

Evaluación de la simulación y otros aspectos relacionados

Dr. Héctor González Ordi

***Profesor de Psicología de la Universidad
Complutense de Madrid***

Especialista en Psicología Clínica

hectorgo@ucm.es

Simulación DSM-5 y DSM-5-TR

Incluido en DSM-5 (2013): Incumplimiento de tratamiento médico V65.2 (Z76.5) y en DSM-5-TR (2022): Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (Z76.5)

La producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos.

- (1) presentación en un contexto medicolegal;
- (2) discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica;
- (3) falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito y
- (4) presencia de trastorno antisocial de la personalidad.

Simulación según la CIE-11

Clasificado en:

Capítulo 24: factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud
QC30 Simulación

La producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados específicamente por incentivos o recompensas externas como indemnizaciones, obtención de drogas o medicación, beneficios penitenciarios, evitación de castigo en el trabajo o la escuela, ámbito judicial o militar.

(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Recompensas Externas

- ❖ **Mantenimiento de bajas laborales.**
- ❖ **Cobro de indemnizaciones y seguros.**
- ❖ **Obtención de pensiones por incapacidad o discapacidad.**
- ❖ **La presencia y magnitud de la compensación económica es un factor iatrogénico de la eficacia terapéutica de los tratamientos empleados.**
- ❖ **Obtención de informes médicos y/o psicológicos en donde se presente un mayor deterioro físico y/o mental**

Recompensas Externas

- ❖ **Protección frente a obligaciones legales: mantenimiento económico de los hijos, comparecencia judicial, etc.**
- ❖ **Miedo a promocionar: asumir responsabilidades laborales de mayor nivel o exigencia.**
- ❖ **Situación laboral conflictiva o poco motivante.**
- ❖ **Traslados, reajustes laborales, posible despido.**

Recompensas Internas

- ❖ **Mantener estilos de dependencia familiar e interpersonal.**
- ❖ **Actitud de resentimiento, “venganza”, ser centro de atención y cuidado.**
- ❖ **Obtener el reconocimiento por años de lucha, responsabilidad y dedicación al cuidado de los otros y no sentirse valorada/o por ello: “ahora me toca a mi”.**
- ❖ **Incrementar la empatía de los cuidadores.**
- ❖ **Asegurar el apoyo afectivo y social de familiares y amigos.**
- ❖ **Evitación de deberes y obligaciones**
- ❖ **Mantener el estilo relacional a través de la enfermedad.**

Recompensas Internas

- ❖ **Modificar la discapacidad socialmente inaceptable (problemas psicológicos) por una discapacidad socialmente aceptable (enfermedad física).**
- ❖ **Desplazar la culpabilidad por los fracasos vitales hacia una aparente enfermedad incapacitante e incontrolable.**
- ❖ **Mantenimiento del estatus en la familia.**
- ❖ **Mantenimiento de la relación afectiva.**
- ❖ **Evitar relaciones sexuales. Método de contracepción.**
- ❖ **Negación de los acontecimientos vitales azarosos.**
- ❖ **Obtención de más medicación**

Incidencia de la simulación

Trastorno mental en el ámbito forense: 15 - 17%

(Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers, Sewell, Morey y Ustad, 1996; Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein, y Leonard, 1998)

Trastorno mental en población general psiquiátrica: 5 - 6%

(Eisendrath, 1995; Pope, Jonas, & Jones, 1982)

Deterioro neuropsicológico en contextos de incentivo externo:

40 ± 10% (Larrabee, Millis y Meyer, 2009)

Traumatismo craneoencefálico: 11 - 40%

(Martens, Donders y Millis, 2001; Larrabee, 2003)

Lesiones corporales : 20 - 30%

(Less-Haley, 1997; Green, Rohling, Lees-Haley y Allen, 2001; Langeluddecke y Lucas, 2003)

Incidencia de la simulación

Dolor crónico y discapacidad: 20 - 50%

(Fisbain et al., 1999; Leavitt et al., 1986; Kay et al., 1998; Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009)

Estrés Postraumático:

15 ± 15% General (Young, 2014, 2017)

33 - 53% veteranos que buscan compensaciones económicas o pensión vitalicia (DeViva y Bloem, 2003; Freeman, Powell y Kimbrell, 2008; Ray, 2017)

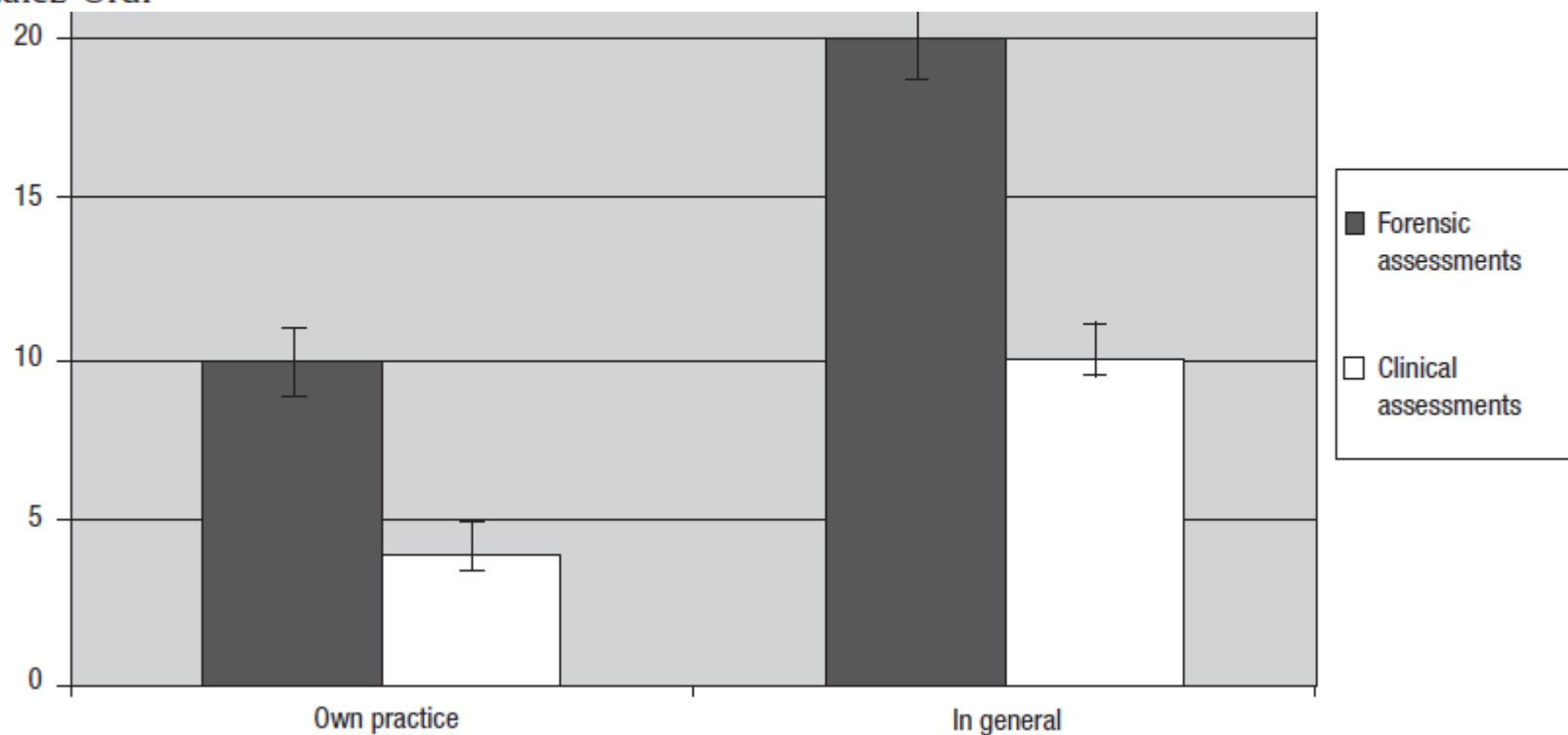
Trastornos disociativos: 2 – 14%

(Coons & Milstein, 1994; Friedl & Draijer, 2000; Thomas, 2001; Brand, Webermann y Frankel, 2016)



Symptom validity assessment in European countries: Development and state of the art

Thomas Merten^{a*}, Brechje Dandachi-FitzGerald^b, Vicki Hall^c, Ben A. Schmand^d, Pablo Santamaría^e, and Héctor González-Ordí^f



Prevalencia estimada de simulación entre neuropsicólogos de diversos países europeos: práctica privada versus práctica institucional



Clínica y Salud

www.elsevier.es/clysa



Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud

Pablo Santamaría^{a*}, Pilar Capilla Ramirez^b y Héctor González Ordi^c

Se dispuso de una muestra incidental de 161 médicos de 26 provincias (56% mujeres, 44% varones), con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años (media = 43.62, $DT = 6.52$), con un promedio de 17 años de ejercicio profesional ($DT = 6.3$, rango = 3-34) y de 9.4 años de antigüedad en la organización donde trabajan ($DT = 6.5$, rango = 0.5-34).

De los 161 médicos participantes, 100 lo eran de mutuas, que en la actualidad llevan a cabo la valoración tanto las solicitudes de incapacidad de patología de contingencia común como de accidente de trabajo y enfermedad profesional, 46 pertenecían a los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), 5 eran médicos forenses del Juzgado de lo Social y 10 médicos de Atención Primaria del Sistema Público de Salud.

Porcentaje de prevalencia de simulación percibido por los profesionales en diferentes patologías

Trastorno	Mediana	Rango intercuartílico	Rango
Esguince cervical	60	30	5 - 100
Fibromialgia	50	50	1-100
Cervicalgia crónica	50	30	5-100
Lumbalgia crónica	45	30	5-100
Depresión	50	30	5-90
Ansiedad	50	30	0-90
Cervicalgia aguda	30	30	1-100
Lumbalgia aguda	30	30	1-90
TCE leve	20	30	1-90
TCE moderado	10	25	0-80
Fiebre origen desconocido	15	15	0-60
Colon irritable	20	18	0-60

Perfil del simulador en contextos médico-legales

Sexo: Mujer > Varón (considerado por el 63% de los profesionales).

Edad: 46-55 años

Nivel de ingresos: ≤ 1000 € al mes

Profesión (más citadas):

Limpieza, Construcción, Administrativo, Cajera, Reponedora, Dependiente, Azafata, Auxiliar clínica, cadena de montaje-producción, ayuda a domicilio, mozo de almacén, carga y descarga...

Datos de Sospecha Clínica de Simulación

- ✓ Ausencia de datos o evidencia médicamente objetivable.
- ✓ Dramatización o magnificación de síntomas.
- ✓ Presencia de beneficios colaterales a la baja laboral.
- ✓ Ausencia de respuesta al tratamiento.
- ✓ Situación laboral conflictiva o poco motivante.
- ✓ Ausencia de colaboración o adherencia al tratamiento.
- ✓ Descripción de síntomas y mecanismos de producción inconsistentes.

Tipos de Simulación

(Resnick, 1997)

SIMULACIÓN PURA: fabricación completa de sintomatología

SIMULACIÓN PARCIAL: Exageración de la sintomatología preexistente o referencia al mantenimiento de síntomas que ya habían remitido

IMPUTACIÓN FALSA: La sintomatología es falsamente atribuida a un acontecimiento traumático

¿Por qué simular?



Rogers, R. y Neumann, C.S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. En P.W. Halligan, C. Bass y D.A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 71-82). Oxford, UK: Oxford University Press.

Modelo Patógeno

- **La simulación se utiliza para controlar la patología subyacente.**
- **La simulación se utiliza para negar la patología subyacente.**
- **La simulación se utiliza para prevenir crisis emocionales.**
- **La simulación es la fase prodrómica de la patología real.**
- **El impulso por mentir no es consciente.**
- **Ejemplos: Mentira patológica o pseudología fantástica.**

Modelo Criminológico

- Individuos “malos” (antisociales)
- En “malas” situaciones (forense, penal, medicolegal)
- Actuando con “maldad” (sin cooperar)
- Estilo interpersonal arrogante y mentiroso.
- Déficits en expresión y experiencias afectivas.
- Estilo interpersonal impulsivo e irresponsable.
- Ejemplos: trastorno antisocial de la personalidad y psicopatía.

Modelo Adaptativo

- **Se sobrepesan distintas alternativas antes de engañar.**
- **Se evalúan las circunstancias y la probabilidad de éxito en el engaño.**
- **La simulación es una estrategia de afrontamiento ante la adversidad.**
- **Se utiliza para obtener ventajas de los entornos desfavorables.**
- **Ante circunstancias adversas, intentar obtener un beneficio externo.**
- **No existe una manera mejor de obtener lo que se necesita.**

El objetivo principal de la evaluación de la simulación es obtener la mayor cantidad de evidencia empírica disponible de la inconsistencia y discrepancia entre la discapacidad argumentada por el paciente y las pruebas objetivables de dicha discapacidad, especialmente si existen incentivos externos significativos (Berry y Nelson, 2010)

Exploración clínica

**Sospecha clínica de simulación
(inconsistencias)**

Pruebas de Screening de simulación

+

**Evaluación
detallada**

Médica

Autoinforme

Psicofisiológica

Neuropsicológica

Observacional

Convergencia de los datos

Simulación

Impresión clínica

Datos de entrada...

- ✓ Historia clínica abigarrada: múltiples síntomas, signos y patologías crónicas.
- ✓ Medicación psicoactiva cronificada e ineficaz.
- ✓ Múltiples profesionales de la salud que han "fracasado"; psiquiatras, psicólogos (de distintas orientaciones), fisioterapeutas, osteópatas, naturópatas y un largo etcétera.
- ✓ Baja adherencia a los tratamientos.
- ✓ Escasos o nulos avances terapéuticos.

El paciente impresiona de...

✓ Virtuosismo:

"Mas ganas que yo de curarme no tiene nadie"

"Más ganas que yo de poder ir a trabajar no tiene nadie"

" Mi problema es... (enfermedad), no soy yo"

✓ Dramatización:

"La vida es horrible"

"No puedo con esto"

"Nada alivia mi malestar"

"Que más quisiera yo que no me pasara esto, para ser feliz"

"Lo que tengo es lo peor" "lo mío es lo peor"

El paciente impresiona de...

✓ Atribucionalidad externa:

"Los médicos no dan con lo que tengo"

"Los psicólogos no me entienden"

"La culpa es del dolor que tengo"

"La ansiedad no me deja..."

"Si no fuera por esto (enfermedad), podría..."

✓ Visión centrada en uno mismo:

"Yo... yo... y después... yo"

El mundo gira entorno al paciente y su problemática, que es lo más relevante.

El paciente impresiona de...

✓ **Negativismo terapéutico:**

"No estoy mejor", "Algo sigue mal.."

"A mi los calmantes...como si nada"

"Soy incapaz de relajarme"

"Soy incapaz de pensar en otra cosa"

"Otros (profesionales) lo han intentado pero no han sido capaces de curarme, ¿podrá usted?"

✓ **Actitud monotemática:**

La mayoría de los contenidos de la entrevista giran entorno a la problemática (ansiedad, dolor, etc), incluso cuando el terapeuta trata de explorar otras facetas de la vida del paciente.

El paciente impresiona de...

✓ **Actitud personal vital:**

El paciente valora como "mala" o "muy mala" las siguientes cuestiones:

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...

Características de las alucinaciones auditivo-verbales atípicas

(McCarthy-Jones y Resnick, 2014)

- Todas las voces son vagas, inaudibles o como murmullos.
- No existen voces positivas o benévolas.
- No existen voces repetitivas.
- Las voces provienen de distintas partes del cuerpo, no de la cabeza.
- No existen alucinaciones adicionales no-verbales como música, sonidos de “click” o “bang”, o alucinaciones visuales y táctiles.
- No se manifiestan estrategias de afrontamiento para manejar las “voces malas”.

Características de las alucinaciones auditivo-verbales atípicas

(McCarthy-Jones y Resnick, 2014)

- Rara vez se ejerce control sobre las voces.
- Voces fuera de contexto (estado de ánimo, lugares y situaciones del paciente).
- Las voces son insoportablemente estresantes.
- Cumplimiento de todas las "órdenes" que reciben de las "voces".
- "Voces" que no critican o maltratan/insultan al paciente, o no hacen comentarios sobre las actividades en curso.
- Cuando el paciente está solo/a, las voces no incrementan su frecuencia.

Características de las alucinaciones auditivo-verbales atípicas

(McCarthy-Jones y Resnick, 2014)

- El paciente es incapaz de recordar cuándo y dónde escuchó las voces por primera vez.
- El volumen habitual de las voces y muy alto, como si gritasen.
- “Voces” que cambian de temática cada vez que aparecen.
- No se evidencian signos de distracción en el paciente cuando las voces están activas.

McCarthy-Jones, S. y Resnick, P.J. (2014). Listening to voices: The use of phenomenology to differentiate malingered from genuine auditory verbal hallucinations. *International Journal of Law and Psychiatry* 37, 183–189.

Sospecha clínica en simulación de trastornos de ansiedad

(González Ordi, Capilla Ramírez y Casado, 2012)

- El “paciente” refiere como uno de los síntomas más importantes y frecuentes durante la crisis el hecho de desmayarse y caer al suelo, y no recordar el episodio tras recuperarse del desmayo.
- Desencadenantes principalmente ambientales: especialmente si son exclusivos del ámbito laboral.
- Afirmación de que el ataque, una vez que se inicia, mantiene su sintomatología de forma intensa o incapacitante durante un largo periodo de tiempo (horas o días).

Sospecha clínica en simulación de trastornos de ansiedad

(González Ordi, Capilla Ramírez y Casado, 2012)

- Ausencia de mejoría de la sintomatología física durante el ataque al controlar correctamente la respiración o respirar en una bolsa de papel.
- No incapacitación vital, sino exclusivamente valora lo incomodo o atemorizante que puede resultar para los demás o lo que le incapacita para poder seguir en ese momento con la actividad que estaba llevando a cabo, especialmente en el ámbito laboral.
- La presencia de los demás no ayuda en el manejo de las crisis de ansiedad.

Sospecha clínica en simulación de trastornos de ansiedad

(González Ordi, Capilla Ramírez y Casado, 2012)

- Dice acudir a cualquier lugar y una vez allí, aparece de forma inesperada el miedo.
- No evitación de situaciones, excepto ámbito laboral.
- No refiere ansiedad anticipatoria.
- Múltiples tratamientos fallidos.
- Nulos o escasos avances terapéuticos.

Sospecha clínica en simulación de depresión

(Morgan y Gervais, 2009; Green, 2009)

- Beneficio externo: prolongación de baja laboral, evitación de conflictos laborales.
- Aspecto físico y expresión verbal y no verbal no consistente. Discrepancia entre la expresión facial y el relato sobre el estado de ánimo.
- Referencia estado depresivo todo el tiempo.
- Realización de actividades cotidianas no consistentes con síntomas de fatiga, falta de energía y anhedonia.
- No presenta baja autoestima ni estilo atribucional externalista al éxito e internalista al fracaso.
- No refiere de problemas de concentración y memoria.
- No evidencia triada cognitiva de la depresión: visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro.

TEPT verídico

TEPT simulado

Actitud reservada para referir el trauma (v.g. pueden pasar varias sesiones antes de entrar en detalle)

Refiere el trauma desde el principio sin dificultades

Refiere flashbacks incluyendo varios aspectos sensoriales, que ocurren en el presente, en primera persona, con acciones consistentes con el trauma.

Refiere flashbacks principalmente de forma visual, como en una película, y con acciones premeditadas.

Se aprecian fenómenos o estados disociativos (v.g. recuerdos fragmentarios, despersonalización, desrealización) al referir el trauma

Refiere amnesia disociativa, con recuerdos muy generales o prácticamente ningún recuerdo

Refiere pesadillas: temáticas similares (v.g. indefensión, persecución, catástrofe, muerte, etc) aunque pueden variar en frecuencia y contenido

Refiere frecuentes pesadillas, siempre idénticas y ocurren con cada sueño.

El paciente y su pareja informan de sueño ligero e inquieto.

No aparecen problemas de sueño

Se culpa a sí mismo/a de algún aspecto del acontecimiento traumático

Culpa a los demás con frecuencia

TEPT verídico	TEPT simulado
Minimiza la severidad e incapacitación de los síntomas	Exagera la severidad e incapacitación de los síntomas.
Dificultades para relajarse y trabajar.	Disfruta de actividades recreativas que justifica como terapéuticas
Minimiza la implicación en el trauma	Enfatiza su papel en los acontecimientos traumáticos, a veces de forma heroica.
Puede referirse a problemas emocionales anteriores al trauma para explicar sus déficits actuales	No informa de problemas anteriores al trauma
Busca o no ayuda o tratamiento	Busca tratamiento durante el litigio o por razones litigantes
Refiere síntomas psicóticos (v.g. alucinaciones visuales y sensoriales)	Niega síntomas psicóticos
Curso fluctuante, con mejorías, o períodos inactivos de sintomatología postraumática.	Curso crónico, sin fluctuaciones
Historia laboral estable pre-trauma	Historia laboral inestable pre-trauma
Refiere culpa del superviviente	No refiere culpa del superviviente

TEPT verídico	TEPT simulado
Evita recuerdos, pensamientos o sentimientos que recuerden al trauma	No evita recuerdos, pensamientos o sentimientos que recuerden al trauma
Evita personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que recuerden al trauma	No evita personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que recuerden al trauma
Reflejo de sobresalto e hiperalerta	No reflejo de sobresalto

MODIFICADO DE:

Tracy, D.K. y Rix, K.J.B. (2017). Malingering mental disorders: clinical assessment. *BJPsych Advances*, 23, 27–35.

Hall, R.C.W. y Hall, R.C.W. (2006). Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *General Hospital Psychiatry*, 28, 525–35.

González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Casado Morales, M.I. (2012). Trastornos por ansiedad. En H. González Ordi, P. Santamaría Fernández y P. Capilla Ramírez (Coords.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 461-504). Madrid: TEA Ediciones.

Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M. y Santamaría, P. (2020). CIT, Cuestionario de Impacto del Trauma. Madrid: TEA Ediciones.

Banderas rojas en el fingimiento del TID

(Pietkiewicz, Banbura-Nowak, Tomalski y Boon, 2021)

- Directa o indirectamente se espera confirmar el autodiagnóstico de TID.
- Diagnóstico de TID sugerido por algún conocido, familiar o profesional sin una evaluación clínica exhaustiva.
- El paciente está interesado en el diagnóstico de TID y familiarizado con los síntomas a través de lecturas de libros, redes sociales, hablar con otros pacientes, participar en grupos de apoyo para pacientes disociativos, etc.
- Utiliza jerga clínica: "partes", "alters", "disociar", "cambiar", "despersonalizar", etc.

Banderas rojas en el fingimiento del TID

(Pietkiewicz, Banbura-Nowak, Tomalski y Boon, 2021)

- No presenta reticencias y/o evitación a hablar sobre sus experiencias traumáticas y disociativas. No presenta culpa o vergüenza ante el descontrol que implican los episodios disociativos y sus consecuencias.
- Justifica fácilmente la pérdida de control de las emociones y el comportamiento inaceptable o vergonzoso en términos de no ser uno mismo o estar influenciado por una personalidad alternativa.
- No hay evidencia de intrusión ni flashbacks postraumáticos, ni evitación interna o externa.

Banderas rojas en el fingimiento del TID

(Pietkiewicz, Banbura-Nowak, Tomalski y Boon, 2021)

- Niega tener pensamientos o voces egodistónicas, especialmente a partir de la primera infancia y voces infantiles.
- No hay evidencia de amnesia para actividades cotidianas neutras o placenteras.
- Trata de controlar la entrevista e informar de tener TID u otros síntomas disociativos sin que se le pregunte sobre ellos.
- Anuncia y realiza un cambio entre personalidades durante la evaluación clínica antes de que se haya establecido una buena relación terapéutica, de confianza y seguridad.

Banderas rojas en el fingimiento del TID

(Pietkiewicz, Banbura-Nowak, Tomalski y Boon, 2021)

- Se determina la existencia de beneficios colaterales: centro de interés de familiares y amigos con quienes se discuten con entusiasmo los síntomas y personalidades, gestiona grupos de apoyo, blogs o canales de vídeo para personas con trastornos disociativos.
- Se muestra contrariado/a o se desilusiona cuando no se confirma el diagnóstico, exige una reevaluación, se excusa por no ser lo suficientemente preciso/a al dar las respuestas correctas, insiste en aportar más pruebas.

Sospecha clínica en amnesia

(García Domingo, Negredo-lópez y Fernández Guinea, 2004)

Pacientes amnésicos

Simuladores

Ámbito de memoria, ámbito atencional preservado

Ámbito de memoria, ámbito atencional deteriorado

Memoria a largo plazo:

Memoria semántica generalmente intacta
Memoria episódica muy alterada
Memoria procedimental no afectada

Memoria a largo plazo: un patrón exageradamente alterado

Memoria autobiográfica generalmente preservada

Memoria autobiográfica alterada

Mejor ejecución en tareas de reconocimiento que de recuerdo

Peor ejecución en tareas de reconocimiento que de recuerdo

Memoria implícita preservada

Memoria implícita alterada

Efecto de primacía alterado y de recencia prácticamente intacto

Curva de posición serial normal

En las tareas de reconocimiento no puntúan por debajo del azar

En las tareas de reconocimiento puntúan por debajo del nivel de azar

Bajo condiciones de no distracción obtienen mejores puntuaciones que bajo condiciones de distracción

Obtienen puntuaciones similares bajo condiciones de distracción-no distracción

Sospecha clínica en simulación de dolor crónico y discapacidad

(González Ordi, Capilla Ramírez et al., 2008)

- Existencia de un beneficio externo: prolongación baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, etc.
- Discrepancia entre las pruebas médicas (Rx, RMN, TAC) y la valoración subjetiva del dolor y discapacidad del paciente.
- Incongruencia entre síntomas y signos de la patología (“dolor móvil”).
- Discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración personal de sufrimiento y discapacidad.
- Baja adherencia al tratamiento médico, psicológico, fisioterapéutico, etc.
- Frecuencia, intensidad y/o duración exceden con mucho lo usual en la patología diagnosticada.

Sospecha clínica en simulación de dolor crónico y discapacidad

(González Ordi, Capilla Ramírez et al., 2008)

- Duración del tratamiento muy por encima de lo esperable, sin base etiológica para explicarlo.
- Escasos o nulos avances terapéuticos.
- Recidivas contingentes con la posibilidad de alta laboral.
- El paciente “predice” su empeoramiento o falta de mejoría.

SIMS

PD

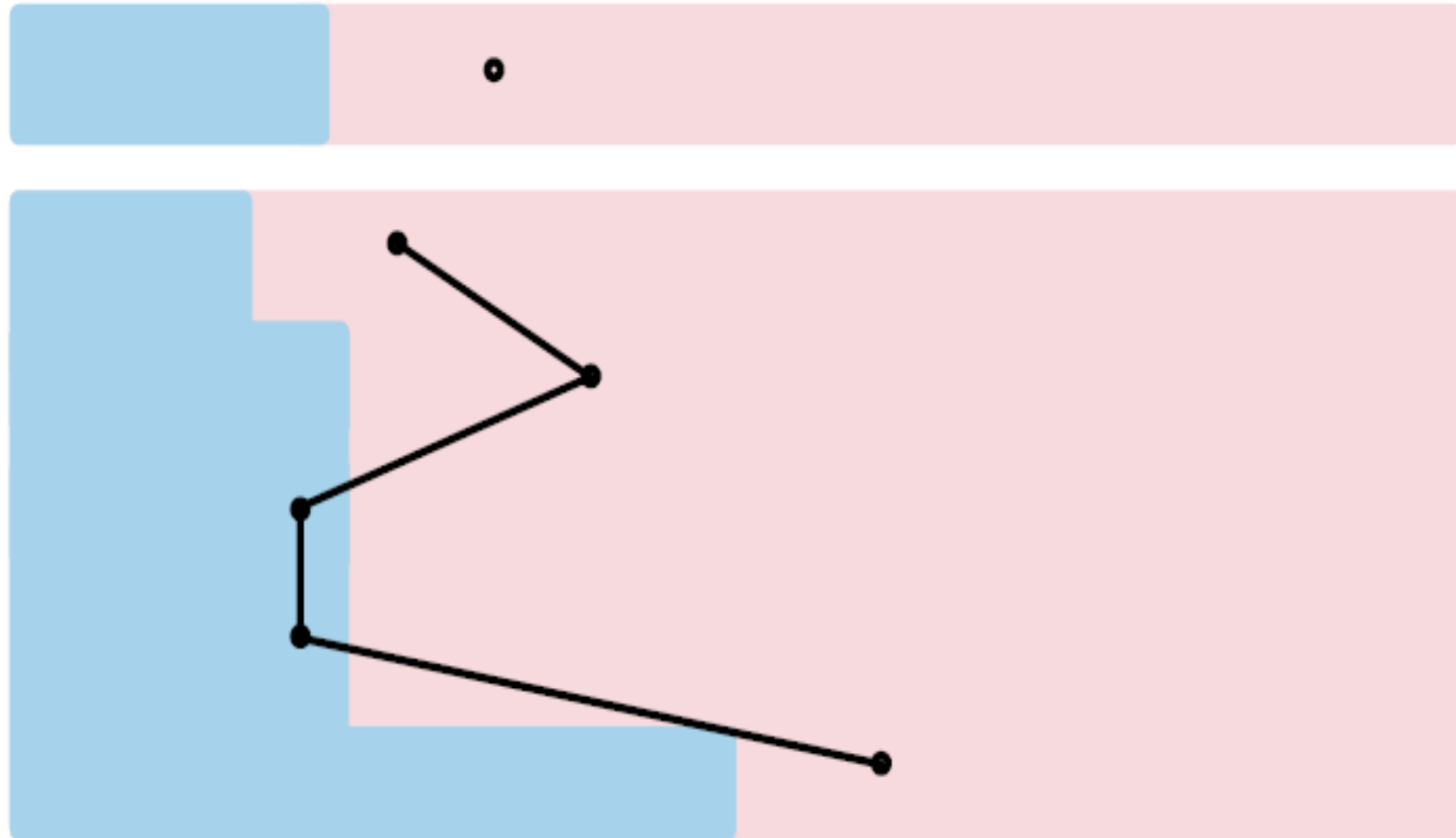
Sin sospecha de simulación

Sospecha de simulación

TOTAL

25

Psicosis	Ps	4
Deterioro neurológico	Dn	6
Trastornos amnésicos	Am	3
Baja inteligencia	Bi	3
Trastornos afectivos	Af	9



Síntomatología



Evaluación de la validez de los síntomas



Medidas de autoinforme

Test de validez de rendimiento



Exageración de síntomas



Rendimiento sub-óptimo



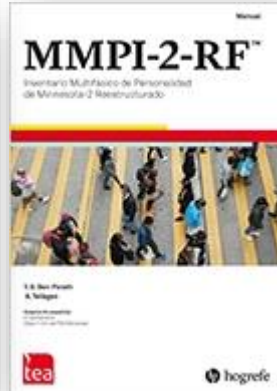
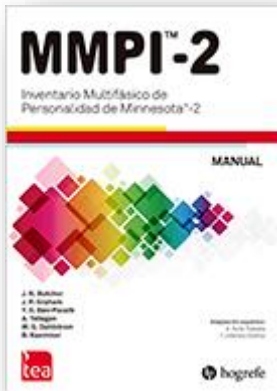
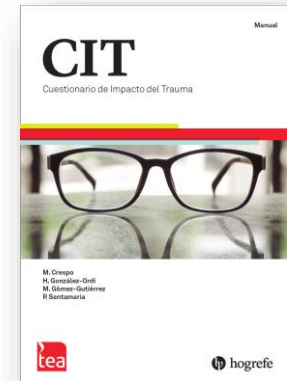
Evidencia de sesgos de respuesta negativos



Interpretación



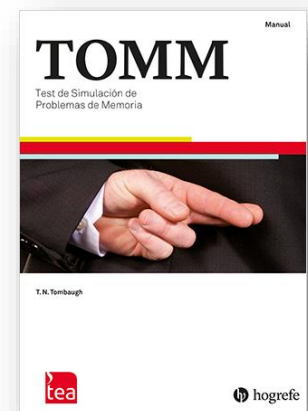
SIMS Total
Psicosis
Deterioro Neurológico
Trastornos Amnésicos
Baja Inteligencia
Trastornos Afectivos



Fr (Infrecuencia)
Fpr (Psicopatología infrecuente)
Fs (Quejas somáticas infrecuentes)
FBSr (Validez de los síntomas)
RBS (Sesgo de Respuesta)



IMN (Impresión Negativa)
SIM (Índice de Simulación)
FDR (Función Discriminación de Rogers)



Checklist básico para considerar Simulación

- ✓ Existencia de un incentivo o beneficio externo.
- ✓ Inconsistencias entre signos y síntomas presentados con el curso previsible de la patología.
- ✓ Patrón de exageración de síntomas en pruebas de screening: SIMS.
- ✓ Distorsiones de respuesta: Patrón de exageración de síntomas en pruebas de autoinforme validadas para simulación: MMPI-2, MMPI-2-RF, PAI, CIT, etc.
- ✓ Distorsiones de respuestas: patrón de rendimiento subóptimo en pruebas neuropsicológicas: TOMM.

Checklist básico para considerar Simulación

- ✓ Frecuencia, intensidad y duración de los síntomas que excede con mucho lo usual en las patologías diagnosticadas.
- ✓ Baja adherencia al tratamiento.
- ✓ Escasos o nulos avances terapéuticos.
- ✓ Sospecha de simulación de algún profesional de la salud implicado en el diagnóstico o tratamiento.
- ✓ Predicción por parte del paciente de su empeoramiento o falta de mejoría.

Sugerencias bibliográficas

**González Ordi, H., Santamaría Fernández, P.
y Capilla Ramírez, P. (Coords.) (2012).
*Estrategias de detección de la simulación.
Un manual clínico multidisciplinar. Madrid:
TEA Ediciones.***

Sugerencias bibliográficas

**Rogers, R. y Bender, S.D. (Eds.) (2018).
*Clinical assessment of malingering and
deception*. Cuarta Edición. New York:
The Guilford Press.**

Sugerencias bibliográficas

**Rogers, R. y Bender, S.D. (Eds.) (2021).
*Evaluación clínica de la simulación y el
engaño.* México: Manual Moderno**