiar o personal haga pensar en la obtención de beneficios económicos o eximentes laborales. La muestra del estudio estaba compuesta por 88 participantes, divididos en cuatro grupos: lumbalgia no litigante (n=15), lumbalgia litigante (n=23), lumbalgia análogo (n=20) y grupo control (n=30). Se les administra una batería de pruebas médicas y psicológicas, que incluyen diversas pruebas médicas complementarias: Escala de Valoración Personal Vital, Escala de Autoeficacia Percibida, Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO), Índice de Discapacidad Crónica de Waddell (IDC), Cuestionario de Salud SF-36, Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) e Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2-RF). Se presentan datos referidos a diferencias entre grupos y validez predictiva de los instrumentos utilizados y se propone un protocolo de actuación para la detección de la simulación en función del perfil diferencial obtenido entre los pacientes no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación.

Palabras clave:

Simulación, engaño, lumbalgia, evaluación médica, evaluación psicológica.

Abstract

A multidimensional study on the symptom exaggeration in chronic low back pain patients is presented. The main aim is to detect discriminant patterns of malingered pain-related disability in order to develop a detailed protocol to the assessment of suspected malingering in cases with false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms motivated by external incentives. Overall sample (n=88) was divided in four groups: low back pain patients not involved in litigation (n=15), low back pain patients involved in litigation (n=23), analogue low back pain-instructed participants (n=20), and control group (n=30). Several medical and psychological tests were administered to participants, including: medical complementary tests, self-efficacy and life personal self-report scales, the Oswestry Disability Index, the Chronic Disability Index of Waddell, the SF-36 Health Survey, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 – Restructured Form (MMPI-2-RF). Data on mean group differences and predictive accuracy of the instruments used are presented. A protocol for the detection of malingering based on the differential profile scores between low back pain non-litigants and litigants is also addressed.

Key words:

Malingering, deception, low back pain, medical assessment, psychological assessment.

Correspondencia

H González Ordi
Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), Facultad de
Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas s/n.
28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.
hctorgo@psi.ucm.es

I Introducción

Se calcula que ocho de cada diez personas sufrirán dolor en la zona baja de la espalda al menos una vez en su vida [1]. El dolor de espalda es actualmente considerado como un síntoma, no como una enfermedad, tiene una etiología multifactorial y ocurre frecuentemente en toda la población, en todas las edades, en todos los estratos sociales y ocupaciones [2]. Cabe destacar que la etiología es inespecífica en el 80% de los casos [3]. Hablamos de dolor lumbar crónico cuando dura más de tres meses o, incluso, persiste una vez resuelta la lesión [4].

Al igual que ocurre en otros dolores crónicos, una de las principales diferencias entre la lumbalgia aguda y la crónica es que en la segunda los factores cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales influyen de manera decisiva en el mantenimiento del dolor [5]. El dolor crónico de espalda se ha asociado frecuentemente a factores emocionales como la ansiedad y el estrés, la depresión, la ira y otros procesos psicológicos y psicosociales [6][7].

El abordaje de la simulación ha de ser multimétodo, multisistema y multidisciplinar [8-10], ya que no toda exageración de síntomas es, en sí misma, simulación [11] [12], por lo que no debe considerarse siempre como intento del paciente de presentar un patología falsa. Esta exageración en la presentación de sus síntomas puede ser, también, efecto del aprendizaje y/o la experiencia.

El objetivo de este trabajo es el estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en lumbalgia crónica, con el fin de obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad, y elaborar un protocolo detallado de actuación para aquellos casos en los que el profesional de la salud implicado detecte la posibilidad de existencia de síntomas de simulación, en especial en aquellos pacientes en los que el contexto social, laboral, familiar o personal haga pensar en la obtención de beneficios externos.

I Material y método

Se trata de una muestra incidental compuesta por 88 personas con edades comprendidas entre 24 y 63 años, de los cuales 30 eran casos control y 58 casos de lumbalgia, asignados a los siguientes grupos:

Lumbalgia no litigante (n=15)

Pacientes con lumbalgia crónica diagnosticada en el Sistema Público de Salud (SPS), que no se encuentren en situación de Incapacidad Temporal y sin un beneficio externo manifiesto.

Lumbalgia litigante (n=23)

Pacientes con lumbalgia crónica, diagnosticados en SPS y en Seguimiento por Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en FREMAP Madrid. En este grupo se incluyeron pacientes que generaron sospecha clínica de simulación por presentar las siguientes características: existencia de beneficio externo, es decir, 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 (médico o fisioterapeuta); discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMN y EMG) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente; no se encuentra evidencia física en la exploración física y en las pruebas de imagen y función que justifiquen el dolor y discapacidad referidos por el paciente; cumplen al menos tres de los cinco signos de Waddell como criterio discriminante de sospecha clínica [13]; baja adherencia a las prescripciones médicas; la frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada y hay escasos o nulos avances terapéuticos.

Lumbalgia análogo (n=20)

Con el objetivo de explorar el perfil de sujetos que supiéramos a ciencia cierta que estaban mintiendo, presentando su peor imagen posible, incluimos un grupo de simuladores análogos que estaba constituido por sujetos adultos sanos a los que se les instruirá deliberadamente para mentir y simular síntomas consistentes con el diagnóstico de lumbalgia crónica. Las instrucciones que recibieron los sujetos simuladores análogos fueron las siguientes:

«A continuación vas a responder a una prueba de evaluación psicológica. Imagina que para acceder a una serie de ventajas económicas y laborales o conseguir un subsidio o pensión afirmas que te encuentras psicológica y físicamente muy afectado porque sufres dolores intensos en la parte baja de la espalda, que te impiden estar sentado en la misma posición mucho tiempo, coger pesos excesivos o hacer movimientos bruscos o intensos; por lo que te resulta muy difícil moverte y desplazarte a trabajar y, una vez en tu puesto de trabajo, mantener la concentración y la eficacia durante mucho tiempo, debido a que el dolor va siendo cada vez más intenso a medida que transcurre el día. Nos gustaría que contestes a la prueba sin perder de vista esta intención, pero tratando de que las respuestas sean lo más convincentes posibles, es decir, sin que puedan detectar que estás mintiendo».

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la población estudiada, por grupos.

	N	% mujeres	Edad media (dt)	Rango de edad
Lumbalgia litigante	23	73,9	43,8 (9)	27-59
Lumbalgia no litigante	15	20,0	45,4 (9,4)	24-63
Lumbalgia análogo	20	55,5	42,7 (10,4)	24-62
Control	30	43,3	48,8 (7,4)	33-61
Total	88			

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					

Fig. 1. 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.

Controles (n=30)

Constituido por sujetos adultos sanos.

En la tabla 1 puede verse la distribución por sexo y edad en cada uno de los grupos.

A los participantes del estudio se les administró una batería de pruebas y técnicas médico-psicológicas dividida en cinco grandes apartados:

1. Exploración física y pruebas médicas: 1) Dismetrías de miembros inferiores, 2) Alteraciones del eje (escoliosis o cifosis), 3) Balance muscular (Bm), 4) Balance articular activo (Ba a), 5) Balance articular pasivo (Ba p), 6) Existencia de signos de compromiso radicular (reflejos osteotendinosos-ROT, claudicación a la marcha de talones-puntillas, alteraciones de la sensibilidad en miembros inferiores (MMII) y existencia de amiotrofias musculares en MMII). Adicionalmente, en el caso de los pacientes litigantes se exploraron los signos de Waddell. 7) Radiografías anteroposterior (AP) y lateral (L) de columna lumbar, 8) Resonancia magnética de columna lumbar (RM) y 9) Electromiograma (EMG) de inserción en aquellos pacientes que referían ciática.

Para la inclusión en la muestra de lumbalgia crónica los pacientes debían tener una exploración física normal, pruebas de imagen sin lesiones que justificaran la clínica que presentaban, EMG sin signos de afectación radicular

y, en el caso de los pacientes litigantes, cumplir al menos tres de los cinco signos de Waddell, como criterio discriminante de sospecha clínica [13].

2. Valoración personal vital y autoeficacia percibida. Elaboramos un instrumento de *screening* específicamente para esta investigación que constaba de siete ítems con un formato de respuesta escalar (1= muy mala y 5= muy buena), que preguntaban acerca del grado de satisfacción con su pareja, situación social, familiar, laboral, sexual y salud física y psicológica, como se observa en la fig. 1. La autoeficacia percibida se evaluó mediante la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Baessler y Schwarzer [14]. La EAG es una escala de diez 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. El formato de respuesta es escalar, donde 1 = incorrecto y 4 = totalmente cierto. El rango de respuestas oscila entre 10 y 40, siendo 10 el menor nivel de autoeficacia percibida. Presenta una aceptable consistencia interna (α de Cronbach = .81). Se puede obtener también una puntuación promediada con un rango de 1 a 4, siguiendo la misma escala de respuesta: 1 = baja autoeficacia a 4 = alta autoeficacia.

3. Valoración de la discapacidad producida por la lumbalgia. Como instrumentos se han utilizado: el Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO) [15] y el Índice de Discapacidad Crónica de Waddell (IDC) [16]. El IDC de Waddell correlaciona con el IDO, lo que puede resultar útil para valorar la inconsistencia de respuestas del paciente simulador a través de pruebas diferentes [16][17].
4. Valoración general del estado de salud y la calidad de vida. Se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 [18]. En este estudio se ha tenido en cuenta solamente la puntuación total en el SF-36.
5. Patrones de exageración de síntomas. Para la exploración de los posibles patrones de exageración de síntomas entre los grupos del estudio se utilizaron dos instrumentos de autoinforme adaptados al castellano, distintos pero convergentes, ampliamente conocidos en el campo de la simulación: el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2-RF) [19][20] y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) [21].
Tras la lectura y aceptación del consentimiento informado, se procedió a aplicar a los sujetos del estudio dos sesiones de evaluación de la batería de pruebas físicas y psicológicas: sesión 1 (exploración física y pruebas médicas) y sesión 2 (instrumentos de autoinforme).

Resultados

La obtención de los resultados de nuestro estudio se desarrolló de la siguiente manera:

1. Estimación la fiabilidad de las pruebas aplicadas a las muestras de nuestro estudio mediante el cálculo de la consistencia interna a través del Alfa de Cronbach.
2. Análisis de varianza unifactorial entre las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos en relación a la Valoración Personal Vital, la Autoeficacia Percibida, las escalas de discapacidad (IDO e IDC), el impacto sobre la salud (SF-36) y los patrones de exageración de síntomas del MMPI-2-RF y el SIMS. Para ello se ha comprobado previamente el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene en cada uno de los casos. El estadístico de contraste *post hoc* utilizado ha sido la Diferencia Honestamente Significativa o HDS de Tukey, que permite comparaciones múltiples cuando se quiere comparar un grupo con todos los demás, manteniendo bajo el error tipo I o falso positivo.

3. Cálculo del tamaño del efecto de las diferencias encontradas mediante la *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 [22] 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 [23] 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.
4. Análisis de la validez predictiva de las variables discriminantes obtenidas en los pasos 3 y 4, mediante la obtención de la curva característica del receptor (COR), los valores del área bajo la curva y los puntos de corte para determinar la sensibilidad y especificidad por pruebas y patologías en no litigantes *versus* litigantes.

Los análisis de varianza unifactoriales, las pruebas *post hoc* y las curvas COR se han realizado utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.0. Para el cálculo de la *d* de Cohen se ha empleado el programa informático facilitado por la UCCS (University of Colorado, Colorado Springs) a tal efecto y que está disponible en su página web (<http://www.uccs.edu/~faculty/lbecker/>).

Las escalas y subescalas que presentan diferencias entre medias estadísticamente significativas entre los distintos grupos son las escalas de Valoración Personal Vital (VP), Autoeficacia Percibida (AP), las puntuaciones medias totales en el Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO), el Índice de Discapacidad Crónica de Waddell (IDC) y el Cuestionario de Salud SF-36; asimismo, también presentan diferencias estadísticamente significativas la puntuación Total y las escalas de Deterioro Neurológico (Dn) y Trastornos Afectivos (Ta) del SIMS y las subescalas de Validez de los Síntomas (FBS-r) y Sesgos de Respuestas (RBS) del MMPI-2-RF (Ver tabla 2).

El primer aspecto a señalar tiene que ver con la estimación de la fiabilidad de las pruebas usadas en nuestro estudio a través de la consistencia interna (Alfa de Cronbach).

El instrumento de valoración personal vital, creado *ad hoc* para el estudio, presenta una buena fiabilidad, 0,89. La Escala de Autoeficacia General arroja una excelente fiabili-

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, ANOVA, pruebas *post hoc* (HSD de Tukey) y tamaño de las diferencias (d de Cohen) en las distintas escalas y subescalas que presentan diferencias significativas entre grupos.

Escalas/ Subescalas	Descriptivos por grupos media (desviación típica)				ANOVA (Grupos lumbalgia)			HDS de Tukey (significación estadística)			d de Cohen	
	Lumbalgia litigante	Lumbalgia no litigante	Lumbalgia análogo	Control	F	G.L	p	LNL vs LL	LL vs LA	LNL vs LA	LL vs LNL	LA vs LNL
VP†	2,5 (0,65)	3,6 (0,56)	2,7 (0,89)	3,5 (0,64)	11,87	2	0,001	0,001	0,536	0,002	1,89***	1,21***
AP†	2,4 (0,78)	3,0 (0,35)	2,5 (0,59)	2,9 (0,65)	4,66	2	0,014	0,015	0,942	0,042	1,06*	1,15*
IDO-Total	25,4 (7,03)	15,4 (14,6)	31,8 (6,9)	-----	29,97	2	0,001	0,001	0,020	0,001	0,97***	1,55***
IDC-Total	6,7 (2,06)	2,4 (2,29)	7,6 (1,95)	-----	27,49	2	0,001	0,001	0,471	0,001	2,02***	2,53***
SF-36-Total	29,3 (14,81)	69,6 (16,06)	24,2 (18,35)	-----	38	2	0,001	0,001	0,570	0,001	2,70***	2,68***
SIMS - Total	16,2 (8,07)	7,5 (3,31)	19,2 (6,19)	7,3 (3,04)	14,36	2	0,001	0,001	0,307	0,001	1,35***	2,35***
SIMS - Dn	4,3 (3,26)	0,8 (1,08)	5,7 (2,67)	0,7 (0,92)	14,77	2	0,001	0,001	0,202	0,001	1,35***	2,37***
SIMS - Ta	7,0 (2,57)	3,9 (1,55)	8,6 (2,5)	3,8 (1,82)	14,77	2	0,001	0,001	0,055	0,001	1,40***	2,30***
MMPI-2-RF - FBSr	66,2 (11,0)	52,1 (11,5)	66,4 (15,1)	-----	6,54	2	0,003	0,006	0,999	0,006	1,26**	1,06*
MMPI-2-RF - RBS	74,7 (32,2)	44,5 (18,4)	72,1 (28,1)	-----	6,08	2	0,004	0,005	0,951	0,014	1,19**	1,16*

Notas:

VP = Valoración Personal Vital; AP = Autoeficacia Percibida; IDO = Índice de Discapacidad de Oswestry; IDC = Índice de Discapacidad Crónica de Waddell; SF-36 = Cuestionario de Salud SF-36; SIMS-total = Puntuación total en el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS; SIMS-Dn = Escala de Deterioro Neurológico del SIMS; SIMS-Af = Escala de Trastornos Afectivos del SIMS; MMPI-2-RF-FBSr = Escala de Validez de los Síntomas del MMPI-2-RF; MMPI-2-RF = Escala de Sesgos de Respuesta en el MMPI-2-RF. LL=Lumbalgia Litigante; LNL=Lumbalgia No Litigante; LA=Lumbalgia Análogo.

† Valoración personal total promediada: 1 muy mala – 5 muy buena; Autoeficacia percibida total promediada (1= baja autoeficacia; 4= alta autoeficacia).

Las pruebas IDO, IDC, SF-36 y MMPI-2-RF se administraron solamente a los grupos de lumbalgia.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

dad, 0,94, superior a la aportada en la adaptación española, 0,81 [14]. La fiabilidad mostrada en nuestro estudio del IDO, 0,93, es excelente y superior a los valores informados en estudios anteriores [24] [25]. Nuestros datos señalan que el IDC también presenta una buena consistencia interna, 0,89. El SF-36 se comporta excelentemente bien en nuestro estudio, con una fiabilidad de 0,97, con valores superiores a los señalados por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo [26]. La consistencia interna del total (0,87) y las subescalas del SIMS sensibles en este tipo de patologías es de moderada a buena (Deterioro Neurológico=0,83 y Trastornos Afectivos=0,67). Las escalas de validez sensibles a la exageración de los síntomas del MMPI-2-RF (FBs-r-Validez de los Síntomas y RBS- Escala de Sesgo de Respuesta) presentan buenos valores en cuanto a su fiabilidad se refiere: 0,86 y 0,83 respectivamente.

Respecto a las diferencias entre medias que pueden verse en la tabla 2, los ANOVA reflejan que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las variables consideradas en este estudio. Los análisis *post hoc* (HDS de Tukey) indican que las puntuaciones obtenidas por el grupo

de pacientes no litigantes difieren significativamente tanto del grupo de pacientes litigantes como del grupo análogo; sin embargo, estas últimas dos condiciones, litigante y análogo, no difieren entre sí excepto para la puntuación total de la Escala de Discapacidad de Oswestry, donde sí se encuentran diferencias significativas. El tamaño del efecto de las diferencias (d de Cohen) en las comparaciones entre litigante *versus* no litigante y análogo *versus* no litigante oscila entre valores moderados a muy grandes, siguiendo los criterios de Rogers [23].

En cuanto a la valoración personal general de su situación vital y la autoeficacia percibida, los pacientes con lumbalgia litigantes presentan significativa y discriminantemente una peor valoración personal de su situación vital (d de Cohen =1,89, $p < 0,001$) y, en menor medida, una menor autoeficacia percibida (d=1,06, $p < 0,05$) que los no litigantes, pero puntúan de forma similar a los análogos, a los que se instruyó para que mintieran deliberadamente a tal efecto.

Se encontraron diferencias discriminantes con tamaños del efecto muy grande para el IDC (d=2,02, $p < 0,001$) y moderado para el IDO (d=0,97, $p < 0,001$) entre lumbalgia litigante y no litigante. Estos tamaños del efecto son mayores

entre los grupos de lumbalgia análogo y no litigante. La información proporcionada tanto por el IDC como por el IDO nos indica que los litigantes autoinforman de una mayor discapacidad en las actividades de la vida cotidiana que los no litigantes, de forma similar a los análogos (en el IDC), a los que se les pidió que mintieran deliberadamente a tal efecto. Es importante señalar, además, que el IDO es la única escala donde el grupo análogo mostró diferencias significativas con el grupo litigante, presentando las mayores puntuaciones en discapacidad.

Respecto a las diferencias entre medias encontradas para la valoración general del estado de salud y la calidad de vida, se obtuvieron diferencias discriminantes muy grandes entre litigantes y no litigantes ($d=2,70$, $p<0,001$) y no litigantes análogos ($d=2,68$, $p<0,001$). Los litigantes se auto-presentan con un peor estado de salud que los no litigantes, de forma similar al grupo de análogos, a los que se les pidió que mintieran específicamente sobre su estado de salud.

Respecto al SIMS, la puntuación media de la escala total del SIMS del grupo litigante alcanza el punto de corte para sospecha de exageración de síntomas en la adaptación española de la prueba (≥ 16 , según González Ordi y Santamaría Fernández [21]), e igualmente ocurre con las subescalas de Deterioro Neurológico y Trastornos Afectivos; mientras que la puntuación media del total y de las mismas subescalas están muy por debajo de los puntos de corte estimados para sospecha de exageración de síntomas en el grupo no litigante. Por otro lado, las puntuaciones medias del grupo litigante son menores, como era previsible, que las del grupo análogo. Otro aspecto a señalar es que las puntuaciones medias del grupo de lumbalgia no litigante son muy similares al grupo

control, que no presenta patología alguna. El grupo litigante presenta una mayor nivel de exageración de síntomas de forma significativa y discriminante que el grupo no litigante, tanto para la puntuación total del SIMS ($d=1,35$, $p<0,001$) como para las subescalas de Deterioro Neurológico ($d=1,35$, $p<0,001$) y Trastornos Afectivos ($d=1,40$, $p<0,001$).

Respecto al MMPI-2-RF, el grupo de lumbalgia litigante presenta mayores puntuaciones que el grupo de lumbalgia no litigante e incluso que el grupo de lumbalgia análogo en las escalas de validez FBS-r y RBS, con tamaños del efecto grande ($d=1,26$, $p<0,01$) y moderado ($d=1,19$, $p<0,01$), respectivamente.

A continuación, examinamos la utilidad de las pruebas de nuestro estudio que han mostrado resultados significativos en las diferencias entre las puntuaciones medias y en el tamaño del efecto, como herramientas predictivas a la hora de discriminar entre lumbalgia no litigante y litigante, y establecimos la curva característica del receptor (COR), calculando el área bajo la curva (AUC) para cada una de ellas (Tabla 3) y los posibles puntos de corte para establecer los valores respectivos de sensibilidad y especificidad (Tabla 4).

Los valores resultantes del área bajo la curva (AUC) para los instrumentos utilizados nos indican que los instrumentos elegidos parecen presentar una buena exactitud global a la hora de clasificar a los sujetos con dolor lumbar no litigantes frente a los litigantes, con áreas bajo la curva que oscilan desde 0,787 a 0,959. Los instrumentos que presentan mayor exactitud son el SF-36, el IDC y la Escala de Valoración Personal Vital, seguidos por el SIMS total y las subescalas de Trastornos Afectivos y de Deterioro Neurológico; finalmente, el IDO, las escalas de validez del MMPI-2-RF

Tabla 3. Área bajo la curva para lumbalgia para las pruebas discriminantes.

Comparación no litigante vs litigante.

Variables resultado de contraste	Área	Error típ. (a)	Sig. asintótica (b)	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
				Límite superior	Límite inferior
Valor. Pers.	,909	,047	,000	,816	1,002
Autoeficacia	,787	,073	,003	,643	,931
SF-36	,959	,028	,000	,904	1,014
IDC	,917	,052	,000	,816	1,018
IDO	,814	,079	,001	,659	,970
SIMS-Total	,845	,064	,000	,720	,970
SIMS-Dn	,817	,068	,001	,685	,950
SIMS-Af	,826	,065	,001	,698	,954
MMPI-2-RF FBSr*	,801	,078	,005	,648	,954
MMPI2-RF RBS*	,818	,075	,003	,671	,966

Tabla 4. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad en lumbalgia (no litigantes *versus* litigantes).

Variables resultado de contraste	Puntos de corte	Sensibilidad	Especificidad
Valoración Personal Vital	≤ 2,7	0,57	0,93
Autoeficacia Percibida	≤ 2,75	0,65	0,87
Cuestionario SF-36 (Total)	≤ 15,6	0,91	0,99
IDC	≥ 6,5	0,67	0,99
IDO	≥ 29	0,35	0,93
SIMS-Total	≥ 9,5	0,80	0,80
SIMS-Dn	≥ 3,5	0,52	0,93
SIMS-Af	≥ 5,5	0,70	0,87
MMPI-2-RF FBSr*	≥ 66	0,47	0,99
MMPI2-RF RBS*	≥ 72	0,47	0,92

*Puntuaciones T.

(FBSr y RBS) y, en menor medida, la Escala de Autoeficacia Percibida cierran el paquete evaluativo.

Para determinar los puntos de corte clasificatorios para cada uno de los instrumentos, tuvimos en cuenta el hecho de que, a excepción del SIMS, los instrumentos empleados en este estudio no están diseñados específicamente para la detección de exageración de síntomas, sino para la evaluación clínica general. Por ello primamos los valores de especificidad frente a los de sensibilidad, ya que es especialmente importante asegurarnos que el porcentaje de falsos positivos sea lo más reducido posible. Inversamente, el SIMS es un instrumento de *screening* para la detección de la exageración de síntomas y su principio básico es el cribaje inicial de posibles sujetos exageradores, por lo que solamente en este caso primamos valores de sensibilidad frente a especificidad, tanto en la escala total como en las subescalas de Deterioro Neurológico y Trastornos Afectivos; es decir, buscamos detectar el mayor porcentaje de sujetos que exageran síntomas y que el SIMS, como instrumento de *screening* que es, pueda actuar como «sistema de alarma» que sugiera realizar una evaluación más detallada multimétodo-multisistema-multiprofesional [10].

Conclusiones

Para buscar patrones diferenciales entre pacientes con lumbalgia no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación, hemos procurado centrarnos en aquellas variables que mostraran diferencias en los porcentajes o en las puntuaciones medias en diversas pruebas entre no litigantes y litigantes y, al mismo tiempo, que estos últimos no mostraran diferencias con el grupo de análogos; es decir, detectar las variables que mostraran que el litigante respondía de forma diferente al honesto y de forma similar con el aná-

logo, que había sido instruido para que mintiera deliberadamente. Con las características de este estudio, a nuestro juicio este ha sido el mejor método para detectar qué patrón de respuestas presenta un paciente que miente, cuando miente. Según este criterio, el perfil diferencial obtenido entre sujetos no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación sería el siguiente:

1. Los pacientes con lumbalgia litigantes se autopresentan significativa y discriminantemente con una peor valoración personal de su situación vital y una menor autoeficacia percibida para manejar su vida cotidiana que los pacientes no litigantes.
2. De las puntuaciones en la escalas IDC, IDO y SF-36, se deduce que los pacientes litigantes afirman que su enfermedad les produce un mayor grado de discapacidad, informando de un peor estado de salud general que pacientes no litigantes.
3. El grupo de lumbalgia litigante presenta mayores puntuaciones que el grupo de lumbalgia no litigante, e incluso que el grupo de lumbalgia análogo, en las escalas de validez sensibles a la exageración de síntomas del FBS-r y RBS del MMPI-2-RF. Asimismo, los litigantes muestran una mayor tendencia a la exageración de síntomas en la escala total del SIMS y en las subescalas de Deterioro Neurológico y Trastornos Afectivos especialmente. Por tanto, presentan un esfuerzo deliberado por presentarse a sí mismos de la peor manera posible («mala imagen»), sobredimensionando las puntuaciones en las pruebas de personalidad clínica.

En general, los resultados nos muestran que los pacientes litigantes tienden a presentar una «mala imagen» de sí mismos y de su estado físico y psicológico en comparación con los sujetos no litigantes que presentan un diagnóstico simi-

lar, destacando una mala valoración de su vida cotidiana y una baja autoeficacia percibida, extremando su discapacidad y mala salud, y exagerando sus síntomas. El perfil sobredimensionado obtenido en nuestro estudio es concordante con diversas investigaciones que reflejan que los pacientes litigantes presentan mayor tendencia a exagerar sus síntomas que los pacientes no litigantes [26][27]. Es más, parece que los estudios recientes con diseños de grupos conocidos, comparando las condiciones de pacientes sin incentivos económicos, pacientes con incentivos económicos, simuladores comprobados mediante criterios diagnósticos multidimensionales y simuladores análogos, reflejan que los simuladores comprobados presentan significativa y consistentemente mayores puntuaciones en escalas de exageración de síntomas y discapacidad que los pacientes con incentivos económicos pero que no presentan criterios compatibles con simulación, aunque ciertamente los pacientes con incentivos económicos puntúan también más alto que aquellos que no los tienen [28][29].

Teniendo en cuenta estas conclusiones, nuestra propuesta para detectar simulación en lumbalgia puede explicitarse en el siguiente protocolo:

1. Criterios clínicos de sospecha de simulación

- 1.1. Existencia de beneficio externo.
- 1.2. Sospecha clínica de simulación de, al menos, un profesional de la salud implicado en su tratamiento (médico, psicólogo o fisioterapeuta, etc.).
- 1.3. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMN y EMG) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente. Cumplen al menos tres de los cinco signos de Waddell, como criterio discriminante de sospecha clínica [13].
- 1.4. Baja adherencia a las prescripciones médicas.
- 1.5. La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada.
- 1.6. Escasos o nulos avances terapéuticos.

2. Evaluación mediante autoinforme

La sospecha clínica de simulación debería apoyarse en evidencia empírica objetivable. Con este fin pueden administrarse las pruebas utilizadas en nuestro estudio, considerando que las puntuaciones por encima o por debajo de los puntos de corte recomendados (Tabla 4) sugieren con mayor probabilidad la existencia de «mala imagen» deliberada. Cuantas más pruebas resulten convergentes en la dirección de la hipótesis de la mala imagen, más seguridad tendrá el profesional para emitir un juicio clínico.

La figura 2 representaría el árbol de decisión que, de forma sintética, expresa las dimensiones a explorar en la simulación de lumbalgia, según se desprende de nuestros datos. Junto con la existencia de beneficio externo, la falta de evidencia física que justifique el dolor y discapacidad referidos por el paciente, la baja adherencia al tratamiento y a las prescripciones clínicas así como los escasos o nulos avances terapéuticos (incluidos en los criterios clínicos de sospecha de simulación), se procede a administrar pruebas de *screening* para detectar posibilidad de exageración de síntomas, que deben confirmarse a través de una evaluación más detallada que evidencie patrones de mala salud y discapacidad extremas, mala valoración de los distintos ámbitos de la vida cotidiana por parte del paciente, baja autoeficacia percibida y un estilo de personalidad centrado en presentar una «mala imagen de sí mismo».

No obstante, conviene recordar, parafraseando a DeClue [30], que «ninguna puntuación aislada o combinación de puntuaciones en un test puede determinar por sí misma la presencia de simulación» (p.724); son la exploración e investigación clínica cuidadosas, la detección de inconsistencias del paciente en diversas pruebas psicológicas, neuropsicológicas y físicas o la observación de su conducta en distintos ámbitos médico, psicológico, fisioterapéutico y rehabilitador y la convergencia de los datos disponibles, lo que al final contribuye a la determinación de simulación.

Nuestro estudio ha pretendido explorar perfiles discriminantes para ayudar a detectar simulación en patología dolorosa crónica, orientada a la lumbalgia crónica. No obstante, existen algunas limitaciones que debemos señalar:

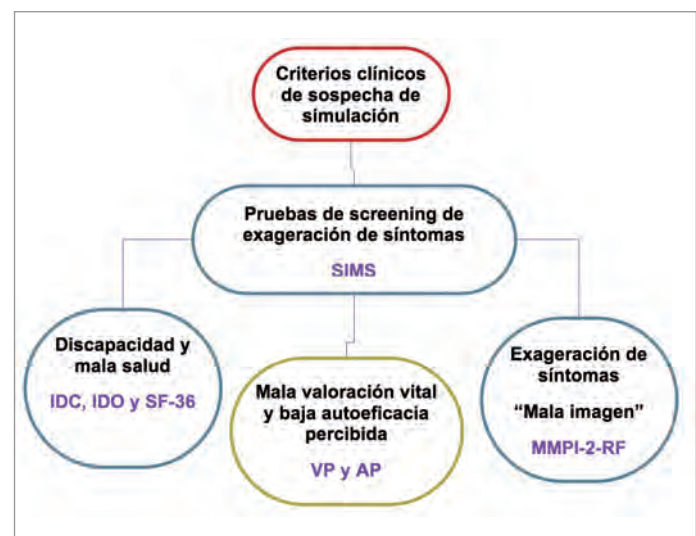


Fig. 2. Árbol de decisión en la evaluación de la detección de simulación de lumbalgia.

es necesario incrementar el número de sujetos de los distintos grupos en futuros estudios con el fin de comprobar si los perfiles obtenidos hasta el momento se mantienen y pueden generalizarse con más seguridad. Al tratarse de una muestra incidental, no hemos podido controlar adecuadamente la variable sexo en los grupos de lumbalgia; para futuros estudios debe equipararse esta variable en todas las condiciones. La estrategia investigadora de comparar las condiciones de no litigancia, litigancia y análogos parece fructífera, pero incrementaríamos considerablemente la seguridad de nuestras conclusiones si contáramos además con un criterio de jueces expertos para determinar un grupo de simuladores comprobados. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. En: Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Madrid: Fundación Grüenthal; 2003. P.23-8.
- Díez MA. Lumbalgia y ciática: prevención. *Farmacia Profesional* 2003; 17: 50-6.
- Moix J, Cano A y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B 13 de la Comisión Europea. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*; 2006; 12: 117-29.
- Penzo W. El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
- Casado MI, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud* 2008; 19: 379-92.
- Casado MI, Urbano MP. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 48-69.
- Brage S, Sandanger I, Nygar JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-years population-based study. *Spine* 2007; 15: 269-74.
- González Ordi H, Capilla Ramírez P, Matalobos Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud* 2008; 19: 393-415.
- Capilla Ramírez P, González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica. Estudio de casos. *Trauma* 2009; 20: 255-63.
- González Ordi H, Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P. (eds.). Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar. TEA Ediciones; 2011.
- Turk DC. Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain* 1996; 68: 423-30.
- Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ, Curtis KL. Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychological evaluation in a medico-legal context. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 1117-1126.
- Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Non-organic physical sign in low back pain. *Spine* 1980; 5: 117.
- Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés* 1996; 2: 1-8.
- Fairbank JCT, Davies JB, Couper J, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271-73.
- Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behavior? *BMJ* 1984; 289: 739-41.
- Miralles RC y Rull M. Valoración de los resultados del tratamiento del dolor lumbar y de las secuelas. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8, Supl. II: 131-39.
- 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 Clíin Barc* 1995; 104: 771-6.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado. Manual Profesional (Adaptación al castellano por P. Santamaría Fernández). TEA Ediciones; 2009.
- Santamaría Fernández P, González Ordi H, Capilla Ramírez P, Blasco J, Pallardo Durá L. La exageración de síntomas en el MMPI-2-RF. Comunicación presentada en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología Julio de 2010, Oviedo, Asturias, España. Disponible en: http://www.teaediciones.com/teasp/Ejemplos/Exageracion_MMPI-2-RF.pdf
- González Ordi H, Santamaría Fernández P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS. TEA Ediciones; 2009.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
- Rogers R (ed.). Clinical assessment of malingering and deception (3ª edición). Guilford Press; 2008.
- Flórez-García M, García Pérez MA, García Pérez F, Armenteros-Pedrerros J, Álvarez-Prado A, Martínez-Lorente MD. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación* 1995; 29: 138-145.
- Borrego Jiménez PS, Sáez Regidor ML, Borrego Jiménez JM, Borrego Jiménez PA, Borrego Jiménez P. Análisis psicométrico del Cuestionario de Discapacidad del Dolor Lumbar de Oswestry, *Fisioterapia* 2005; 27: 250-254.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto

- de Salud Carlos III. Índices y escalas utilizados en ciertas tecnologías de la prestación ortoprotésica (Protetización del Sistema Osteoarticular). Publicación nº 33. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
27. Larrabee GJ. Exaggerated pain report in litigants with malingered neurocognitive dysfunction. *Clin Neuropsychol* 2003; 17: 395-401.
28. Bianchini KJ, Etherton JL, Greve KW, Heinly MT, Meyers JE. Classification accuracy of the MMPI-2 validity scales in the detection of pain-related malingering. A known-groups study. *Assessment* 2008; 15: 435-49.
29. Wygant DB, Anderson JL, Sellbom M, Rapier JL, Allgeier LM, Granacher RP. Association of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Validity Scales with Structured Malingering Criteria. *Psychol Injury and Law* 2011; doi:10.1007/s12207-011-9098-z
30. DeClue G. Practitioner's corner: Feigning ≠ Malingering: A case study. *Beh Sci and the Law* 2002; 20: 717-26.

Conflicto de intereses

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