

**¿DE QUÉ ESTRATEGIAS O TÉCNICAS DISPONEN LOS CLÍNICOS PARA
DETECTAR PACIENTES SIMULADORES DE DOLOR LUMBAR?**

**Claudia Patricia Jiménez Oyuela
Mónica Paola García Abuabara**

**Rubén Darío Manrique
Asesor**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2011**

INDICE DE CONTENIDO

1.	RESUMEN -----	4
2.	ABSTRACT -----	4
3.	FORMULACION DEL PROBLEMA -----	5
3.1.	Planteamiento del problema -----	5
3.2.	Justificación -----	8
3.3.	Pregunta de investigación-----	11
4.	MARCO TEÓRICO-----	12
5.	OBJETIVOS-----	28
5.1.	Objetivo General -----	28
5.2.	Objetivos Específicos -----	28
6.	METODOLOGIA -----	28
6.1.	Criterios de inclusión y exclusión. -----	29
6.2.	Búsqueda de estudios.-----	29
6.3.	Manejo de los estudios recuperados. -----	29
6.4.	Selección -----	30
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS-----	31
8.	RESULTADOS -----	31
9.	DISCUSIÓN-----	43
10.	CONCLUSIONES -----	47
11.	RECOMENDACIONES-----	50
12.	REFLEXION -----	56
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	58
14.	ANEXOS-----	60

RESUMEN

Se trata de una revisión sistemática de la literatura como técnica para conocer más acerca de la detección de pacientes simuladores de dolor lumbar. De la cual los autores proponen un protocolo como herramienta que sirva como base de futuros estudios de validación de métodos diagnósticos del tema, lo que puede ayudar a reducir los costos en que inciden las aseguradoras en el manejo de este tipo de pacientes ya sea o porque los detecte de forma temprana o porque disuade a estos pacientes a abstenerse de simular por la posibilidad de ser identificados.

Palabras claves: simulación, dolor lumbar, evaluación, test.

1. ABSTRACT

This systematic literature review explores the techniques used for the detection of patients simulating lower back pain. From this review the authors of the study propose a protocol that could be used as a tool that could provide the foundation of future validation studies for the diagnostic methods in this topic, which can help to reduce the monetary costs incurred by insurance companies in the treatment of this kind of patients either by an early detection or by dissuading patients from simulating because of the probability of being detected.

Key words: malingering, low back pain, evaluation, test.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1. *Planteamiento del problema*

La simulación se define como el fingimiento consciente, la exageración o la autoinducción de la enfermedad (ya sea física o psicológica) con el fin de obtener una ganancia secundaria identificable. En el entorno médico, la ganancia secundaria puede ser diversa, incluyendo la recepción de dinero (liquidaciones o sentencias legales, compensaciones del trabajador, beneficios por discapacidad); la obtención de forma abusiva de medicamentos de prescripción, como opioides o benzodiazepinas; la evitación de un trabajo desagradable o del deber militar, o, simplemente, el acceso a una cama hospitalaria cálida y seca (1). El concepto de simulación se incorpora como entidad clínica diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) editado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980, el DSM III(2); actualmente, en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR se clasifica la simulación como un código "V", indicando: "Otros cuadros que pueden ser foco de atención clínica". En ésta nomenclatura, la simulación no se considera como una enfermedad mental. El DSM proporciona cuatro guías cuando se sospecha una simulación, que incluyen: 1) la evaluación se produce en el contexto médico-legal; 2) existe una discrepancia entre las quejas de las personas y los hallazgos objetivos; 3) el individuo no coopera durante la evaluación diagnóstica y no cumple con la pauta de tratamiento prescrita, y 4) existe un trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, muchos expertos consideran que esta definición es ampliamente abierta e inclusiva, lo cual conlleva el riesgo de identificar en exceso a los pacientes simuladores. Por ejemplo, Rogers observó que el empleo de estas guías como criterios para descartar la simulación (es decir, un individuo que cumple dos de los cuatro criterios) da lugar de modo más bien impresionante a la clasificación correcta de aproximadamente dos terceras partes de los simuladores verdaderos. Sin embargo, determinó que ésta estrategia dio lugar a una sobreclasificación de pacientes psiquiátricos verdaderos como simuladores. Rogers concluyó que las personas que cumplen dos de los cuatro criterios del DSM IV-TR sólo tienen una probabilidad sobre cinco de ser simuladores verdaderos. Una tasa de falsos positivos del 80% es excesivamente alta y, generalmente, se considera inaceptable.(1)

Aunque casi todas las enfermedades médicas pueden ser simuladas, existe evidencia de que determinados problemas médicos tienen más probabilidades de ser simulados que otros. El resultado de los estudios depende del tipo de profesional médico encuestado así si son neuropsicólogos, el síntoma más probable de ser simulado es el traumatismo craneal leve, seguido de la fibromialgia, el dolor, los trastornos neurotóxicos, las lesiones eléctricas, los trastornos convulsivos y los traumas craneanos moderados a severos. En otro informe, donde participaron médicos generales, reumatólogos, neurólogos, ortopedistas y cirujanos de mano los simuladores presentaban más comúnmente dolor cervical y lesiones por esfuerzo repetitivo(1). En ambos casos, el dolor estuvo presente, ahora bien, determinar la incidencia de dolor crónico resulta difícil debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o la patología que se aborda en cuestión. Uno de los estudios más clásicos en el campo médico-legal es el Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002). Los cuales establecieron las siguientes tasas de incidencia: (1) lesiones personales un 29%, (2) discapacidad o indemnización laboral entorno a un 30%, (3) casos criminales en un 19%; y (4) casos procedentes de la medicina general o psiquiatría un 8%. Como se aprecia, el ámbito de actuación médico-legal, vinculado a la valoración de discapacidad y a los posibles beneficios laborales y socioeconómicos derivados de la misma, es el que registra una mayor tasa de incidencia en simulación, sin contar con que muchos de los casos procedentes de otros ámbitos puede implicar posteriormente bajas laborales, procesos de rehabilitación prolongados y valoración de discapacidad con implicaciones económicas(2).

Dentro del campo de valoración de daño corporal la simulación constituye un tema de interés por diversos motivos. En primer lugar se trata de situaciones que se presentan con relativa frecuencia en la práctica clínica y en el ejercicio médico legal. Si todo médico clínico puede encontrarse en su consulta con un simulador de cualquier patología, con mucha mayor facilidad esta situación se puede presentar al especialista en Medicina Legal, por las características peculiares de su relación con las personas a las que ha de reconocer, examinar o diagnosticar de cualquier enfermedad(3).

En segundo lugar, la simulación constituye un profundo problema judicial, con repercusiones económicas y sociales. Las consecuencias pueden afectar a la economía de un empresario y en consecuencia a la del país. Adicional, la colectividad ha de soportar las cargas injustificadas que se desprenden de dichas situaciones(3).

Por otra parte es importante que el médico especialista en valoración del daño corporal conozca el tema puesto que aunque antiguamente la simulación quedaban prácticamente del interés militar o castrense, hoy día las repercusiones jurídicas se extienden a los distintos campos del Derecho, teniendo especial trascendencia en el ámbito del Derecho Penal, Civil, Laboral, y Canónico(3).

En el campo Penal, los motivos que pueden desencadenar la simulación son múltiples. Por ejemplo, los casos de simulación para evitar el servicio militar o de un servicio público de inexcusable cumplimiento, como acudir a una citación por parte de la Justicia(3).

En materia Civil, la simulación puede utilizarse para intentar adquirir derechos indebidos, como pensiones por invalidez, retiro anticipado, etc., o para tomar provecho de ciertos privilegios o cobrar indemnizaciones (seguros contra accidentes, etc.) o simplemente para provocar sentimientos de caridad (mendicidad, falsos inválidos, etc.). Se puede incluir dentro de este apartado aquellos en los que la simulación persiga la nulidad de un contrato(3).

Es, sin duda, en el campo del Derecho Laboral en el que hoy día se presenta la simulación de forma más frecuente. La simulación de una determinada patología por parte del trabajador, para conseguir incapacidades o ser incluido como invalido o para que se reconozca una lesión como accidente de trabajo o enfermedad profesional, es cada día más frecuente. Las circunstancias son enormemente variadas y el médico se puede encontrar, en ese momento, con las mayores dificultades diagnosticas(3).

En Colombia, dentro de las patologías que se conocen en el ámbito laboral que producen más quejases el dolor lumbar, así se estima que tanto el dolor lumbar como la Enfermedad del Disco se han encontrado entre las 10 primeras causas de diagnóstico de Enfermedad Profesional reportadas por las EPS. En el 2001 el dolor lumbar representó el 12% de los diagnósticos (segundo lugar), en el 2003 el 22% y en el 2004 el 15%. Por su parte, la hernia de disco ocupó el quinto lugar en el 2002 con el 3% de los casos diagnosticados y subió al tercer puesto con el 9% en el 2004(4).

Se han descrito diversos estudios para detectar pacientes simuladores de dolor pero ninguna concluyente, posiblemente debido a que es extremadamente difícil ya que la experiencia del dolor es muy subjetiva. Se han planteado diferentes pruebas únicas

como la termografía, autodeclaración de Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory, 2 edición (MMPI-2), la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), el Pain Patient Profile (P3), las expresiones faciales, exploraciones físicas como los Signos de Waddell pero han resultado ser algunos inespecíficos, otros requieren más estudios, otros son poco productivos, y algunos con inconsistencias (1).

Por otra parte los criterios DSM IV-TR son necesarios pero no suficientes. Por lo que la detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información: entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas psicológicas, evaluación conductual, etc. La mejor práctica clínica implica el uso de criterios diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de un único test. Esto es tanto más cierto cuando consideramos la evaluación de la simulación en el dolor crónico, ya que es comúnmente aceptado que el dolor crónico es un fenómeno complejo, multifacético, y multidimensional que requiere un abordaje multidisciplinar de carácter eminentemente biopsicosocial.(2)

De todo lo expuesto se puede deducir la importancia que tiene profundizar acerca de los métodos para detectar la simulación de dolor lumbar con el fin de dar claridad de lo existente hasta el momento, evitar duplicar esfuerzos y pérdida de recursos proponiendo estudios ya realizados, y por último, de acuerdo a los resultados proponer una guía de detección de pacientes simuladores de dolor lumbar. Lo anterior sería una herramienta para que aquellos que realicen propuestas de validación de métodos diagnósticos en simulación de dolor lumbar puedan aportar al diagnóstico temprano de estos pacientes o a disuadir a los mismos a abstenerse de simular por la posibilidad de ser identificados.

2.2. Justificación

Los trastornos asociados al dolor crónico (fibromialgia, fatiga crónica, dolor o trastornos somatoformes) se encuentran a la cabeza de los índices de incidencia y representan en total más de la mitad de la incidencia de simulación por patologías, entorno al 66%; sin contar con que, a menudo, los Trauma Craneoencefálico cursan también con cervicalgia y omalgia. De hecho, otros estudios sugieren que la incidencia de simulación de dolores significativamente alta, estimándose los rangos de

prevalencia entre un 25% y un 30% tanto para fibromialgia (Gervais, Russell, Greenet al., 2001) como para dolor crónico en general (Gervais, Green, Allenet al., 2001). Hamilton y Feldman (2001) incluyen además la cervicalgia y el esguince cervical entre las patologías dolorosas más simuladas(2).

En cuanto a la simulación de dolor lumbar existe un estudio con 105 ortopedistas en el que las estimaciones de los porcentajes de sus pacientes con dolor lumbar variaron ampliamente desde un mínimo de 1% a un máximo del 75%. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos hicieron estimaciones bajas, con el 78% lo que indica que 10% o menos de sus pacientes simulaban su dolor. Los factores que los cirujanos tomaron en cuenta con mayor fuerza para hacer sus estimaciones no estuvieron asociados con ganancia secundaria, sino más estrechamente asociados con inconsistencias en el reconocimiento médico. Las dos incoherencias más frecuentemente citadas como sugerentes de simulación fueron la debilidad en el examen que no se ven en otras actividades, y la discapacidad desproporcionada en relación con los hallazgos objetivos(1).

Aunque la simulación del dolor lumbar tiene rangos de frecuencia amplios si es claro que el dolor lumbar se presenta en algún momento de la vida en el 80% de la población, y su reporte es tan antiguo como el desarrollo de las sociedades, tal como se refleja en el dato que el primer caso de dolor lumbar en el lugar de trabajo fue registrado durante la construcción de las pirámides de Egipto, en 2780 AC (Brand 1987)(4).

En Estados Unidos aproximadamente el 90% de los adultos han experimentado dolor lumbar una vez en su vida y el 50% de las personas que trabajan ha presentado un episodio de dolor lumbar cada año. Se describe que del 13% al 19% de la población masculina en edades entre 15 y 59 años, que vive actualmente en la sub - región de las Américas, a la cual pertenece Colombia, están altamente expuestos al conjunto de factores de riesgo derivados de la carga física, descritos como asociados al síndrome doloroso lumbar. Este porcentaje es de 3 a 6% para mujeres de la mencionada región(4).

Aunque no se conocen los datos oficiales de la frecuencia de pacientes simuladores de dolor lumbar en Colombia la cifra no debe ser despreciable si se tiene en cuenta que los pacientes simuladores se encuentran en el ámbito de búsqueda de

discapacidad o indemnización laboral, y que una de las patologías más frecuentes en este contexto es el dolor lumbar. Es probable que los datos no se conozcan debido a que el diagnóstico de éste tipo de pacientes no se encuentra estandarizado, lo que origina un subdiagnóstico de la entidad que adicional debe producir gastos económicos innecesarios al sistema de salud, no sólo porque se invierte en el manejo de pacientes con supuesto dolor lumbar que no mejora a pesar de los diversos enfoques de tratamiento sino por los costos de incapacidades laborales que está patología genera.

Así, el Bureau de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos (BLS) refiere que de las alteraciones relacionadas con trauma por trabajo repetitivo, el dolor lumbar correspondió al 40% de los casos durante los años 80 en dicho país. En 1993 fue el responsable del 27% de las lesiones ocupacionales que originaron ausentismo laboral. Se calcula que se perdieron un millón de días de trabajo cada año por ausencias relacionadas con el dolor lumbar, siendo ésta la causa más frecuente de solicitudes de compensación económica laboral(4).

Grazier (1984), estima que los costos directos e indirectos por dolor lumbar en EEUU fueron de 14 billones de dólares en 1984. Para 1990 excedieron los 50 billones de dólares. Aunque existen diferencias en los datos reportados, lo que se puede afirmar con certeza es que el dolor lumbar como discapacidad, corresponde a casi el 80% del total de las indemnizaciones de origen laboral(4).

En el contexto clínico y laboral, el tipo de simulación más frecuente es el que Resnick (1997) denomina “simulación parcial”; esto es, la exageración de sintomatología o discapacidad preexistente o la referencia al mantenimiento de síntomas que ya habían remitido. En otras palabras, el problema no es si los individuos presentan discapacidad genuina o simulada atribuible a las causas que subyacen al dolor crónico, el problema es si las personas que presentan lesiones o daños físicos, y que experimentan dolor crónico, además pueden y consiguen exagerarlos para obtener un beneficio(2).

Debido a que un principio fundamental en la detección de simulación es que cuantas más inconsistencias presente un paciente a lo largo de la realización de diferentes pruebas relativamente independientes y en diferentes dimensiones, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología (Bianchini, Greve y Glynn, 2005). De ahí

que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación(2).

Desde el momento en que el dolor es un fenómeno multidimensional complejo de difícil objetivación (al no existir “dolorímetros” precisos y fiables que nos indiquen “exactamente” cuánto dolor experimenta una persona, la fuente de información principal sigue siendo el autoinforme), la simulación del dolor no se centra tanto en si existe o no dolor y cuánto dolor debería experimentar una persona en un momento determinado, sino cómo influye el dolor en la realización o no de diferentes actividades de la vida cotidiana, incluyendo por supuesto la actividad laboral. Así, el problema no es cuánto dolor experimenta la gente sino cuán incapacitante resulta el dolor para las personas(2).

Se propone realizar una revisión sistemática de la literatura como técnica para conocer más acerca de la detección de pacientes simuladores de dolor lumbar con el fin de aportar una herramienta que sirva como base de futuros estudios de validación de métodos diagnósticos del tema lo que sin duda ayudará a reducir los costos en que inciden las aseguradoras en el manejo de este tipo de pacientes ya sea o porque los detecte de forma temprana o porque disuade a estos pacientes a abstenerse de simular por la posibilidad de ser identificados.

2.3. *Pregunta de investigación*

¿De qué estrategias o técnicas disponen los clínicos para detectar pacientes simuladores de dolor lumbar?

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Definición.

Cuando se trata de un tema polémico como la simulación es útil comenzar con una definición, se revisará las definiciones procedentes de la medicina y el derecho. El Diccionario Médico de Dorland define simulación como “La ficción o exageración intencional, deliberada y fraudulenta de los síntomas de la enfermedad o lesión con un fin consciente”. En la publicación titulada “*Words and Phrases Legally Defined*” se define simulación en los siguientes términos: 1) falsamente pretende estar sufriendo por una enfermedad o discapacidad, o 2) se lesiona con la intención de incapacitarse para un servicio, o causa que otros lo lesionen para tal fin, o 3) causa heridas a otra persona sujeta a la jurisdicción militar con la intención que lo que le hace a esa persona lo haga no apto para el servicio militar, o 4) con la intención de no ser apto para el servicio hace o deja de hacer cualquier cosa (ya sea por acción u omisión en el hospital) para que se prolongue o agrave cualquier enfermedad o discapacidad.(5)

En contraste con la definición médica de simulación, la aplicación de la definición legal es más bien restringida a las personas que están dentro de la jurisdicción militar.(5)

La palabra “*malingerer*” (simulador) fue introducido en 1785 en una publicación titulada “*Grove’s Dictionary of the Vulgar Tongue*”. El término “*malingerer*” se dice que deriva probablemente del francés “*malingre*”, es decir enfermizo o débil, y fue originalmente utilizado en un entorno militar, para describir a las personas que pretendían estar enfermas con el fin de evadir el servicio militar. Aunque el término “*malingerer*” (simulador) es de origen relativamente reciente, el pretexto de la enfermedad para lograr “un fin deseado conscientemente” tiene una larga historia. En I de Samuel hay una descripción de simulación por medio de la cual el David, al huir del rey Saúl, evita la captura y probable ejecución a manos del rey Aquis de Gat. La simulación de la enfermedad como mecanismo para evadir el servicio militar fue reconocida por los antiguos griegos y se castigaba con la muerte. Galeno, en el segundo siglo escribió un tratado titulado “*Sobre las enfermedades fingidas y su detección*” en el que describía los conscriptos romanos que cortaban sus dedos para no ser aptos para el servicio militar. En el siglo 17, la simulación se convirtió en una gran preocupación de los escritores sobre la jurisprudencia médica. Con la llegada de los estatutos de compensación a los trabajadores durante la segunda mitad del siglo 19 y el

crecimiento de litigios de responsabilidad civil por daño en el siglo 20, el interés en la simulación de la enfermedad aumento marcadamente y se produjo una voluminosa literatura. Según Collie, el dolor lumbar fue quizás la afección más común cuya indemnización fue reclamada en los tribunales de justicia y describía que el dolor en la mayoría de los casos era mental y no físico. Tal dicotomía entre los supuestos físicos (es decir “real”) y mental (es decir “irreal”) se repite en gran parte de la literatura de ese tiempo sobre simulación del dolor y algunos autores contemporáneos de manera similar describen como si la experiencia subjetiva del dolor “orgánico” puede ser diferenciada del dolor “psicógeno”. Tal distinción es contraria a los conceptos actuales de dolor, tal como lo contempla la Asociación Internacional para el estudio del dolor cuya definición es “una experiencia sensorial y emocional no agradable asociada a un daño real o problema potencial que se describe en términos de tales daños” (5)

Desde la segunda mitad del siglo 19 y principios del siglo 20, la cuestión de la posible simulación se ha planteado en relación a los litigios por derechos civiles. La gama de los entornos clínicos en que la simulación puede presentarse se ha ilustrado en la actual edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos de Salud Mental (DSM IV-TR), la cual describe la simulación así: “la producción intencionada de falsos o la exageración de síntomas físicos o psicológicos, motivados por incentivos externos, tales como evitar el servicio militar, evitar el trabajo, la obtención de una compensación económica, evadir la responsabilidad penal, o la obtención de medicamentos”. Cabe anotar que el DSM IV-TR no incluye la simulación entre los trastornos mentales pero si lo sitúa entre varias “condiciones” que podrían ser objeto de “atención médica”.(5)

De igual forma, en la actual edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la simulación no está incluida entre los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento pero figura entre los “factores que influyen en el estado de salud y en la prestación de los servicios de salud”. En el CIE-10 la simulación tiene el código Z76.5 como “personas que fingen una enfermedad con motivación evidente”. Por tanto, en la práctica médico legal, las situaciones en que se plantea la simulación es en relación a la indemnización por lesiones personales, reclamación de indemnización por lesiones de trabajadores, demandas por discapacidad y otros beneficios legales, y en relación con la evasión de la responsabilidad penal.(5)

Los incentivos, que son la motivación para simulación, han sido denominados ganancia secundaria. La ganancia secundaria se ha definido como "ventajas personales aceptables o legítimas que se producen cuando uno tiene el síntoma de una enfermedad física". Las ganancias secundarias son necesarias para que ocurra la simulación, pero es importante recordar que las ganancias secundarias pueden estar presentes en pacientes que no son simuladores.(6)

3.2. Clasificación.

Hay básicamente dos tipos de simulación: comisiones y omisiones. Las comisiones son conscientes de las distorsiones de los problemas, eventos, y los síntomas que no han ocurrido o que son funcionalmente menos importante que lo que el paciente presenta. Las omisiones implican la retención de material importante dentro de un área a pesar del estudio médico directo o no ofrecer información relevante cuando ésta no ha sido solicitada expresamente, pero está claro que sería importante para el estudio. Hay diferentes tipos de simulación en la categoría de las comisiones: imputación pura, positiva, parcial y falsa. La simulación pura es la simulación de enfermedad o discapacidad cuando no existe. La simulación positiva (simulación) es la simulación de síntomas que no existen. Simulación parcial es la exageración consciente de los síntomas que existen. La falsa imputación es la atribución de síntomas reales de manera consciente que no tiene relación a los síntomas. Bajo la categoría de omisiones es el disimulo. Aquí, los síntomas se ocultan o minimizan por razones de ganancia secundaria.(6)

Resnick, describe los diferentes tipos de simuladores así: En la simulación pura el individuo fabrica un cuadro que no existe y que no ha existido nunca. En la simulación parcial, el individuo exagera los síntomas que existen realmente. La imputación falsa se refiere a la adscripción, por parte de un individuo, de los síntomas a una causa con la que realmente no están relacionados. Por ejemplo, en el pleito por un daño personal, un individuo podría declarar la existencia de dolor a causa de un accidente con un vehículo cuando de hecho, el dolor es secundario a una caída no relacionada. La mayoría de los métodos de detección se dirigen a la simulación pura o parcial, mientras que la presunción en la falsa imputación es que el síntoma es real; sólo se cuestiona la fuente del síntoma.(1)

Se describe una clasificación del tipo de reclamación que se presenta en el contexto de los exámenes médicos forenses, el cual es importante tener en cuenta en simulación. Se divide en cinco grupos, así:

1. Física / reclamación de incapacidad física. En estos casos, el examinado está reclamando un daño físico / trauma y como resultado los síntomas físicos y el deterioro.
2. Mental / reclamación por incapacidad mental. El reclamante alega un daño mental que está produciendo síntomas emocionales, como en el trastorno de estrés post-traumático (PTSD).
3. Física / reclamación mental. Aquí el paciente alega que sufrió una lesión física / trauma que sanó físicamente pero con síntomas emocionales (como, la depresión o trastorno de estrés postraumático).
4. Mental / reclamación física. El demandante alega que trauma / lesiones mentales, tales como el estrés laboral extremo, han causado síntomas físicos tales como ataque al corazón o las úlceras pépticas crónicas, en Colombia existe actualmente el Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés.
5. Demanda combinada. Aquí el paciente está cobrando que una lesión física y / o emocional / trauma ha producido síntomas tanto físicos como emocionales.

Es útil saber desde el principio qué tipo de reclamación se presenta, de manera que los elementos propios de los exámenes médicos independientes (IMEs) pueden ser adecuadamente planificadas. Las reclamaciones de los tipo mental / mental es mejor dirigirla a un psiquiatra o psicólogo, que por lo general tiene más experiencia en la prestación de procedimientos especiales de prueba para los síntomas psiquiátricos de simulación.(7)

En la 4° edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* se clasifica la simulación como un código "V", indicando: "Otros cuadros que pueden ser foco de atención clínica". En ésta nomenclatura, la simulación no se considera como enfermedad mental. En cambio, por definición, se trata de "la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos falsos ampliamente exagerados, motivados por incentivos externos". El DSM proporciona cuatro guías cuando se sospecha simulación, que incluyen: 1) la evaluación se produce en un contexto médico legal; 2) existe una discrepancia entre las quejas de la persona y los hallazgos objetivos; 3) el individuo no coopera durante la evaluación diagnóstica y no

cumple con la pauta de tratamiento prescrita, y 4) existe un trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, muchos expertos consideran que ésta definición es ampliamente abierta e inclusiva, lo cual conlleva al riesgo de identificar en exceso a los pacientes como simuladores.(1)

Así, autores como Nikolai Bogduk analiza porque los anteriores criterios son ambiguos: 1) Es sospechoso que un paciente quiera que se le reconozca oficialmente una enfermedad pero no TODO paciente en reclamación es simulador, depende en el contexto que se dé. 2) El desconocimiento de las entidades nosológicas por parte del médico hace que no se tenga claridad entre lo que es aceptable dentro de la evolución de un paciente. Lo que puede hacer que el médico no encuentre discrepancia entre los síntomas que refieren los pacientes y los signos objetivos. 3) Los tratamientos en dolor musculoesquelético son inciertos, lo que hace que el paciente se niegue a seguir un tratamiento ante el cual no ve mejoría lo cual es signo del sentido común.(8)

3.3. Diagnóstico Diferencial.

Debe tenerse en cuenta cinco cuadros de los cuales debe diferenciarse la simulación: patología física no detectada, tres de los trastornos somatomorfos y trastorno facticio.(1)

3.3.1. Enfermedad física no detectada o subestimada

La simulación, como los trastornos somatomorfos y el trastorno facticio, es un diagnóstico de exclusión. Los pacientes que presentan síntomas somáticos no explicados pueden tener, realmente, una enfermedad que no es detectada durante una evaluación inicial, o incluso con pruebas posteriores. Los médicos pueden inclinarse en este momento a presuponer que el paciente está simulando. Aunque puede resultar prácticamente imposible descartar cualquier patología física oculta imaginable que sea responsable de la presentación de un paciente que podría estar simulando, los médicos deberían considerar razonablemente si la evaluación ha sido adecuada. Deben contrastarse nuevos estudios frente a la posibilidad de una etiología no orgánica ya que los médicos pueden generar problemas iatrogénicos graves por un exceso de pruebas o un exceso de tratamiento. Una regla empírica es considerar y evaluar seriamente la simulación antes de avanzar hacia diagnósticos físicos altamente esotéricos.(1)

3.3.2. Trastorno de dolor y trastorno de somatización

Los casos de trastorno de dolor incluyen síntomas persistentes que no se explican una lesión tisular. Los casos de trastornos de somatización incluyen síntomas crónicos y desagradables (que, a menudo, incluyen dolor) que parecen implicar a múltiples sistemas orgánicos. En ambos casos, se presupone que el paciente experimenta realmente el dolor que refiere. Los síntomas de dolor pueden covariar con estresores psicológicos. Al contrario que la simulación, el dolor declarado en estos trastornos no está bajo control consciente ni está motivado por incentivos externos. Sin embargo, no existen métodos fiables para establecer de forma afirmativa que el dolor y otros síntomas son inconscientes y producidos de forma involuntaria.(1)

3.3.3. Hipocondría

La hipocondría se diagnostica en pacientes que de forma inconsciente interpretan sensaciones físicas como indicativas de una enfermedad grave. El paciente puede presentar dolores menores que teme que indiquen alguna enfermedad no reconocida y que puede poner en peligro su vida. Estos pacientes están deseosos de someterse a exploraciones diagnósticas de todo tipo. Por el contrario, el simulador suele no ser colaborador con el proceso diagnóstico y, al contrario que en los casos de hipocondría, es improbable que demuestre algún alivio o placer (aunque sea temporal) en respuesta a los resultados negativos de una prueba. Cuando los pacientes hipocondriacos simulan o autoinducen la enfermedad, los engaños reflejan una necesidad desesperada de convencer a los médicos de que lleven a cabo nuevas pruebas.(1)

3.3.4. Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos

Como en la simulación, los trastornos facticios incluyen fingimiento, exageración o autoinducción de una enfermedad médica. Sin embargo, los síntomas fraudulentos no pueden explicarse de forma adecuada por incentivos externos. En cambio, el paciente con un trastorno facticio recibirá bien la oportunidad de someterse a procedimientos médicos o quirúrgicos –incluyendo aquellos que la mayoría de las personas procurarían evitar- porque consideran que el papel de enfermo es gratificante de forma

intrínseca. Los simuladores, por el contrario, buscan minimizar los contactos médicos a través de los cuales se podrían descubrir sus engaños.(1)

Es importante tener claro el término de "dolor crónico", el cual se define operacionalmente por la duración del dolor. Para que el dolor sea considerado crónico, es necesario que persista de forma continua durante más de 6 meses y el resultado es la necesidad de cuidados a largo plazo. Además, se considera que el dolor ha persistido más allá del período de tiempo necesario para que el daño o lesión de tejidos sane. El dolor crónico puede ser pensado como el resultado neto de las consecuencias psicofisiológicas y neuroquímicas de la lesión y/o la percepción neurofísicas del daño tisular y la interacción de una multitud de otras influencias como afectivas, la historia cognitiva, la vida, el aprendizaje y el condicionamiento, y factores sociales. El dolor crónico es siempre un estado inferido que es subjetivo por naturaleza y por definición, es refractario a tratamiento médico. En resumen, la experiencia de dolor que persistente es la respuesta subjetiva extendida a una experiencia sensorial y es la suma de un gran número de diferentes factores independientes.(9)

4.4 Detección del Dolor Simulado.

Actualmente es ampliamente aceptado que la fisiopatología del dolor vertebral no es del todo o claramente entendida y que las características físicas y el diagnóstico de las lesiones asociadas con dolor no explican completamente los hallazgos sintomáticos o funcionales. Esto ha llevado a la investigación de factores psicológicos en la búsqueda de una explicación de las variables no explicadas. La investigación reciente ha confirmado que ciertos factores psicológicos están relacionados con los hallazgos, en particular en la transición entre el dolor agudo y crónico. Los incentivos financieros también pueden influir en el hallazgo y su presencia introduce la posibilidad de simulación.(10)

Las anomalías de los discos vertebrales cervicales y lumbares, entre ellas algunas de carácter quirúrgico, se han encontrado en pacientes asintomáticos. Por otra parte, la presencia de una anomalía en un disco o en el canal espinal en la columna lumbar de los pacientes asintomáticos no predice que padecerá dolor lumbar después de 7 años. La complejidad va más allá de la simple patología del disco espinal. Las llamadas "patologías de partes blandas", tales como el síndrome de dolor regional complejo y la

fibromialgia se han asociado con síndromes graves, debilitantes, y progresivos posiblemente. Estas condiciones también están frecuentemente asociadas con comorbilidad psicológica o incluso como posible causa. Al mismo tiempo, las explicaciones físicas no pueden dar cuenta total o incluso parcialmente para la presentación de los síntomas del paciente, por lo tanto los factores psicológicos a menudo son necesario examinarlos porque en algunos casos predicen mejor los hallazgos de las características físicas de la patología. (10)

La detección del dolor simulado suele ser extremadamente difícil, en gran parte debido a que la experiencia del dolor es subjetiva. Además como ha sido citado con frecuencia para la enfermedad simulada, es mucho más fácil simular aquello que ya se ha experimentado. Es relativamente fácil simular el dolor porque todo el mundo ha tenido la experiencia de dolor y, por tanto, conoce cómo debería aparecer ante los demás. Hamilton y Feldman observan que el síntoma del dolor del simulador “variará de acuerdo con la sofisticación médica del paciente; pueden presentar dolor difuso o patrones de dolor que no son conscientes con los cuadros médicos conocidos o con la anatomía del sistema nervioso periférico”. En particular, estos casos pueden presentarse como enfermedades específicas, como una lesión por estiramiento repetitivo un dolor variable en una extremidad (es decir, en la distrofia simpática refleja, la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica), aunque el grueso de la literatura se ha centrado en la lumbalgia o en el dolor relacionado con la columna cervical y torácica (especialmente, las lesiones por latigazo). El simulador habitualmente conoce las características del dolor asociado con el cuadro que está fingiendo. Un resultado desafortunado de la amplia disponibilidad de información médica de alta calidad por Internet es que los simuladores tienen actualmente una orientación abundante sobre cómo mostrar dolor y discapacidad de forma convincente.(1)

No existen pruebas de laboratorio objetivas que permitan a los examinadores cuantificar el dolor de forma independiente sin el empleo de la autodeclaración del paciente. Aunque inicialmente se consideró que la termografía era prometedora como método independiente para evaluar el dolor, ha quedado en desuso porque se demostró que era inespecífica. Aunque se ha utilizado la autodeclaración de Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory 2º edición (MMPI-2), con un éxito considerable para identificar la simulación de la enfermedad mental, resulta menos efectivo cuando se utiliza con las enfermedades médicas simuladas. Sin embargo, en un estudio, se compararon los perfiles del MMPI-2 entre los pacientes con dolor que

estaban implicados o no en pleitos. Los investigadores encontraron que los pacientes con dolor con pleitos presentaban elementos más evidentes y menos sutiles. Encontraron un apoyo inconsciente para la utilización de “Conversión V” como un identificador de las personas con litigio. Estos resultados aportan un apoyo discreto para la utilización del MMPI-2 en la detección del dolor simulado. Sin embargo, aunque muchos pacientes con pleitos también están simulando, los dos grupos pueden no ser idénticos con respecto a los perfiles psicológicos.(1)

La Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), una lista autodeclarada que contiene 90 elementos dirigido a una amplia gama de problemas psicológicos, se ha empleado además para identificar pacientes con dolor auténtico. En un estudio de simulación, Wallis y Bogduk, encontraron que, de acuerdo con la investigación sobre simulación de la enfermedad mental, los pacientes que simulan dolor con frecuencia “sobrexpresan” los síntomas. Los simuladores tuvieron puntuaciones significativamente más altas que los pacientes con un latigazo auténtico en todas las subescalas de la SCL-90-R.(1)

En un estudio diseñado para evaluar la efectividad de tres escalas para identificar a los simuladores, Larrabee encontró que un instrumento, el Modified Somatic Perception Questionnaire; diferenciaba a los simuladores de los no simuladores con una sensibilidad y una especificidad de 0,90. En una serie de estudios de simulación, McGuire et al evaluaron la efectividad del empleo del Paint Patient Profile (P3) en la identificación de los simuladores. El P3 contiene tres escalas clínicas: depresión, ansiedad y somatización, además de una escala de validez. Encontraron que los simuladores tenían más probabilidades de puntuar por encima de puntuación t de 55 en las tres escalas, aunque la escala de depresión tenía el poder predictivo positivo y negativo más alto. Los investigadores concluyeron que este instrumento se muestra prometedor en la detección de dolor simulado, aunque el cuestionario y su utilización requieren más estudios.(1)

Se han diseñado varios estudios para evaluar si las expresiones faciales del dolor son útiles para identificar a los simuladores. Varios investigadores han encontrado que los jueces asignaban de forma consistente valores de dolor más elevados a los simuladores, incluso cuando recibían avisos de *feedback* o por adelantado. Por tanto,

intentar detectar la simulación a través de la evaluación del grado de expresión del dolor del paciente parece ser poco productivo.(1)

Respecto a las exploraciones físicas, los signos esperados de daño o de enfermedad estarán ausentes o serán inadecuados para justificar el grado de dolor referido por el paciente. Todavía se aplican habitualmente los “signos de Waddell”, por lo que se hace una corta revisión.

Durante la década de 1980, Waddell y colaboradores estudiaron a un grupo de pacientes con dolor de espalda baja (LBP) con signos físicos frecuentes en *pacientes con dolor crónico (CPP)*. Estos signos a principios de este siglo se identificaron como predominantemente no orgánicos y se les dio la presentación de simulación o histeria. Waddell y sus colaboradores estandarizaron estos signos del CPP y las colocaron en 5 categorías generales (sensibilidad, simulación, distracción, regional, y reacción exagerada). En total, hicieron una lista de ocho signos en estas 5 categorías generales. Waddell y colaboradores también determinaron que estos signos son confiables y validos para la predicción de problemas psicológicos y sugirió que si a un CPP se le demostraban 3 o más categorías de signos no orgánicos entonces el CPP debe ser evaluado por problemas psicológicos.(6)

La interpretación de estos signos no orgánicos, llamados signos Waddell (WS), y su significado exacto está lleno de dificultades. La presencia de WS se pensó para indicar estrés psicológicos y una más “ magnificar o una presentación más enfática de la gravedad de su problema “. También se propuso que la WS debe llamar la atención sobre la posibilidad de comportamiento anormal de la enfermedad, que fue definida por Waddell como "inadaptación manifiesta de la enfermedad relacionada con el comportamiento que está fuera de proporción con la enfermedad física subyacente y más fácilmente atribuibles a perturbaciones cognitivas y afectivas asociadas". Algunos médicos asocian el hallazgo de los signos de Waddell como la presencia de simulación o exageración.(6)

Desde que se publicó, estos signos de conducta de enfermedad se han considerado con frecuencia como sugestivos de simulación. Sin embargo, en una revisión de la literatura sobre este punto, Fishbain et al encontraron una evidencia inconsistente, así concluyen: Los resultados indicaron que el 75% de los 24 informes no encontraron una asociación entre los WS y las definiciones operacionales de ganancia secundaria y la

simulación. Así, aunque inconsistente, esta investigación indica que hay poca evidencia de una asociación entre los WS y ganancia secundaria y la simulación y que la preponderancia de la evidencia apunta a la conclusión opuesta: no hay asociación.(6). En un estudio, los signos de Waddell se asociaron con peores resultados, pero los signos no discriminaron el dolor orgánico del dolor no orgánico.(1)

En una revisión que examinaba diversas pruebas físicas para la simulación, incluyendo los signos de Waddell, los investigadores encontraron apoyo para emplear dos (de los siete descritos) para detectar síntomas no orgánicos. Los dos para los cuales los investigadores encontraron una base consistente fueron para detectar la parálisis no orgánica. La prueba de Hoover y la prueba de abductor, que incluyen la manipulación de las piernas, se muestran prometedoras para detectar la parálisis simulada de piernas. En un artículo escrito por médicos de familia, Kiester y Duke ofrecieron sugerencias adicionales para la detección del dolor simulado, incluyendo, por ejemplo, buscar si llevaban mal puestos los zapatos en los pacientes que cojeaban en la consulta; trabajadores manuales que reclamaban la discapacidad para trabajar, pero que presentaban callosidades, suciedad o laceraciones en las manos; y pacientes que no se hacían daño cuando se caían o sufrían un colapso.(1)

Existe un método sugerido por Nikolai Bogduk para detectar la simulación del dolor que son los Bloqueos Diagnósticos, fundamentado en que la falsificación de la simulación es posible si se puede demostrar que el paciente no está mintiendo. El requisito no es para un detector de mentiras, pero si un suero de la verdad. En este sentido, la metáfora- suero de la verdad-, una prueba que pueda demostrar que el paciente se queja de dolor es real y por implicación de que no es simulación. Los Bloqueos Diagnósticos implican la inyección de anestésico local en una estructura que se sospecha es la fuente de dolor o en los nervios que abastecen a la fuente sospechosa. El objetivo es aliviar el dolor del paciente. Se debe tener en cuenta que no todas las fuentes posibles del dolor puede ser fácilmente anestesiadas. Tampoco en todas las fuentes posibles del dolor se puede anestesiar de forma suficientemente selectiva para permitir inferencias válidas. En consecuencia, algunas quejas de dolor no puede ser probado con bloqueos diagnósticos. Así, la utilidad de los bloqueos diagnósticos se encuentra en las fuentes genuinas de dolor que han sido detectadas en las que las estructuras o las condiciones son susceptibles a los bloqueos.(8)

Debido a que un principio fundamental en la detección de simulación es que cuantas más inconsistencias presente un paciente a lo largo de la realización de diferentes pruebas relativamente independientes y en diferentes dimensiones, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología. De ahí que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación.(2)

Desde el momento en que el dolor es un fenómeno multidimensional complejo de difícil objetivación (al no existir “dolorímetros” precisos y fiables que nos indiquen “exactamente” cuánto dolor experimenta una persona, la fuente de información principal sigue siendo el autoinforme), la simulación del dolor no se centra tanto en si existe o no dolor y cuánto dolor debería experimentar una persona en un momento determinado, sino cómo influye el dolor en la realización o no de diferentes actividades de la vida cotidiana, incluyendo por supuesto la actividad laboral. Así, el problema no es cuánto dolor experimental a gente sino cuán incapacitante resulta el dolor para las personas.(2)

Siendo más específicos el ENGAÑO de dolor de espalda baja presenta un reto diagnóstico algo único. En casos de denuncias de accidente de trabajo se sospecha la simulación del dolor de espalda baja, pero es de difícil justificación en la mayoría de los casos. Las razones para esto son obvias: El dolor no es un hecho observable por lo que la presencia o la ausencia no puede ser probada o desmentido de la memoria del paciente, ni por cualquier otro método que se conoce actualmente. Así la apreciación de la simulación por lo tanto queda relegada a las habilidades intuitivas del médico con algunas variables del paciente que juega un papel más sobresaliente que otros: la recompensa financiera. Mientras una demanda se encuentre pendiente, las reclamaciones de la discapacidad a largo plazo son cada vez más sospechosas cuando el litigio está pendiente y los exámenes: físico completo y de laboratorio no revelan patología o revelan resultados que son paradójicos. Los pacientes se hacen más renuentes a colaborar con laboratorios, tratamientos y admitir la mejoría. Ya que lo anterior podría ir en detrimento a la indemnización económica que espera. Pero las tasas de recuperación mejoran dramáticamente después de la liquidación de los siniestros.(11)

Lo anterior, lleva a considerar el análisis filosófico, histórico y clínico del comportamiento del dolor exagerado que hace Mark Sullivan, en el cual describe como se ha utilizado para la detección de la simulación pruebas físicas, las cuales se basa en la noción de esfuerzo honesto o "máximo". Los diferentes dispositivos y estrategias (por ejemplo, pruebas, isométrico o isocinético) se han ideado para detectar "submáximo" esfuerzo. La mayoría han mostrado la pobre capacidad para detectar simuladores en entornos experimentales, pero esto está realmente fuera de lugar. El problema radica en la definición de lo que constituye un esfuerzo honesto, sincero, o máximo. El esfuerzo voluntario máximo se determina, no sólo por el individuo y su dolor, como está implícito en este tipo de pruebas de capacidad física, sino que el esfuerzo máximo se define por el contexto social, incluidos las normas e incentivos que se ofrecen.(12)

Otra variante del juego del comportamiento de dolor es la evidencia de una lesión tisular. La validación de la queja de dolor a través de la correlación con el daño tisular se mantiene común en el ámbito clínico y médico-legal, pero es incompatible con la investigación del dolor moderno. La relación entre la cantidad de daño tisular y la cantidad de dolor experimentado es muy variable. Los mecanismos fisiológicos mediante el cual el organismo aumenta (por ejemplo, la sensibilización, en el centro) o disminuye (por ejemplo, modulación del dolor con opioides endógenos) el dolor experimentado a partir de una determinada cantidad de daño a los tejidos han sido identificados. La inferencia de que el dolor de un paciente es "psicógeno" debido a que no se puede identificar una lesión periférica "adecuada" para explicar el dolor, no está justificada por la ciencia actual. La equivalencia elaborada entre el daño y el dolor es otro intento de "borrar" al paciente que expresa el dolor en la situación clínica.(12)

Lo anterior es confirmado por Ruth Cronje y colaboradores, quienes analizan que es erróneo describir el dolor como "normal", si se tiene en cuenta que los aspectos emocionales y cognitivos de la experiencia del dolor ayudan a explicar la variabilidad en los informes de dolor que se observan incluso en situaciones experimentales, en que la intensidad de un estímulo para provocar una experiencia dolorosa se conoce con precisión y se puede aplicar de forma coherente en participantes. El núcleo de Plan de estudios de Formación Profesional en el dolor (IASP) admite que la experiencia del dolor es único para cada individuo. Por lo tanto, la evidencia refuta cualquier expectativa de que el dolor sea una experiencia uniforme o explícita, y evita los

intentos de construcción de un prototipo de estadística de dolor normal que sería de utilidad clínica.(13)

Así, evidencia neurofisiológica indica la participación de vías cognitivas y emocionales en el cerebro que median en la atención (como el miedo y la vigilancia a la amenaza), memoria (incluyendo creencias enfermedad), y el aprendizaje continuo apoyan la idea del significado del dolor para cada individuo, incluyendo su sensación de control, las expectativas, preocupación por la interferencia percibida de la experiencia del dolor con sus actividades y objetivos, y su sentido de la amenaza del dolor de su cuerpo, la comodidad, la actividad, la vida social en las relaciones y el futuro son clínicamente sobresalientes en la evaluación y el manejo del dolor.(13)

En conclusión, Sullivan dice, la conveniencia de la conducta de dolor y otras reacciones a los síntomas deben ser juzgadas dentro del contexto de vida de la persona. No es simplemente una cuestión de la correspondencia de la intensidad de la sintomatología con la intensidad de la conducta. Tampoco se trata de una cuestión de vinculación de la gravedad de las lesiones a la intensidad de los síntomas. Así, si se hace un triage moral se puede determinar cuando hay que hacer un enfoque médico más que psicológico.(12)

Surge otro concepto en el diagnóstico de la simulación, presentado por Bianchini y colaboradores, el cual se basa en la discrepancia entre los hallazgos físicos y discapacidad física en algunos pacientes, que puede ser llamado "exceso de discapacidad". Aunque potencialmente incluidas algunas personas cuya patología física no es visible para la actual tecnología de diagnóstico médico, los pacientes con exceso de discapacidad podría ser razonablemente divididos en dos grupos: 1) aquellos cuyo exceso de discapacidad está relacionado con factores psicológicos inconscientes (es decir, la somatización); y, 2) aquellos cuyo exceso de discapacidad es el resultado de fabricación intencional o exageración. Los pacientes pueden reactivar problemas psicológicos / trastornos (por ejemplo, depresión, ansiedad) en respuesta al dolor físico. La somatización es un proceso psicológico inconsciente que afecta directamente la presentación de los síntomas como el dolor, es la característica psicológica del proceso de los trastornos somatomorfos. Los mecanismos conscientes incluyen intentos intencionales para parecer lesionado con el fin de lograr una meta psicológica (trastorno facticio) o para lograr algún incentivo externo (simulación). Los mecanismos psicológicos, incluidos los conscientes, pueden coexistir con patología

física documentada. Del mismo modo, los mecanismos psicológicos conscientes e inconscientes no se excluyen mutuamente. Discriminar entre inconsciente y mecanismos intencionales (por ejemplo, la conversión histérica reacción frente a la simulación) es una de las cuestiones centrales que deben ser abordados. Lo que se necesita es un sistema para la detección y el diagnóstico de la intencional o consciente mecanismos del dolor.(10)

La pregunta relevante tanto para los profesionales clínicos y el sistema de justicia no sólo es "¿qué tanto dolor está presente del que experimenta la persona ", sino" hasta qué punto esta persona está discapacitada por su dolor? Por lo tanto, ofrecemos el concepto de Discapacidad Relacionada con el Dolor (PRD). PRD se refiere a la alteración de la capacidad para cuidar de sí mismo o de otros, o la capacidad de alterada para trabajar que resulta de los síntomas físicos, emocionales, de comportamiento, y / o síntomas cognitivos que surgen de, o se describen en términos de daño tisular. En este punto de vista, la cuestión de interés para abordar la simulación del dolor, no se trata sólo de la veracidad de la queja del dolor en sí, sino del grado de la discapacidad que se atribuye al dolor. Dicho de otra manera, la cuestión de la simulación en el PRD no es si una persona está realmente lesionado o simulando; realmente los lesionados pueden y simulan. La cuestión es si el la naturaleza y la gravedad de la discapacidad atribuidas a la lesión es incompatible con lo que cabría esperar dados los hallazgos físicos de la lesión. Así, este grupo describe el término **Malingered Pain-Related Disability (MPRD)** como la exageración intencional o la fabricación de disfunciones cognitivos, emocionales, del comportamiento, atribuidas al dolor físico para obtener fines como lucro financiero, para evitar el trabajo, o para obtener medicamentos (incentivos). Se debe tener en cuenta el contexto en el que se presentan los casos de discapacidad sobre todo en demandas en las cuales a mayor discapacidad es mayor la remuneración económica.(10)

Un diagnóstico de MPRD requiere pruebas de incentivos externos y la producción intencionada de síntomas. Los incentivos suele ser identificados fácilmente, como se señaló anteriormente. La determinación de intenciones es una tarea más difícil. El centro de la cuestión en la simulación es la pregunta, "¿El paciente está intencionalmente rindiendo por debajo de su capacidad real o manifiestan más discapacidad / síntomas de lo que realmente es el caso?" La intención es algo que generalmente tiene que deducirse de los hechos del caso en la forma de la cantidad,

la magnitud y el patrón de inconsistencias en la presentación de un paciente. **"Inconsistencia" es uno de los conceptos centrales en el diagnóstico de simulación.** La idea básica es que si uno está produciendo intencionalmente aumento de síntomas, es más difícil hacerlo constantemente de lo que sería para alguien que simplemente manifiesta sus verdaderos síntomas físicos o su capacidad disminuida.

Las inconsistencias se producen a través de múltiples dimensiones. El comportamiento de un paciente puede ser incompatible entre y dentro de exámenes, incompatible con lo que se conoce más o menos de la función normal y la función anormal, e inconsistente a través de comportamientos. En la literatura sobre la persistencia de disfunción neurocognitiva, los incidentes empíricamente significativos u observaciones de inconsistencia se conoce como sesgo de respuesta. El concepto de sesgo de respuesta también se aplica a los aspectos clínicos de MPRD por ejemplo, síntomas cognitivos y quejas emocionales. En términos de las medidas de esfuerzo físico, un concepto análogo puede ser sesgo de esfuerzo, que se define como la evidencia empírica de un esfuerzo intencional submáximo en una medida de la capacidad física. La intención, deducida de la evidencia de sesgo, en presencia de incentivos externos separa la simulación de trastornos que presentan una exageración inconsciente de los síntomas o discapacidad. Por lo tanto, los métodos de detección de la simulación deben demostrar sesgo de respuesta o esfuerzo con un alto grado de especificidad.(10)

Por último, existe un protocolo sugerido por Pilar Capilla Ramírez y Héctor González Ordi, llamado "Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos". Estos autores proponen un protocolo para la detección de la simulación de dolor en la práctica clínica de tipo multimétodo, multisistema y multidisciplinar que busca, mediante las diferentes pruebas aportadas desde los ámbitos de la medicina y la psicología, encontrar las inconsistencias que nos presenta el paciente. De las diferentes pruebas y los distintos profesionales se obtienen los datos convergentes que nos llevan al diagnóstico de simulación.(14) Este protocolo toma en cuenta las distintas consideraciones que se han realizado sobre el diagnóstico de simulación. La ampliación de éste protocolo se presenta más adelante.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Revisar la literatura existente sobre las estrategias utilizadas para identificar pacientes simuladores de dolor lumbar para conocer lo que existe actualmente, con el fin de generar evidencia útil en la construcción de guías de identificación de pacientes simuladores de dolor lumbar.

4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar estudios observacionales o experimentales dirigidos a caracterizar pacientes simuladores de dolor lumbar.
2. Describir las estrategias o técnicas utilizadas en el ámbito clínico para identificar pacientes simuladores de dolor lumbar.
3. Describir la forma en que se interpretan los resultados de las estrategias aplicadas para identificar pacientes simuladores de dolor lumbar.
4. Explorar la posibilidad de integrar o utilizar los componentes de las estrategias identificadas como insumo para proponer una guía de identificación de pacientes simuladores de dolor lumbar.

5. METODOLOGIA

Es una investigación *integrativa*, que como su nombre lo indica, busca integrar los resultados de investigaciones similares e independientes(15). Para ello se realiza una revisión sistemática de la literatura que consiste en una revisión completa y exhaustiva, con reglas explícitas de búsqueda y que responda a la pregunta: ¿De qué estrategias o técnicas disponen los clínicos para detectar pacientes simuladores de dolor lumbar?

Es un estudio de tipo observacional descriptivo con un enfoque de predominio eminentemente cualitativo.

Los principios metodológicos que rigen este estudio son:

5.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son estudios que tengan las siguientes características:

1. La población son personas de ambos sexos y mayores de 18 años.
2. La condición que estudian es dolor lumbar y simulación.
3. El desenlace de interés es el diagnóstico de simulación de dolor lumbar.

Los criterios de exclusión corresponden al no cumplimiento de cualquiera de las características de los criterios de inclusión descritos.

5.2. Búsqueda de estudios.

Se hizo a través de:

1. Búsqueda primaria en la cual se busca en las bases de datos: Medline y Cochrane estudios publicados que respondan la pregunta de investigación.
2. Búsqueda secundaria en la cual se buscan artículos a partir de las referencias de los ya obtenidos así como de de las revisiones sistemáticas publicadas previamente.

5.3. Manejo de los estudios recuperados.

Clasificación: en un fichero se tienen tres compartimentos en los que se clasifican los artículos obtenidos de la siguiente manera:

1. Estudios que deben incluirse en la revisión.
2. Estudios que deben excluirse de la revisión.

3. Artículos que requieren datos adicionales o mayor análisis antes de tomar una decisión.

5.4. Selección:

El proceso para la selección de estudios fue:

1. Dos revisores, en este caso las dos investigadoras, revisan de forma independiente los títulos o los resúmenes aplicando los criterios de inclusión con el objeto de clasificarlos en: definitivamente excluidos, definitivamente incluidos, y requiere más información para definir. En caso de desacuerdo se pide la mediación de un tercer revisor, en este caso el asesor de tesis, quien es árbitro.
2. Dos revisores, en este caso las dos investigadoras, leen los artículos de los grupos “definitivamente incluidos” y “requiere más información para definir” y les aplican de nuevo los criterios de inclusión empleando el texto completo de los mismos, con el objeto de decidir de forma definitiva cuales estudios se incluyen en la revisión. Se explica las razones por las cuales se excluye cada uno de los artículos. En caso de desacuerdo se pide la mediación de un tercer revisor, en este caso el asesor de tesis, quien es árbitro.
3. En una tabla se resumen las características generales de los estudios incluidos. Del mismo modo, en otra tabla, se describe el motivo por el cual se excluyó cada uno de los estudios que no ingresaron a la revisión, especificando el criterio de exclusión que se presentó.

Para resumir y analizar la información se siguen los siguientes pasos:

1. Determinar el grado de heterogeneidad (o de homogeneidad) de los estudios seleccionados.
2. Resumir cualitativamente y cuantitativamente los datos encontrados.

Para cumplir con las tareas anteriores se utilizarán los criterios de evaluación recomendados en el instrumento STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology).

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación observa los principios enunciados en la Declaración de Helsinki, principalmente el numeral 27 que hace referencia a mantener la exactitud de los datos y resultados, así como a publicar tanto los resultados positivos como negativos.(16)

De igual manera, tiene en cuenta las normas de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, principalmente el artículo 4 que hace referencia al propósito de la investigación, que en éste caso corresponde a lo enunciado en la letra (e): “al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud”. Esta constituye una investigación sin riesgo según lo definido en el artículo 11 letra (a) de la misma resolución. Se aclara que no se recibió patrocinio económico de ninguna entidad o empresa, por lo que no hay conflictos de interés.(17)

Por lo anterior, ésta investigación se compromete a:

1. Respetar las conclusiones de los autores leídos, es decir no se modifican las mismas para adaptarlo a la intención de los investigadores.
2. Evitar la distorsión de los resultados y el sesgo de publicación.

7. RESULTADOS

Se realizó una búsqueda primaria en las bases de datos Medline y Cochrane utilizando como palabras claves: “malingering”, “low back pain” el resultado fueron 28 artículos, de los cuales al especificar las palabras “evaluation” o “test” resultaron 16 artículos. Se encontró a través de búsqueda secundaria 1 artículo (ver anexo 1: Tabla 1. Fichero de selección de artículos).

Debido a la limitada bibliografía se aceptó la inclusión de estudios relacionados no sólo con dolor lumbar sino con dolor crónico, teniendo en cuenta que el lumbago hace parte de los síndromes de dolor crónico. Los artículos incluidos mostraron diferentes estrategias para la detección de simulación de dolor lumbar o crónico; como son: la medición verbal del dolor, test de personalidad, y test de disfunción cognitiva (ver anexo 2: Tabla 2. Artículos Incluidos).

De los 17 artículos encontrados 10 fueron excluidos de la revisión debido a que no cumplía con alguno de los criterios de inclusión (ver anexo 3: Tabla 3. Artículos Excluidos).

Los únicos estudios que trabajaron con población con dolor lumbar fueron los realizados por Frank Leavitt quien realizó dos estudios, uno en 1985 publicado en *Journal of Psychosomatic Research*, y otro en 1987 publicado en *Journal of Occupational Medicine*, ambos estudios tenían como objetivo determinar si una escala verbal de dolor sirve como auxiliar de diagnóstico en la diferenciación entre grupos clínicos y grupos que tratan de fingir una condición clínica en pacientes con dolor lumbar. El fundamento para esto es que el dolor a pesar de su aparente sencillez tiene una gran variedad de sensaciones sensoriales y afectivas que existen en diferentes grados de calidad e intensidad. Sus múltiples matices pueden ser clasificados de forma fiable y son sensaciones significativas para el que las sufre. Al examinar cómo los pacientes responden a los daños en los tejidos, parece razonable suponer que los pacientes con problemas orgánicos de espalda baja poseen información sobre el dolor que no saben las personas sin dolor. La información sensorial es activada por el daño de tejidos en pacientes con patología real. Esta información no es procesada por el simulador, sin dolor, sin daño en los tejidos, ya que no está involucrado.(11)

La escala consta de 103 palabras que caracterizan el dolor de las cuales se seleccionan 45 palabras como aquellas que realmente caracterizaban un dolor cierto. Se tomaron 2 grupos uno con DOLOR y el otro SIN DOLOR, se les pedía que contestarán vía mail 3 cuestionarios, el primero sobre datos demográficos, el segundo sobre antecedentes de dolor lumbar, y el tercero un cuestionario de 103 palabras del cual debería escoger 18 o más que definieran el dolor. Al grupo SIN DOLOR se le instruyó para que simularan el dolor de tal forma que el médico creyera que no podían trabajar. Posterior se hizo un análisis comparativo de la respuesta de los dos grupos donde se determinaba cuáles palabras habían escogido en común a través de

combinaciones lineales y con el análisis estadístico se calculó la probabilidad de detectar simuladores y no simuladores. El primer estudio titulado *Pain and Deception: Use verbal pain measurement as a diagnostic aid in differentiating between clinical and simulated Low Back Pain*, concluyó que es más sensible el test de palabras para discriminar entre simuladores y no simuladores cuando se contestan más de 18 palabras, se encontró una amplia variación en el uso de las palabras y que una historia previa de dolor de espalda de un simulador no influye en el tipo de respuestas en el cuestionario comparado con las que da un simulador sin historia previa de dolor de espalda.(11) (ver anexo 4: Método STROBE). En el segundo estudio titulado *Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of Low Back Pain*, los resultados mostraron que del grupo CON DOLOR detecto al 64% como simuladores y del grupo SIN DOLOR detecto al 81.7% como simuladores y aunque la diferencia es estadísticamente significativa no es clínicamente significativa debido que se tienen diferencias que no se pueden explicar y en los resultados se encuentran entre los pacientes CON DOLOR un 64% detectado como simulador para lo cual no hay explicación.(18) (ver anexo 5: Método STROBE)

Brian E. McGuire, Allison G. Harvey, y E. Arthur Shores realizaron un estudio en el 2001 publicado en *British Journal of Clinical Psychology* titulado *Simulated malingering in pain patients: A study with the Pain Patient Profile*. Con el objetivo de investigar la utilidad del test denominado Perfil del paciente con Dolor (Pain Patient Profile: P3) para detectar pacientes que simulan dolor y tratan de evitar ser detectados. El perfil del paciente con dolor (P3), es un instrumento breve de auto-reporte diseñado para medir la ansiedad, la depresión y somatización en pacientes con dolor. Estos autores describen las herramientas como Symptom Checklist 90-Revised (SCL90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota en su segunda edición (MMPI-2) y los estudios que se han realizado de éstas para ver la exactitud para el diagnóstico de simulación, y anuncia como alternativa el P3 porque tiene escalas clínicas y de validez que en un estudio previo mostró que pacientes que simulaban dolor podrían diferenciarse de pacientes con dolor por los puntajes altos en las escalas clínicas pero no en la escala de validez. El estudio que realizaron pretendía ampliar el estudio que referencian en cuanto a cuestiones metodológicas como el diseño de los grupos. Así, incluyen en el grupo de simuladores pacientes con dolor y pacientes sin dolor, el fundamento para esto fue que en la mayoría de los estudios de simulación se ha usado un diseño en donde los participantes simulan el desorden que se está investigando. Estos estudios tienen la ventaja de estricto control experimental, pero la

desventaja de la cuestionable generalización en las situaciones clínicas reales. Se ha recomendado que un grupo de comparación clínica del a enfermedad en investigación se incluya en los estudios de simulación, en lugar del control «normal». Además, los participantes en la simulación de los estudios previos generalmente no han sido de una población clínica, por lo que fueron, de hecho, “simulación pura”. Sin embargo, se podría argumentar que la mayoría de los simuladores en la práctica clínica tiene un cierto nivel de deterioro, pero exageran su gravedad, y en realidad son ‘simuladores parciales’. La mayoría de estudios de simulación no han tomado en cuenta esta distinción.(19)

El Pain Patient Profile P3 es un cuestionario que evalúa emocionalidad negativa asociada al dolor y proporciona información sobre el grado a o nivel de depresión, ansiedad y somatización autoinformada por paciente de dolor crónico, además de incluir una escala de validez(2). Dispone de tres escalas clínicas: depresión, ansiedad y somatización, y una escala de validez, y fue normado en 243 pacientes con dolor y 254 controles. Hay un total de 44 preguntas de opción múltiple que se asignan sin solapamiento en las escalas clínicas y de validez. La escala de validez del P3 consiste en cinco ítems que se revalidan con muy poca frecuencia en el estudio normativo de P3, y una alta tasa de aprobación de dichos ítems se considera muy poco común. El punto de corte del P3 es mayor a 11, basándose en los resultados del estudio normativo reportados en el manual(19).

En el estudio de McGuire, Harvey y Shores, participaron 122 personas de las cuales se formaron dos grupos de simuladores y un grupo control así: 62 pacientes con dolor, 34 pacientes que se les pedía simular el dolor, y 26 pacientes con dolor que se les pedía exagerar el dolor y la discapacidad. Se les indicó a todos los grupos señalar en una escala visual para el nivel del dolor en donde 0 era sin dolor y 10 el dolor más fuerte que ha tenido, y en otra escala emocional donde 0 no tenía problemas emocionales y 10 tenía muchos problemas emocionales.

Luego todos los participantes completaron el P3, al grupo con dolor genuino (grupo control: PC) se les dieron las instrucciones normales pero al grupo con dolor (PS) y sin dolor (GR) se les indicó aumentar el problema de dolor. Una vez finalizado el cuestionario se administró una lista de chequeo de manipulación donde se les preguntaba si habían exagerado la respuesta si contestaban que si debían marcar una escala visual donde 0 era no intente y 10 era lo intente mucho, de la cual en el grupo

PC ninguno manipuló las respuestas, y se eliminaron del grupo PS a uno y a dos del grupo GR porque contestaron que no habían exagerado las respuestas.

Se hizo el análisis estadístico con análisis de varianza, el test de Scheffé, y análisis Receiver Operator Characteristic(ROC). Los análisis indicaron buena discriminación entre los grupos PC y PS en las variables de control y en las clínicas, y una moderada diferencia entre los grupos PC y GR en las escalas de depresión y somatización.

Los resultados de exactitud del test entre los grupos de dolor genuino y con dolor que exageraba el problema; son valores de sensibilidad del 77%, 69% y 85% para depresión, ansiedad y somatización, respectivamente; valores de especificidad correspondieron en ese mismo orden de escalas al 77%, 73% y 87%; con valor predictivo positivos de 59%, 51%, y 73% respectivamente; y valor predictivo negativo de 89%, 85%, y 93% respectivamente. Los grupos de simuladores obtuvieron puntajes altos en todas las escalas clínicas comparados con el grupo control. (Ver anexo 6: Método STROBE)

Brian E. McGuire y E. Arthur Shores realizaron un estudio en el 2001 publicado en *Journal of Clinical Psychology* titulado *Simulated Pain on the Symptom Checklist 90-Revised*. Estudiaron la eficiencia estadística del Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) para diferenciar entre pacientes con dolor y simuladores y tenían como hipótesis que en los pacientes con dolor todas las escalas clínicas se elevan y la escala del Total de Síntomas Positivos se distinguen de los controles. Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) fue desarrollada como una medida de screening para psicopatología y contiene 9 escalas clínicas. Ha sido usada en poblaciones con dolor como dolor crónico posterior a un Síndrome de Latigazo, artritis reumatoidea, y lumbago. Estos pacientes obtienen elevaciones en las escalas de somatización, obsesivo-compulsivo y depresión. El SCL-90-R no tiene una escala de validez específica pero el manual describe que si el Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total: PST) es mayor en 50 en hombres y en 60 en mujeres puede reflejar dramatización en el estilo de la respuesta y tratar de forma consciente de “verse mal”.(20)

La población fue de 70 personas, de las cuales 50 tenían dolor crónico (grupo control) y 20 eran estudiantes instruidos para simular. Del grupo de dolor crónico 31 eran hombres y 19 mujeres, 33 del grupo tenían dolor de espalda, 40 tenían lesiones

relacionadas con el trabajo, 7 por accidente en moto, y 3 con condiciones clínicas crónicas; 32 pacientes habían aceptado demandas por compensación, 5 estaban en disputa, 3 habían sido resueltas, y 10 no tenían derecho a compensación; ninguno tenía una historia o presentación sugestiva de simulación.

Al grupo control se les dieron las instrucciones estándar para completar el SCL-90-R y al grupo de estudiantes se les dieron indicaciones específicas que debían demostrar que realmente sufrían de dolor al contestar el test. Se comprobó que el grupo de estudiantes instruidos para simular siguieron las indicaciones dadas por los investigadores. Los resultados mostraron que el grupo de simuladores obtuvo más altos los puntajes de todas las escalas clínicas excepto el puntaje del PST en los hombres con respecto al grupo control, se estimaron las variables de la eficiencia estadística de la escala en diferentes puntos de corte y se determinó que los puntos de corte para un diagnóstico óptimo en las escalas clínicas vario entre 1.5 a 2.7. Se corroboró la hipótesis pero se considera que la elevación en las escalas puede deberse a la falla de los resultados de los tratamientos clínicos que hace que los pacientes con dolor tengan mayor estrés psicológico. (Ver anexo 7; Método STROBE)

George K. Henry, y colaboradores realizaron un estudio en el 2007 publicado en *The Clinical Neuropsychologist*, titulado *Comparison of the Lees-Haley Fake Bad Scale, Henry-Heilbronner Index, and restructured clinical scale 1 in identifying noncredible symptom reporting*. Con dos objetivos: 1) investigar la utilidad de la escala Reestructurada Clínica 1 del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), RC1 (quejas somáticas), discriminando entre los litigantes y solicitantes de discapacidad que no tienen pruebas de validez de los síntomas (SVT), y por lo tanto representan un grupo probable de simuladores con disfunción neurocognitiva (MND) comparado con un grupo control no litigante con trauma craneoencefálico (TBI). Y 2) comparar la validez predictiva entre tres escalas del MMPI-2 para discriminar entre los dos grupos: restructured clinical scale 1 (RC1), Lees-Haley Fake Bad Scale (FBS), y Henry-Heilbronner Index (HHI).

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) es uno de los test más usados en los Estados Unidos en las personas sometidos a la evaluación psicológica y neuropsicológica. Un Meta-análisis del MMPI-2 demostró su eficacia en el contexto forense. En este contexto la identificación de la exageración de síntomas o de la simulación es una característica fundamental.

Las tradicionales escalas de validez (L, F, Fb, Fp, K), y las escalas complementarias de validez (FK, OS, DS2, Dsr2) del MMPI- 2 han demostrado sensibilidad sobre la información de psicopatología o los síntomas psiquiátricos raros en un contexto criminal, pero han demostrado ser bastante insensibles a la exageración de los síntomas en la configuración de los litigantes y los demandantes que persiguen reclamaciones por discapacidad neuropsicológica. En cambio, el ítem 43 de la escala Lees-Haley Fake Bad Scale ha demostrado buena especificidad y precisión de la clasificación en la identificación de la exageración de síntomas de los litigantes y los solicitantes de discapacidad. Una reciente meta-análisis de la FBS demostró ser igual o mejor, que las tradicionales escalas de validez de la familia MMPI-2 en la identificación de la exageración de síntomas en personas litigantes.(21)

La simulación o exageración de los síntomas en un contexto de litigio puede ser conceptualizado como involucra en tres ámbitos generales: cognitiva, psicológico-emocional, y / o físico-somático. En el ámbito físico-somático el FBS ha sido utilizado para identificar un informe de dolor exagerado, simulación de discapacidad relacionada con el dolor, la información de síntomas en exceso en las solicitudes de la exposición tóxica, y las personas con sensibilidad química múltiple. La escala HHI ha demostrado una buena especificidad y sensibilidad, y ser ligeramente mejor que el FBS en la identificación de probables simuladores de una muestra en su mayoría litigantes con lesiones cerebrales leves y solicitantes de discapacidad.(21)

Las escalas Clínicas Reestructuradas (RC) del MMPI-2 surgen con la idea de superar la debilidad del test de superponer conceptos y la heterogeneidad interescalas. De tal forma, se desarrollaron diferentes escalas en las que se desarrollaba un solo concepto, así: RC1 con quejas somáticas, RC2 con emociones positivas bajas, RC3 con cinismo, RC4 con conducta antisocial, RC6 con ideas de persecución, RC7 con emociones disfuncionales negativas, RC8 con experiencias aberrantes, y RC9 con activación hipomaniaca. El estudio utilizó un diseño de grupos conocidos para investigar la predicción de validez de la escala RC1 en la identificación de conjuntos de respuesta no válidos. Con la hipótesis que si el RC1 representa una medida “pura” de “quejas somáticas”, entonces debe ser mejor que FBS y HHI, como una medida de exceso de información de síntomas somáticos y discapacidad física en sujetos que pierden el test de validación de síntomas (SVT) o probables simuladores de aquellos que pasan el SVT o no simuladores.

Se formaron dos grupos: el grupo de Probable Simulación (PM) constituido por 63 pacientes que cumplían con los criterios de probable simulación de disfunción neurocognitiva (MND) de Sherman Slick y Iverson, todos tenían algún estímulo externo, así: 32 tenían litigios por lesiones personales (PI) y 31 tenían pendiente la determinación de incapacidad, en su mayoría con trauma craneoencefálico cuyos síntomas correspondían principalmente a amnesia(62%), un 12% a dolor crónico sin especificar la ubicación corporal, y el restante a otro tipo de causas; la edad media fue de 46.21 años y la escolaridad de 14.97 años. Por otra parte, el grupo control de no simuladores (NM) formado por 77 pacientes, adultos no litigantes, 85% con trauma craneoencefálico leve, con una edad media de 38.06 años y escolaridad de 12.72 años.

Se realizó una serie de análisis de regresión logística para determinar cuál de las tres escalas del MMPI-2 (FBS, HHI, y RC1) fue más eficaz en diferenciar los dos grupos. Los resultados mostraron que HHI y FBS tienen buena sensibilidad y baja especificidad. RC1 no parece tener suficiente valor predictivo para detectar la exageración de síntomas en demandantes por discapacidad. Los resultados sugieren que las puntuaciones altas en el índice HHI y FBS reflejan con una mayor parsimonia una exageración de la discapacidad o el comportamiento relacionado con la enfermedad. La RC1 puede tener mayor relevancia en los pacientes con dolor crónico con incentivos externos o pacientes clínicos sin incentivos externos para exagerar la presentación de sus síntomas. (Ver anexo 8: Método STROBE).

Kevin J. Bianchini, y colaboradores realizaron un estudio en el 2008 publicado en *Assessment* titulado *Classification Accuracy of MMPI-2 Validity Scales in the Detection of Pain-Related Malingering A know-Groups Study*. Con el objetivo de determinar la exactitud de los indicadores de validez del MMPI-2 para detectar simulación en dolor crónico utilizando el diseño de grupos conocidos.

El MMPI y MMPI-2 se han utilizado durante décadas para evaluar la consistencia de la respuesta, el esfuerzo, la actitud defensiva, fingir bien, y fingir mal. Además de las escalas de validez tradicionales incluyendo la escala F, Fb escala, y las escalas de FK, muchos investigadores han desarrollado índices para detectar la simulación. La escala de respuesta inconsistencia variable consiste en 67 pares de elementos, con un contenido similar o contrario, que se califican de inconsistencia. La escala de respuesta verdadera inconsistente evalúa los conjuntos de respuestas mediante la detección de todas las respuestas verdaderas o falsas. Cabe señalar, sin embargo,

que **estas escalas miden en conjunto la coherencia de las respuestas, y no son medidas de la simulación.** Las escalas F y Fb se componen de ítems inusuales o atípicos. Una puntuación excepcionalmente alto en F o Fb sugiere la posibilidad de "mala falsificación" o exageración de problemas psicológicos. La escala de FP incluye 27 artículos que no fueron validados con la muestra normativa o con pacientes psiquiátricos. El índice F-K ha demostrado ser indicativo de la simulación. Por último, la comparación de elementos evidentes frente a los elementos sutiles puede ser un indicador útil, porque los demandantes que son simuladores pueden atinar a un número muy elevado de elementos obvios que tienen cara de alta validez, pero fallan al ignorar los elementos más sutiles.(7)

La simulación de discapacidad relacionada con el dolor (MPRD: malingered pain-related disability) es "la exageración intencional o fabricación de la disfunción cognitiva, emocional, física o de comportamiento atribuido al dolor con el fin de evitar trabajar, la obtención de una compensación económica o para obtener los medicamentos". Estos autores hicieron hincapié en que los pacientes con dolor intencionalmente puede exagerar los problemas en varios dominios: emocional, cognitivos, conductuales y físicos. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota revisado (MMPI-2) tiene escalas clínicas que son elevadas en pacientes con dolor crónico como son las escalas 1 (hipocondría; Hs), 2 (depresión, D), 3 (histeria; Hy), y 7 (psicastenia, ansiedad, Pt). Hs y Hy están altamente correlacionados y que probablemente reflejan la tendencia a expresar somatización. Se han realizado diversos estudios para ver la utilidad en la detección de pacientes simuladores y resultó ser adecuada en pacientes simuladores en trauma craneoencefálico, este estudio pretende ver la utilidad en pacientes cuya queja principal es el dolor.(22)

Los pacientes seleccionados fueron de una clínica de dolor psicológico al que remitían médicos, demandas laborales o abogados. Se revisaron las historias clínicas y se excluyeron aquellos que no tenían patología en columna y en los cuales los criterios de simulación no fueran claros.

Se dividieron en cuatro grupos:

GRUPO 1: NO INCENTIVOS NO SIMULADRES que correspondía a 23 pacientes, los cuales tenían unos criterios claros de selección.

GRUPO 2: SI INCENTIVOS NO SIMULADORES que correspondía a 34 pacientes los cuales tenían algún tipo de incentivo (demandas laborales o indemnización por discapacidad) con claridad en el origen orgánico de la enfermedad.

GRUPO 3: MPRD: malingered pain-related disability. La simulación de discapacidad relacionada con el dolor (MPRD) que correspondía a 32 pacientes, escogidos según los criterios de quienes propusieron este concepto.

GRUPO 4: SIMULADORES que correspondía a 26 pacientes, que eran estudiantes universitarios instruidos para simular.

Las escalas e indicadores examinados del MMPI-2 en este estudio fueron las siguientes: F, Fb, Fp, FBS, DS-r, FK primas, O - S, L, K, índice ES, Meyers (MI), Hs y Hy. Las escalas clínicas examinadas se limitan a Hs y Hy porque estos son los que más fuertemente que refleja quejas somáticas en oposición al enfoque del síntoma psicológico de las escalas D (depresión) y Pt (psicastenia).

Los resultados mostraron que los grupos NO SIMULADORES (no hay incentivo e incentivo solamente) respondieron de manera similar entre sí y diferente a los grupos que se sabe que son intencionalmente exagerado (MPRD definido y estudiantes simuladores) entre ellos fueron similares. En resumen, a nivel de grupo, las escalas e indicadores del MMPI-2 fueron capaces de diferenciar entre no simuladores y los participantes que exageraban intencionalmente.

Los índices de exactitud para ésta prueba fueron la SENSIBILIDAD y los FALSOS POSITIVOS. En la sensibilidad están los simuladores que quedaron en el rango de simulación y dieron como positivos, en los falsos positivos están aquellos que no son simuladores pero quedaron en el rango de simuladores. Con una sensibilidad del 50 % se mantiene una tasa de falsos positivos menor al 10%. Para todas las variables excepto para L, los puntajes extremos estuvieron asociados con una mejor especificidad.

Hay que tener en cuenta en la interpretación de los resultados del MMPI-2 que la somatización se refiere a la forma en que algunos pacientes usan sus síntomas físicos como manera de hacer frente y comunicar su vida emocional. En este tipo de magnificación de los síntomas, es más fácil aceptar que los síntomas físicos son los causantes de la infelicidad y el descontento actual que admitir que alguna razón

psicológica es la que contribuye a ella. Por otra parte, la mayoría de los pacientes que invoque una indemnización de lesiones no están simulando, adicional hay que tener en cuenta que estar en un ámbito médico-legal es un ambiente complejo y potencialmente un estresante psicosocial que pueden empeorar los problemas preexistentes de tendencias psicológicas, incluyendo la somatización. Por lo tanto, en los indicadores de simulación hay que diferenciar entre las exageraciones de síntomas asociados a estas complejas cuestiones psicosociales y la exageración intencional.(22)

Hs y Hy son indicadores de somatización en el MMPI-2. Estos indicadores de somatización fueron examinados en este estudio de simulación de síntomas de dolor. Las conclusiones sobre Hs y Hy apoyan la idea que la exageración, por razones que no sea la simulación se observa en pacientes con incentivo financiero porque los pacientes con mayores incentivos económicos tenían puntuaciones elevadas en estas escalas que el grupo sin incentivos. Los datos también indican que las puntuaciones extremas reflejan una exageración intencional. A diferencia de los escalas de validez, los pacientes sólo con incentivos fueron 3-4 veces más propensos a tener puntuaciones T superiores a 80 en Hs y Hy en comparación con cualquiera de los grupos de pacientes sin incentivos. Esto significa que incluso en ausencia de las pruebas de la exageración intencional, los pacientes con incentivos obtuvieron calificaciones más altas (alrededor de 10 puntos) en estas escalas. Dada la extensión de la lesión física en los grupos sin incentivos, estas elevaciones no están probablemente relacionadas a los síntomas de daño físico. Por lo tanto, estos hallazgos apoyan la afirmación que los indicadores MMPI son sensibles a la exageración y no a los efectos psicológicos del dolor verdadero.

El MMPI-2 es capaz de diferenciar la exageración intencional de los efectos sobre el informe de los síntomas de una verdadera alteración psicológica, una lesión médica significativa documentadas, y el estrés asociado con trámites de una demanda en un contexto médico-legal. (Ver anexo 9: Método STROBE).

Kevin W. Greve, y colaboradores realizaron un estudio en el 2009 publicado en *The Clinical Neuropsychologist*, titulado *Detecting malingered pain-related disability: classification accuracy of the Test of Memory Malingering*. Con el objetivo de determinar la clasificación de la exactitud del Test of Memory Malingering (TOMM) en la detección de la simulación de discapacidad relacionada con el dolor, en un rango de puntajes de corte en pacientes con dolor crónico sometidos a evaluación psicológica.

Detectar simulación de discapacidad cognitiva y/o emocional en pacientes con dolor crónico se justifica en que si se tiene en cuenta que adicionar la discapacidad cognitiva y/o emocional puede completar reclamos por discapacidad que no son suficientes con la lesión física por sí sola. La presencia de los síntomas cognitivos y emocionales en la imagen general de la discapacidad puede resultar en una mayor concesión de ayudas financieras. La discapacidad multidimensional es potencialmente más “valiosa” en el contexto de litigios, existen mayores incentivos por discapacidad en múltiples modalidades, incluyendo síntomas cognitivos y / o emocionales.(23)

El TOMM (del inglés, *test of memory malingering*) se desarrolló en 1996 como medida de detección de simulación de problemas de memoria, es ampliamente utilizado como test de validez de síntomas de elección forzada y se desarrolló inicialmente para detectar simulación en el contexto de una disfunción cerebral. El estudio normativo del TOMM ha demostrado que las variables demográficas como la edad y el nivel educativo no afecta a las puntuaciones de este test. Adicional, estudios comparativos han demostrado que la ejecución del TOMM se relaciona sólo modestamente con medidas de aprendizaje y memoria, pero sí puede modificarse en función de la intensidad del deterioro cognitivo que presente el paciente examinado.(24)

El TOMM es un test de reconocimiento de 50 elementos, que incluye dos ensayos de aprendizaje consecutivos y una prueba de memoria diferida. En cada uno de los ensayos de aprendizaje se presentan al examinado 50 dibujos de objetos comunes durante 3 segundos, a intervalos de 1 segundo. Los mismos 50 dibujos se emplean en cada ensayo, aunque se presentan en diferente orden. Después de cada ensayo, se muestran 50 láminas de reconocimiento, que incluyen el objeto previamente aprendido junto a un ‘distractor’, y se requiere al examinado la identificación de los elementos mostrados durante el aprendizaje. El test requiere realimentación de cada respuesta por parte del examinador (‘correcto’ frente a ‘incorrecto’). El ensayo de retención es optativo y suele realizarse transcurridos aproximadamente 15 minutos desde el segundo ensayo. Se ha estimado como punto de corte sugestivo de simulación cualquier puntuación inferior a 45 en el segundo ensayo, corroborada por una puntuación similar en el ensayo de retención.(24)

Se usaron dos grupos un grupo con puntajes muy bajos en test de validación de síntomas lo que se explica razonablemente por la tergiversación intencional de síntomas y otro de estudiantes instruidos para simular. Se compararon con los datos

en la literatura en pacientes con demencia y trauma craneoencefálico. Los participantes correspondieron a los archivos de una clínica de psicología los cuales correspondieron a 604 casos los cuales cumplían con los criterios de inclusión: dolor crónico y haber completado dentro de su evaluación psicológica el TOMM. La mayor parte de los pacientes fueron vistos con la queja principal de dolor de espalda, aunque la mayoría no tenía evidencia objetiva de la patología que compromete la columna o la médula espinal. Casi todos los pacientes estaban siendo tratados con una variedad de medicamentos, muchos se habían sometido a inyecciones, y la mayoría recibió terapia física. El 83.6% tenían incentivos externos. El grupo de estudiantes instruidos para simular fueron 20 y el grupo control correspondió a los datos encontrados en la literatura correspondieron a 45 por trauma cerebral y a 59 por demencia en total 104 casos.

Las puntuaciones del TOMM fueron sometidos a un análisis multivariado de varianza (MANOVA), seguido por el análisis univariado de varianza (ANOVA) para examinar efectos de grupo. Los resultados mostraron que el TOMM detecta del 37,5% al 60,2% de los pacientes con simulación de discapacidad relacionada con el dolor (Malingered Pain-Related Disability MPRD), dependiendo del punto de corte. Las tasas de Falsos positivos (FP) osciló entre el 0% al 5,1%. En el dolor crónico los puntos de corte original no producen ningún error FP, pero se asocia con altas tasas de error falsos negativos. A mayores cortes da mayor sensibilidad sin afectar negativamente a la especificidad. (ver anexo 10: Método STROBE).

8. DISCUSIÓN

Posterior a la revisión sistemática de la literatura es evidente que el diagnóstico de simulación no se hace con una única prueba sino que es la convergencia de datos de diferentes pruebas lo que lleva al diagnóstico. Lo que explica porque en ésta revisión se encuentran diversas pruebas, lo que hace que aunque las poblaciones de los estudios son similares no son así las intervenciones de los estudios. Por lo tanto, en esta revisión estamos frente a una heterogeneidad clínica. Dicha heterogeneidad conlleva a no realizar la combinación cuantitativa de los resultados, sino más bien realizar un análisis cualitativo que lleve a estimar el efecto global de los hallazgos.

Se encontraron estudios experimentales y observacionales donde se aplicaban pruebas de tipo psicológico, encontrando así test de autoreporte, de screening para psicopatología, de evaluación neuropsicológica y psicológica, y de validez de síntomas de elección forzada. No se encontraron estudios de pruebas físicas objetivas que determinen simulación. Es probable que esto sea así debido a la imposibilidad de determinar objetivamente la presencia de dolor siendo un fenómeno multidimensional entre las que están los aspectos emocionales y cognitivos de cada persona, lo cual no permite generalizar la “normalidad” del dolor. Y por otro lado al no estar totalmente clara la fisiopatología del dolor vertebral y que las características físicas y resultados diagnósticos no explican completamente los hallazgos sintomáticos y funcionales, hace que la búsqueda se enfoque en factores psicológicos ya sea para determinar componentes emocionales que cronifican el dolor o inconsistencias que hagan sospechar de una conducta exagerada consciente.

Entre las escalas de autoreporte está la escala verbal de dolor que se trato de mostrar como una prueba auxiliar que apoyara junto con otras al diagnóstico de simulación, pero los resultados no fueron concluyentes debido a la gran variabilidad de palabras usadas tanto por simuladores puros y no simuladores y el alto porcentaje de falsos positivos que como se describió en párrafos anteriores no es admisible en este tema debido a las implicaciones económicas y legales que trae diagnosticar un paciente con verdadero lumbago como simulador.

Otra prueba de autoreporte es el Perfil del Paciente con Dolor, con un diseño interesante que incluía dentro del grupo de los simuladores a simuladores parciales, es decir pacientes con dolor que exageraban los síntomas y la discapacidad; y a simuladores puros, es decir pacientes sin dolor entrenados para fingir el dolor. Los resultados fueron alentadores en cuanto a la diferencia de los resultados entre el grupo simulador y el no simulador al obtener los primeros puntajes altos en todas las escalas clínicas, lo que permitió diferenciarlos. Sin embargo, los porcentajes de los criterios de validez (sensibilidad y especificidad), y de seguridad (valores predictivos positivo y negativo) aunque no son bajos no dan la plena seguridad para su uso clínico, por encima de un 90%, como prueba de screening o confirmatoria. Por lo cual deben requerirse más estudios para confirmar su utilidad.

Entre las pruebas de screening de psicopatología se encontró el Symptom Checklist 90 – Revised (SCL-90-R), con un diseño que debe mejorarse puesto que uso un grupo de simuladores puros, en los cuales las motivaciones pueden influir el tipo de

respuestas, adicional que no son este tipo de simuladores los más comunes en la práctica clínica; y la diferencia del tamaño de las muestras de los dos grupos no fueron equitativas. Los resultados fueron prometedores al mostrar diferencias entre los dos grupos y comprobar puntos de corte adecuados para un diagnóstico. Sin embargo, un diseño de grupos con simuladores parciales y grupo control con muestras equitativas podría demostrar su utilidad clínica.

En los test de evaluación psicológica y neuropsicología se encontraron el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota en su segunda revisión, con dos estudios: uno donde se compara la validez predictiva de tres escalas del MMPI-2 para diferenciar entre simuladores y no simuladores, con un diseño apropiado para el estudio de simulación que incluía simuladores parciales con un grupo control. A pesar que los resultados mostraron que los puntajes de las escalas no están influenciadas por las características demográficas (edad, sexo, y nivel educativo), y que las escalas HHI y FBS mostraron alta sensibilidad con baja especificidad, se encontraron limitaciones como que la escala RC1 mostró poco valor predictivo, y para el caso en particular de simulación en dolor lumbar, la mayoría de la población en el estudio correspondió a pacientes con trauma craneoencefálico y un porcentaje muy bajo del grupo de simuladores con dolor crónico, lo cual hace que los resultados no sean extraíbles para el caso en particular, porque no es la población objeto (simuladores de dolor lumbar) y que en la detección de la simulación, la especificidad y valor predictivo positivo son los índices críticos de exactitud de la clasificación, por las consecuencias ya descritas de diagnosticar como simulador a quien no lo es.

El otro estudio del MMPI-2 determinó la exactitud de los indicadores de validez del MMPI-2 para detectar simulación en dolor crónico utilizando el diseño de grupos conocidos. El diseño del estudio fue apropiado, incluía dentro del grupo de los simuladores a simuladores parciales y puros y dentro del grupo control a pacientes con incentivos y sin incentivos, adicional la población consistió en pacientes con patología de la columna, se determinaron las escalas de compatibilidad e incompatibilidad de las respuestas lo que determinó la validez de las mismas lo que determina si vale la pena o no puntuar los resultados, y todos los participantes continuaron en el estudio. Los resultados mostraron que en el grupo de simuladores la sensibilidad es mayor para el MPRD que la de los simuladores instruidos, y aunque la especificidad los resultados fueron pobres y la detección de falsos positivos es inexacta, se llegó a una conclusión importante como que el MMPI-2 es capaz de diferenciar la exageración intencional de los efectos sobre el informe de los síntomas de una verdadera alteración psicológica,

una lesión médica significativa documentadas, y el estrés asociado con tramites de una demanda en un contexto médico-legal. Lo que promete es que si bien no es una prueba de oro para detectar simuladores si lo es para descartar otro tipo de psicopatología en el diagnóstico diferencial de simulación. Es claro entonces que los resultados del MMPI-2 por sí solos no son suficientes para un diagnóstico de la simulación; sin embargo, las puntuaciones más altas deberían aumentar la preocupación por la posibilidad de simulación. Las limitaciones para la extensión en Colombia son la necesidad de realizar pruebas cognitivas, de memoria y de capacidad de lectura antes de realizar el MMPI-2 lo cual hace pensar que la aplicación del test requiere un cierto nivel de escolaridad, y adicional a otro requerimiento operativo como ser un test de 567 ítems, sin la posibilidad de extraer las escalas analizadas en este estudio debido a que todas se correlacionan entre sí por lo que es necesario realizar el test en su totalidad. Sin embargo, es una opción que existe y se usa en Colombia como test de perfil de personalidad.

Por último, el Test of memory malingering (TOMM) es una prueba de validez de elección forzada de síntomas cuyo procedimiento general requiere que el paciente seleccione la respuesta correcta de un número fijo de opciones de respuesta (normalmente dos) después de la presentación de un estímulo. Ante la falta de conocimiento sobre el estímulo, el paciente debe responder correctamente en un 50% de las pruebas por casualidad en un procedimiento en dos opciones. Un resultado que es significativamente peor que un 50% (estadísticamente por debajo de la casualidad) muestra que "no es un hecho al azar o la casualidad sino que representa una distorsión intencional por el alumno"(10), la cual es una prueba útil para detectar simulación de déficit neurocognitivo. El estudio revisado en un estudio de extensión donde los parámetros utilizados para determinar simulación en trauma cráneo encefálico y demencia no se cambiaron para detectar simulación en pacientes con dolor crónico. El diseño del estudio incluyó grupo de simuladores parciales y puros, los pacientes en su mayoría tenían dolor de espalda e incentivos externos, lo que hace extraíble los resultados al tema en particular. Los resultados fueron concluyentes donde se aprecia que aquellos pacientes con demandas simulan más, lo que puede demostrar la tendencia a adicionar discapacidad emocional y/o cognitiva en los casos de demandas con el fin de aumentar el grado de discapacidad. Además, con tasas de falsos positivos bajas y altas tasas de falsos negativos se demuestra que su uso es más como una prueba confirmatoria que de tamizaje o screening; pero, no de simulación de dolor lumbar o crónico sino como de simulación de discapacidad

relacionada con el dolor y especialmente neurocognitiva, para lo cual fue diseñada la prueba.

Por tanto, no existe una prueba de oro para detectar simulación de dolor lumbar, pero si existen pruebas con índices de exactitud para medir características diferentes, que al ser analizadas en conjunto pueden demostrar las inconsistencias multidimensionales esperadas en un paciente simulador.

9. CONCLUSIONES

Las pruebas sólo pueden aportar pruebas en apoyo de diversos diagnósticos. Incluso entonces, el resultado de la prueba se debe combinar con la información previa o conocimiento antes de que se pueda interpretar con sentido. A pesar que la alta sensibilidad y especificidad son propiedades deseables para una prueba diagnóstica, estos parámetros por sí solos no puede responder a la pregunta fundamental del diagnóstico, es decir, "dado un resultado positivo en la puntuación, ¿cuál es la probabilidad de que el paciente tiene este desorden?(7)

Así, la mejor práctica clínica implica el uso de criterios diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de un único test y de la utilización de enfoques evaluativos que incluyan la combinación de test especializados e indicadores de validez. Así, ninguna prueba aislada es determinante para el diagnóstico de la simulación, es la exploración y la investigación clínica detallada, la búsqueda de inconsistencias del paciente en las diferentes pruebas psicológicas y físicas, y la observación de su conducta en distintos ámbitos, lo que aportará la convergencia de datos necesaria para diagnosticar la simulación.(14)

Los juicios clínicos sobre la simulación es probable que tenga algo de veracidad, pero en realidad representa áreas de incertidumbre, el error se puede producir porque las similitudes y diferencias entre el simulador y el paciente con dolor real aún no están bien definidas. Estos juicios también implican algunos riesgos para el paciente. Una vez que los síntomas son vistos con sospecha, la respuesta clínica puede ser selectiva y crítica, en contraste con equilibrado y objetivo, y la queja del paciente no puede recibir la atención que merece.(11)

Para la sospecha de simulación debe tenerse en cuenta que el enfoque médico se ha basado en que si alguien no puede realizar su ocupación o, simplemente, no realizará su ocupación se incluyen preguntas de carácter científico sobre el deterioro de los órganos y su relación con la capacidad funcional. Sin embargo, no puede reducirse a estas preguntas de carácter científico. Siempre se debe incluir preguntas sobre el contexto social e incentivos, sobre experimentan dolor y la modulación, y sobre el significado y valor del sufrimiento. Simular el dolor requiere un conocimiento de todos estos elementos, al igual que descifrar la simulación. Simular no es un problema general de la falta de correspondencia entre el dolor y la conducta de dolor. Siempre es el problema específico de lo que ocurre en esta situación social particular y por qué. (12)

Es importante realizar una evaluación psicológica en pacientes con dolor crónico y sospecha de simulación, esto debido a que para aumentar la discapacidad y alcanzar una minusvalía a veces la lesión física no es suficiente, lo que hace que mostrar síntomas cognitivos y/o emocionales en la imagen general de la discapacidad puede resultar en una mayor concesión de ayudas financieras. Este tipo de evaluaciones puede evidenciar inconsistencias que aporten al diagnóstico multisistémico de simulación.

El diagnóstico de simulación debe ser a través de la organización sistemática de la evidencia esto debido que: 1) no es posible identificar a todos los simuladores con un método, y, 2) la simulación puede ocurrir en uno o varios dominios funcionales. Estos datos se refieren a un índice así 1) datos relativos a la capacidad física del paciente, la discapacidad, o las limitaciones expresadas por el paciente a través de la conducta durante el examen físico (incluyendo examen médico físico y los tratamientos, evaluación o tratamiento de terapia física o ocupacional, y la evaluación de capacidad funcional), 2) datos sobre la capacidad cognitiva, discapacidad, o las limitaciones expresadas en términos de resultados de las pruebas que normalmente se produce como parte de un dolor neuropsicológico o evaluación psicológica, y 3) los datos de autoinforme del paciente sobre cualquier aspecto de su discapacidad, incluyendo déficit y discapacidad física, cognitiva y emocional (incluyendo calificaciones de escala análoga del dolor). En términos generales, lo que se quiere es que el paciente diga cómo es el problema y cómo se expresa en su discapacidad.(10)

En este sistema el uso de dos indicadores métricos se justifica lógica, clínica y estadísticamente y es suficiente para apoyar la conclusión, en el nivel de "más probable que no," que un persona está simulando. Además, el requisito de dos conclusiones positivas sobre los indicadores métricas significa que el diagnóstico de la simulación probable no se puede hacer sobre la base de inconsistencias cualitativas, como "inconsistencias convincente" únicamente. Esto por tres razones: en primer lugar, requerir un sólo indicador positivo da el riesgo de un error de falsos positivos debido a la casualidad. En segundo lugar, conceptualmente, a mayores incoherencias presentes, es más probable que el paciente no sea consciente de ser inconsistente. Tercero ha sido la convención en el estudio de simulación cognitiva que se requieren de dos resultados positivos para el diagnóstico de la simulación, esto basado en conceptos estadísticos: por ejemplo, cuando dos indicadores correlacionados cada uno con una especificidad de 0,95, su nivel de falsos positivos es de 0,05. Sin embargo, la combinación de la tasa de falsos positivos es el producto de los dos datos independientes: $0,05 \times 0,05$, ó 0,0025. Es decir, la probabilidad de que alguien que no es simulador sea positivo en dos indicadores con especificidad de 0,95 es de aproximadamente 3 de cada 1.000. (10)

Dadas las consecuencias negativas de un diagnóstico de simulación falso positivo, los médicos deben ser conservadores en la aplicación de los criterios, si no conocen las características de precisión de las pruebas usadas. Es por esta misma razón por la que se han requerido dos "hits" en los indicadores positivos con exactitud conocida en la clasificación (métricas), relegando más a los criterios "clínicos" a un menor nivel de importancia en el sistema de diagnóstico. Es decir, el diagnóstico requiere de pruebas bien validadas (por ejemplo, con una precisión documentada) indicadores cuantitativos de esfuerzo intencional/sesgo de respuesta o exageración de síntomas.(10)

El MMPI-2 puede proporcionar información útil en la especificación del grado en que el individuo está alterando su presentación, así como el contexto psicológico en el que aparece la queja del dolor. La pregunta no es si el dolor que experimenta el individuo es real "orgánico" o dolor "inorgánico", sino ¿hasta qué punto la expresión de la experiencia del dolor se distorsiona y en qué momento el auto-informe se convierte tan distorsionada que ya no proporciona información válida. Dada la alta tasa de comorbilidad psiquiátrica en las poblaciones con dolor crónico, las elevaciones de las escalas de infrecuencia indican la simulación o exageración deliberada de las enfermedades psiquiátricas. La excesiva defensa como lo demuestra la negación de

problemas psicológicos y una auto-presentación muy virtuosa asociado con la negación de los defectos morales como se evidencia por las elevaciones de las escalas L, Ko S sugiere impresión de la gestión y la omisión deliberada del potencial de las conductas relevantes o rasgos de personalidad. En su conjunto, el estándar de las escalas de validez del MMPI-2 puede proporcionar información útil respecto a la presencia o ausencia de la simulación en dolor crónico.(9)

10. RECOMENDACIONES

Puesto que en la mayoría de los casos, la evidencia definitiva de intenciones esta ausente. La intención aún podría deducirse en un caso concreto en la base de las inconsistencias en la conducta del paciente y la presentación. Sin embargo, es necesario contar con un medio para identificar las inconsistencias que son significativas ya que son muy poco frecuentes en los pacientes no simuladores. Por lo que se propone usar un protocolo para el diagnóstico de la simulación, en el que se incluyan diferentes aspectos; esto si se tiene en cuenta que las inconsistencias puede ocurrir en las dimensiones cognitivas, emocionales y físicas, y el vector de la dimensión del síntoma que representa la simulación variará dependiendo de si la capacidad o quejas de síntomas se miden. (10)

1. Síntomas cognitivos: Las técnicas diseñadas para detectar déficit neurocognitivos persistentes en los pacientes con lesión cerebral también son capaces de detectar intentos deliberados de los pacientes con dolor a aparecer con deterioro cognitivo. Así, la ciencia actual admite el uso de algunos indicadores de simulación cognitiva en pacientes con el dolor.
2. Síntomas emocionales: las quejas emocionales son comunes en consecuencia de lesiones físicas y puede ser una fuente adicional de discapacidad relacionada con el dolor. Existe desarrollada una buena la literatura empírica sobre la detección de quejas emocionales exageradas persistentes mediante la Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).
3. Síntomas físicos: Los pacientes con MPRD intencionalmente pueden exagerar problemas físicos al menos de dos maneras: 1) los síntomas físicos exagerados: las quejas (por ejemplo, las puntuaciones muy altas en las

calificaciones de la escala visual análoga de dolor, y 2) disminución de la capacidad física (por ejemplo, una capacidad disminuida para levantar intencionalmente, doblarse, agacharse, etc.) La detección de estos diferentes enfoques de la simulación de PRD requiere estrategias diferentes. Así, los síntomas físicos a través de autoinforme como cuestionarios de auto-informe de dolor (por ejemplo, Dallas Cuestionario de Dolor) han establecido puntos de corte puntuación indicativa de la exageración, pero actualmente no hacen diferencia entre el inconsciente y la exageración intencional. Sin embargo, algunos progresos se ha hecho recientemente en la comprensión de cómo los informes de los síntomas físicos de los pacientes con dolor son probable simuladores difieren de los pacientes que no simulan. Se ha realizado estudios consistentes con el FBS del MMPI-2 que han demostrado 100% de especificidad en litigantes de dolor. La disminución de la capacidad física se ha tratado de realizar a través de la evaluación de la capacidad funcional pero ellas requieren un esfuerzo máximo del paciente y los estudios han sido con diseños limitados.

En el contexto de la simulación, la presentación de la discapacidad es al menos parcialmente, una tergiversación que puede tomar la forma de más síntomas (autoinforme) o menos capacidad (física y el rendimiento cognitivo). La cuestión principal de abordar es: "¿Es la presentación de discapacidad significativamente inconsistente?" La consistencia es evaluada a través de tres tipos de comparaciones: 1) en un mismo sujeto, 2) entre sujetos, y, 3) en un mismo sujeto, a través del tiempo.(10) Así:

1. En un mismo sujeto: se compara con el desarrollo fisiopatológico esperado para una enfermedad, por ejemplo: Signos de Waddell.
2. Entre sujetos, la presentación de la discapacidad se compara con la de personas con patología conocida del tipo y la gravedad comparable. Las comparaciones también se haría con otras personas con enfermedades potencialmente relevantes que podría dar explicaciones alternativas de su capacidad limitada.
3. En un mismo sujeto a través del tiempo: la presentación de la discapacidad del paciente se compara con su propio comportamiento en otros contextos en los que es posible que no sepa que lo observan. Por ejemplo, un paciente que presenta al personal de salud (por ejemplo, el médico o fisioterapeuta) con

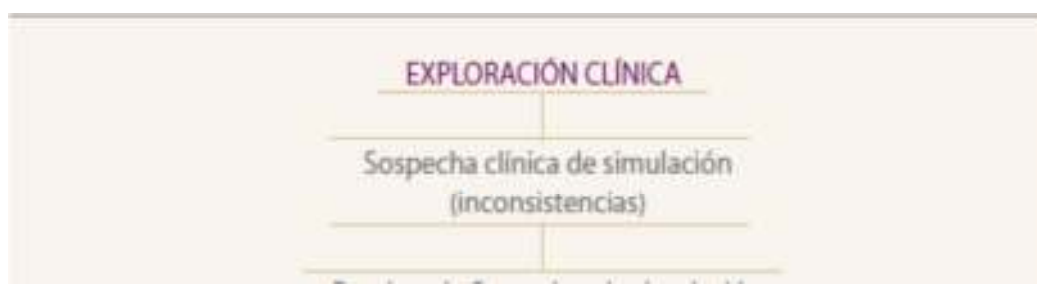
problemas de equilibrio grave e incapacitante es observado por el mismo salir del estacionamiento clínico conduciendo una motocicleta.

Teniendo en cuenta el análisis realizado en esta revisión sistemática de la literatura se propone utilizar como base el método diagnóstico para pacientes simuladores de dolor lumbar el “Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos” con la autoría de Pilar Capilla Ramírez y Héctor González Ordi, el cual fue publicado por primera vez en la revista *TRAUMA*, Vol. 20, n.º 4, octubre/diciembre 2009 y divulgado posteriormente en “*Quadernos de Criminología*”. La propuesta de estos autores es “un protocolo para la detección de la simulación de dolor en la práctica clínica de tipo multimétodo, multisistema y multidisciplinar que busca, mediante las diferentes pruebas aportadas desde los ámbitos de la medicina y la psicología, encontrar las inconsistencias que nos presenta el paciente. De las diferentes pruebas y los distintos profesionales se obtienen los datos convergentes que nos llevan al diagnóstico de simulación.”(14) Para una profundización sobre dicho protocolo se sugiere la lectura completa del mismo a través del enlace: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v20n4/laRevista.html>

A continuación se presenta el esquema básico de dicho protocolo y las intervenciones específicas que se consideran apropiadas para el diagnóstico de pacientes simuladores de dolor lumbar.

Este protocolo fundamenta la detección de la simulación en “la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información. Cuantas más inconsistencias presente un paciente a lo largo de la realización de diferentes pruebas independientes y en diferentes dimensiones, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología. Esta evaluación debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar, teniendo en cuenta la información que puedan aportar los distintos profesionales implicados en el tratamiento del paciente. La convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información es crucial para asegurar el diagnóstico de simulación”.(14)(Figura 1)

Fig. 1 Protocolo básico de detección de la simulación. (Capilla R. y González O., 2009)



Las intervenciones específicas que se proponen para el diagnóstico de pacientes simuladores de dolor lumbar con base en el protocolo mencionado son:

1. Tras la realización de una historia clínica completa, entrevista y exploración física y psicológica, si el profesional encuentra inconsistencias; es decir, los datos referidos por el paciente y sus conductas no correlacionan con los datos objetivos en la exploración y las pruebas complementarias, se debe realizar una prueba de screening en simulación. Aquí es importante tener en cuenta la realización de los Signos de Waddell, que aunque no son sensibles para el diagnóstico de simulación del dolor lumbar si apoyan la inconsistencia en la exploración física. Al no encontrar en la revisión de la literatura un test de screening o tamizaje confiable y el desconocimiento de los autores de ésta revisión del uso en Colombia de inventario Estructurado de Simulación de Síntomas– SIMS – el cual es un instrumento de despistaje diseñado para la detección rápida de patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico disponible en España; se propone tener en cuenta los “Indicadores clínicos de sospecha de simulación” descritos por H. González, P. Capilla, B Matalobos. Estos autores describen algunos aspectos específicos o indicadores clínicos de sospecha de simulación que se presentan comúnmente en pacientes con patologías que cursan con dolor crónico en el contexto médico-legal. Cuantos más indicadores clínicos presente el caso en cuestión, más relevante resultará realizar una evaluación pormenorizada para detectar simulación.(2) En la Tabla 4. Se presentan dichos indicadores:

Tabla 4. Indicadores Clínicos de Sospecha de Simulación (Capilla, González, y Matalobos, 2008)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Existencia de un beneficio externo: prolongación de baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, discapacidad, etc.2. Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas (Rx, RMF, TAC, signos de Waddell, Posturografía, etc) y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente.3. Distorsiones de respuesta en las pruebas de autoinforme (MMPI-2, SIMS etc): patrón de exageración de síntomas. |
|--|

2. Pruebas físicas: dentro de las cuales se sugieren *analíticas* con la finalidad de descartar patologías que expliquen el cuadro de dolor lumbar crónico como tumores, o infecciones; *pruebas de imagen* como radiografía o resonancia nuclear magnética con el fin de que los hallazgos patológicos encontrados no tienen por qué ser los responsables de la sintomatología; y *pruebas de función* como los test isocinéticos para aquellos casos en que el paciente refiere pérdida de fuerza.

3. Evaluación mediante informe: se debe *evaluar la discapacidad y la calidad de vida* donde se destaca, para el caso en particular de lumbago, dos test el índice de discapacidad de Oswestry (IDO) que permite evaluar el impacto del dolor lumbar en las actividades de la vida cotidiana. El índice de discapacidad crónica (IDC) de Waddel que evalúa si una actividad cotidiana concreta se ha visto reducida, si se evita o si se necesita ayuda como consecuencia del dolor lumbar. El IDC de Waddel correlaciona con el IDO, lo que puede resultar útil para valorar la inconsistencia de respuestas del paciente simulador a través de pruebas diferentes. Además, se debe evaluar el *dolor* por ejemplo con la Escala Visual Analógica (EVA), el cual es el instrumento más utilizado para obtener valoraciones autoinformadas en la percepción de la intensidad del dolor. Y por último evaluar la *personalidad*, donde se descata tras la revisión el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 forma reestructurada (MMPI-2-RF) que es el cuestionario de personalidad más empleado por los psicólogos clínicos y los neuropsicólogos además de ser uno de los cuestionarios más

ampliamente utilizados para evaluar aspectos de personalidad en pacientes con dolor crónico, en evaluación forense de adultos y en pleitos por daños personales.

4. Pruebas psicofisiológicas: La electromiografía de superficie (EMGs) es una técnica útil para evaluar la respuesta global del músculo y grupos musculares, proporcionando datos objetivos sobre la funcionalidad, la carga de trabajo en relación con diferentes niveles de esfuerzo, la fatiga muscular.

5. Pruebas neuropsicológicas: se destaca el uso del Test of Memory Malingering (TOMM), la importancia de realizar este tipo de pruebas fue descrito ampliamente en ésta revisión.

6. Evaluación conductual: se propone una mesa de trabajo en la cual los diferentes profesionales que han intervenido el caso y han visto el paciente se comuniquen, aporten sus observaciones, y analicen la existencia de inconsistencias en la conducta del paciente.

Para terminar, los médicos que tratan de diagnosticar simulación deben tener en cuenta las recomendaciones dadas por Gerald M. Aronoff y colaboradores(7):

1. Reconocer la posibilidad que los datos no válidos, sobre todo cuando la evaluación se lleva a cabo dentro de un contexto forense, se debe a fuertes incentivos para no rendir al máximo de su capacidad.
2. El juicio clínico, en sí mismo, puede ser engañoso, se recomienda el uso de más de una medida formal de simulación, y que los médicos utilicen un enfoque de un sistema integrado para la evaluación de la simulación.
3. Conocer las tasas de los síntomas que presentan los pacientes durante el proceso agudo y la recuperación.
4. Reconocer que una puntuación de desviación en una prueba de simulación no es una confirmación absoluta de simulación, sino más bien que sugiere la posibilidad de simulación.
5. Es preferible aceptar una mayor especificidad con el riesgo de una menor sensibilidad. Es decir, es preferible "perder unos pocos simuladores" que etiquetar un demandante que está verdaderamente lesionado como simulador.
6. Debemos ser claros en la forma de dar a conocer los hallazgos, ser intelectualmente honestos aunque esto sea en contra a lo esperado por quién lo solicita.

7. Se debe excluir otras explicaciones para la presentación de signos y síntomas antes de dar el diagnóstico de simulación.

11. REFLEXION

No es ajena la importancia que tiene la simulación dentro del contexto legal, pues es en éste donde el diagnóstico es el que define la ganancia o pérdida de una pretensión, que sin duda es principalmente económica. En medicina existe el principio de no tratar síntomas sino sus causas, si se trata lo que origina las molestias es probable que terminen. Siendo la simulación un diagnóstico clínico de origen externo, y estando lo externo en cuanto a pretensiones económicas dentro de un marco normativo, no será entonces lo “normativo”, lo que hay que tratar?

A continuación se presenta la reflexión que hace frente al tema Gerald M. Aronoff y colaboradores en una revisión de la simulación en el contexto de lesión o enfermedad:

“... coinciden con el término de “nomogenic disorder” para describir el litigio-o la compensación que buscan los reclamantes que muestran síntomas de aumento. Este describe un trastorno iatrogénico en el que la ley y su aplicación a través de las indemnizaciones y la compensación de los trabajadores juega un papel etiológico. En este modelo, el dolor y la discapacidad son causados y mantenidos por las expectativas de beneficio económico. Ellos afirman que si se busca el diagnóstico de un “nomogenic disorder” en lugar del diagnóstico de simulación o un trastorno del dolor somatomorfo se evita el problema de determinar si la simulación o el comportamiento de aumento son conscientes (como en la clasificación de la simulación) o inconsciente (como en el diagnóstico somatomorfos), que es una diferencia muy difícil de hacer empíricamente. Ellos indican que los comportamientos de todos los demandantes cambian de manera convincente en respuesta al refuerzo. Concluyen que si la continuación o la elaboración de conductas de discapacidad de dolor es consciente o no, el tratamiento debe ser el mismo: la eliminación de todos los refuerzos sociales y financieros para los comportamientos de discapacidad por dolor.” (7)

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDermott B, Feldman MD. Malingering in the Medical Setting. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007;30:645-662.
2. González O, Capilla P, Matalobos B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*. 2008;19(3):393-415.
3. Dr CCH. Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones. En: MASSON SA, editor. Barcelona, España: MASSON. S.A.; 2001. p. 333-349.
4. Colombia M de la PS. Guía de atención integral basada en la evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo (GATI- DLI- ED). En: Colombia M de la PS, editor. Bogotá, Diciembre de 2006: 2006. p. 34-40.
5. Mendelson G, Mendelson D. Malingering Pain in the Medicolegal Context. *Clin J Pain*. 2004 Dic;20(6):423-432.
6. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell signs) and secondary gain/malingering? *Clin J Pain*. 2004 Dic;20(6):399-408.
7. Aronoff GM, Mandel S, Genovese E, Maitz EA, Dorto AJ, Klimek EH, et al. Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Pract*. 2007 Jun;7(2):178-204.
8. Bogduk N. Diagnostic blocks: a truth serum for malingering. *Clin J Pain*. 2004 Dic;20(6):409-414.
9. Arbisi PA, Butcher JN. Psychometric perspectives on detection of malingering of pain: use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Clin J Pain*. 2004 Dic;20(6):383-391.
10. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *Spine J*. 2005 Ago;5(4):404-417.
11. Leavitt F. Pain and deception: use of verbal pain measurement as a diagnostic aid in differentiating between clinical and simulated low-back pain. *Journal of psychosomatic research*. 1985;29(5):495-505.
12. Sullivan M. Exaggerated pain behavior: by what standard? *Clin J Pain*. 2004 Dic;20(6):433-439.
13. Cronje RJ, Williamson OD. Is pain ever «normal»? *Clin J Pain*. 2006 Oct;22(8):692-699.
14. Pilar CR, González Ordi Héctor. Protocolo para la detección de la simulación en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fund MAPFRE*. 2009;20(4):255-263.
15. Morales AR, MorilloZárate LE. Revisiones sistemáticas y metaanálisis de la

literatura. En: Ltda EMI, editor. Bogotá, D.C.: Panamericana; 2004. p. 339-361.

16. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 1964;Available from: www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf

17. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993 Oct 4;Available from: www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

18. Leavitt F. Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of low back pain. *J Occup Med*. 1987 Mar;29(3):229-233.

19. McGuire BE, Harvey AG, Shores EA. Simulated malingering in pain patients: a study with the Pain Patient Profile. *Br J Clin Psychol*. 2001 Mar;40(Pt 1):71-79.

20. McGuire BE, Shores EA. Simulated pain on the Symptom Checklist 90-Revised. *J Clin Psychol*. 2001 Dic;57(12):1589-1596.

21. Henry GK, Heilbronner RL, Mittenberg W, Enders C, Stanczak SR. Comparison of the Lees-Haley Fake Bad Scale, Henry-Heilbronner Index, and restructured clinical scale 1 in identifying noncredible symptom reporting. *Clin Neuropsychol*. 2008 Sep;22(5):919-929.

22. Bianchini KJ, Etherton JL, Greve KW, Heinly MT, Meyers JE. Classification accuracy of MMPI-2 validity scales in the detection of pain-related malingering: a known-groups study. *Assessment*. 2008 Dic;15(4):435-449.

23. Greve KW, Etherton JL, Ord, Jonathan, Bianchini KJ. Detecting malingered pain-related disability: classification accuracy of the test of memory malingering. *Clin Neuropsychol*. 2009 Sep;23(7):1250-1271.

24. R.M. Ramírez, J. Chirivella-Garrido, M.C. Caballero, J. Ferri-Campos, E. Noé-Sebastián. Inteligencia, memoria y simulación: correlaciones entre instrumentos de medida. *Revista de Neurología, España*. 2004;38(1):28-33.

13. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. FICHERO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Criterios de Inclusión:			
1. Personas mayores de 18 años de ambos sexos.			
2. Se estudia dolor lumbar y simulación.			
3. El desenlace de interés es el diagnóstico de simulación de dolor lumbar.			
Artículos obtenidos			
Incluir en la revisión	Excluir de la revisión	Se necesitan datos adicionales	Observaciones
	On the diagnosis of malingered pain-related disability: lesson from cognitive malingering research.		Es una revisión de literatura y se estudia simulación cognitiva.
	The Fake Bad Scale and MMPI-2-F-Family in Detection of implausible Psychological Trauma Claims		Se estudia trauma psicológico.
Classification Accuracy of MMPI-2 Validity Scales in the detection of Pain-Related Malingering: A Know-Groups Study.			
Simulated malingering in pain patients: A study with the Pain Patient Profile.			
	Psychometric Perspectives on Detection of Malingering of Pain.		Es una revisión crítica del MMPI-2.
	Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell Signs) and Secondary Gain/Malingering.		Es una revisión de evidencia de la asociación de los signos de Waddell y la simulación.
	Is pain ever "normal"		Análisis crítico de los términos adoptados para el dolor "normal" por la Asociación Internacional para el
	Inability of the Rarely Missed Index to identify simulated malingering under more realistic assessment conditions.		Estudia simuladores de alteraciones cognitivas.
	Exaggerated Pain Behavior: By What Standard?		Análisis filosófico, histórico y clínico del dolor simulado.
	Evaluating Malingering in Contested Injury or Illness.		Revisión de la literatura sobre simulación del dolor crónico.
	Diagnostic Blocks A truth serum for malingering		Se trata de una propuesta de test diagnóstico de simulación no de un estudio clínico.
Detecting malingered pain-related disability: classification accuracy of the Test of Memory Malingering.			
Simulated Pain on the Symptom Checklist 90-Revised			
Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of Low Back Pain.			
Pain and Deception: Use verbal pain measurement as a diagnostic aid in differentiating between clinical and simulated Low Back Pain			
	Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos		Es una propuesta de protocolo para detectar simulación de dolor.

ANEXO 2

Tabla 2. Artículos incluidos

Nombre del artículo	Autores	Fecha de Publicación	Tipo de estudio	Características de la población	Métodos de detección de simuladores de	Resultados
in and Deception: Use verbal pain measurement as a signpost aid in differentiating chronic and simulated Low Back Pain	Frank Leavitt	1985	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Un grupo con lumbago que son pacientes de ortopedistas (333 pacientes) y otro sin dolor escogido por el directorio telefónico de Chicago y otros referidos (347 pacientes).	Test verbal de dolor	Es más sensible el test de palabras para discriminar entre simuladores y no simuladores cuando se contestan más de 13 palabras, se encontró una amplia variación en el uso de las palabras.
etection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of Low Back Pain	Frank Leavitt	1987	Observacional - Analítico - Casos y Controles	417 sujetos de los cuales 190 con dolor y 227 sin dolor voluntarios a una invitación via postal residentes en Chicago.	Test verbal de dolor	Los resultados mostraron que del grupo CON DOLOR detectó al 64% como simuladores y del grupo SIN DOLOR detectó al 81.7% como simuladores, aunque la diferencia es estadísticamente significativa no hay una explicación para el resultado de los falsos positivos, y aquellos que habían consultado al médico por lumbago tienden a escapar más fácil de ser detectados como simuladores.
Simulated malingering in pain patients: A study with the Pain Patient Profile	Brian E. McGuire, Allison G. Harvey, y E. Arthur Shores	2001	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Se usaron 3 grupos de pacientes: pacientes con dolor (PC) $n=62$, pacientes que se les pedía simular el dolor (GR) $n=24$, y pacientes con dolor que se les pedía exagerar el dolor y la discapacidad (PSA) $n=26$.	Pain Patient Profile (P3)	Los grupos de simuladores obtuvieron puntajes altos en todas las escalas clínicas comparados con el grupo control.
Simulated Pain on the Symptom Checklist 90-Revised	Brian E. McGuire y E. Arthur Shores	2001	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Un grupo control conocido que correspondía a pacientes con dolor crónico y otro grupo instruido para simular.	Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)	El grupo de simuladores obtuvo más altos los puntajes de todas las escalas clínicas excepto el puntaje del PST en los hombres con respecto al grupo control.
Comparison of the Leeds-Haley Fake Bad Scale, Henry-Helbranner Index, and Restructured clinical scale 1:11 identifying noncredible symptom reporting	George K. Henry, Robert L. Helbranner, Wiley Mittenberg, Craig Enders, and Sherrin R. Stencak	2007	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Los participantes eran pacientes en su mayoría (82%) con trauma traumatocefálico cuyas historias correspondían a amnesia, un 12% a dolor crónico sin especificar el ubicación corporal, y el restante a otro tipo de causas.	Leeds-Haley Fake Bad Scale (FBS), Henry-Helbranner Index (H-HI), y NNPI-2 Restructured Scale 1 (RC1)	Los resultados sugieren que las puntuaciones altas en el índice H-HI y FBS reflejan con una mayor precisión una exageración de la discapacidad o el comportamiento relacionado con la enfermedad. La RC1 puede tener más relevancia en los pacientes con una enfermedad médica donde no hay incentivos externos para exagerar, o pacientes con dolor crónico en condiciones de incentivos externos.
Classification Accuracy of NNPI-2 Validity Scales in the Detection of Pain-Related Malingering: A Inova-Grupos Study	Kevin J. Bianchini, Joseph L. Etherton, Kevin W. Greve, Matthew T. Hainly and John B. Meyers	2009	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Un grupo de 89 pacientes de una clínica de U.S.A. Cuyo diagnóstico incluyera patología de la columna y cumpliere con criterios de simulación, y un grupo de 26 estudiantes universitarios entrenados para simular.	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota en su segunda edición (MMPI-2)	El NNPI-2 es capaz de diferenciar la exageración intencional de los efectos sobre el informe de los síntomas de una verdadera alteración psicológica, una lesión médica significativa documentada, y el estrés asociado con trámites de una demanda en un contexto médico-legal.
Detecting malingering pain-related disability: classification accuracy of the Test of Memory Malingering	Kevin W. Greve, Joseph L. Etherton, Jonathan Ord, Kevin J. Bianchini, and Kelly L. Curtis	2009	Observacional - Analítico - Casos y Controles	Los participantes correspondieron a los archivos de una clínica de psicología los cuales correspondieron a 604 casos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión: dolor crónico y haber completado dentro de su evaluación psicológica el TGMH, al 83.6% tenían incentivos externos. El grupo de estudiantes instruido para simular fueron 20 y el grupo control correspondió a los datos encontrados en la literatura correspondieron a 45 por trauma cerebral y a 59 por demanda en total 304 casos.	Test of Memory Malingering (TGMH)	El TGMH detecta del 37.5% al 60.2% de los pacientes con simulación de discapacidad relacionada con el dolor (Malingering Pain-Related Disability MPRD), dependiendo del punto de corte. Las tasas de Falsos positivos (FP) osciló entre el 0% al 5.1%. En el dolor crónico los puntos de corte original no producen ningún error FP, pero se asocia con altas tasas de error falsos negativos.

ANEXO 3

Tabla 3. Artículos Excluidos

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Razón de exclusión
The Fake Bad Scale and MMPI-2-F-Family in Detection of implausible Psychological Trauma Claims	M. Frank Greiffenstein, W. John Baker, Bradley Axelrod, Edward A. Peck, y Roger Gervais	2004	Se estudia trauma psicológico.
Psychometric Perspectives on Detection of Malingering of Pain.	Paul A. Arbisi, y James N. Butcher.	2004	Es una revisión crítica del MMPI-2
Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell Signs) and Secondary Gain/Malingering.	David A. Fishbain, R. B. Cutler, H. L. Rosomoff, y R. Steele Rosomoff.	2004	Es una revisión de evidencia de la asociación de los signos de Waddell y la simulación.
Exaggerated Pain Behavior: By What Standard?	Mark Sullivan.	2004	Análisis filosófico, histórico y clínico del dolor simulado.
Diagnostic Blocks A truht serum for malingering	Nikolai Bogduk.	2004	Se trata de una propuesta de test diagnóstico de simulación no de un estudio clínico.
On the diagnosis of malingered pain-related disability: lesson from cognitive malingering research.	Kevin J. Bianchini, Kevin W. Greve, Gary Glynn.	2005	Es una revisión de literatura y se estudia simulación cognitiva.
Is pain ever "normal"	Ruth J. Cronje, y Owen D. Williamson.	2006	Análisis crítico de los términos adoptados para el dolor "normal" por la Asociación Internacional para el estudio del dolor.
Evaluating Malingering in Contested Injury or Illness.	Gerald M. Aronoff; Steven Mandel; Elizabeth Genovese; Edward A. Maltz; Anthony J. Dorto; Edwin H. Klimek; Thomas E. Staats.	2007	Revisión de la literatura sobre simulación del dolor crónico.
Inability of the Rarely Missed Index to identify simulated malingering under more realistic assessment conditions.	Andrew A. Swihart, Kristen M. Harris, y Larry L. Hatcher	2008	Estudia simuladores de alteraciones cognitivas
Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos	Capilla Ramírez P., y González Ordi H.	2009	Es una propuesta de protocolo para detectar simulación de dolor.

ANEXO 4 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN SI/NO	OBSERVACIONES
1	TÍTULO	SI	Pain and Deception: Use verbal pain measurement as a diagnostic aid in differentiating between clinical and simulated Low Back Pain
	RESUMEN	SI	Se compara el lenguaje de dolor que utilizan personas con lumbago y personas que fingen dolor lumbar con el propósito de determinar si puede ser el lenguaje un
	INTRODUCCIÓN		
2	Contexto	SI	Explica la dificultad que existe para detectar pacientes simuladores y así mismo usarlos en en estudio de investigación por lo que la propuesta es realizarlo con
3	Objetivos	SI	Determinar si las respuestas verbales del paciente con dolor genuino son suficientemente diferentes a las respuestas verbales del paciente con dolor simulado, con
	MÉTODOS	SI	Es un cuestionario de 103 palabras que describen las sensaciones sensoriales y afectivas de los pacientes con lumbago.
4	Diseño		
5	Contexto		
6	Participantes	SI	Un grupo con lumbago que son pacientes de ortopedistas y otro sin dolor escogido por el directorio telefónico de Chicago y otros referidos.
	Cohortes		
	Casos y controles	SI	
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos	SI	3 cuestionarios: datos demográficos, historia de dolor lumabr, y test de palabras.
9	Sesgos	SI	40% de los pacientes sin dolor lumbar afirman haber tenido antecedente de lumbago.
10	Tamaño muestral	SI	533 pacientes con dolor lumbar y 347 sin dolor lumbar en el momento del estudio.
11	Variables cuantitativas		
12	Métodos estadísticos		Análisis discriminante
	RESULTADOS		
13	Participantes	SI	
14	Datos descriptivos	SI	
15	Datos de las variables de resultado	SI	
16	Resultados principales	SI	
17	Otros análisis	SI	
	DISCUSION		
18	Resultados clave		Es más sensible el test de palabras para discriminar entre simuladores y no simuladores cuando se contestan más de 18 palabras, se encontró una amplia variación en el uso de las palabras.
19	Limitaciones		Es aplicable para pacientes que refiere dolor sin lesión en los tejidos que simulan que tienen dolor, pero no en otros contextos como el paciente que tienen poco dol y simula una gran discapacidad por el mismo. Se desconoce como imfluye la motivación en el verdadero simulador comparado con el que asemeja a un simulador.
20	Interpretación		Esta herramienta requiere de otros estudios.
21	Generabilidad		No se puede utilizar en otro contexto diferente al del estudio.
	OTRA INFORMACION		
	Financiación		

ANEXO 5 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
		SI/NO	
1	TITULO	SI	Detection of simulation among persons instructed to exxaggerate symptoms of Low Back Pain.
	RESUMEN	SI	Se aplica una escala que describe el dolor entre pacientes entrenados un grupo con lumbago y el otro sin lumbago.
	INTRODUCCIÓN	SI	Detectar la simulacion no es fácil por que las herramientas que se usan son subjetivas.
2	Contexto	SI	
	Objetivos	NO	
3	MÉTODOS	SI	
	Diseño	SI	Se envió por correo 3 cuestionarios; datos demográficos, historia de dolor y la escala de dolor lumbar.
5	Contexto	SI	La escala consta de 103 palabras que cubren la gama de sensaciones que expresa un paciente con lumbago.
6	Participantes	SI	417 sujetos de los cuales 150 con dolor y 267 sin dolor
	Cohortes		
	Casos y controles		Los criterios de inclusión eran uno que marcaran 18 palabras o más y que refirieran que el dolor les impedía trabajar.
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos		
9	Sesgos		
10	Tamaño muestral		
11	Variables cuantitativas		
12	Métodos estadísticos	SI	La discriminación del resultado fue computada para cada sujeto usando combinaciones lineales de las palabras escogidas.
13	RESULTADOS	SI	
	Participantes	SI	
14	Datos descriptivos	SI	Aquellos que habían consultado al médico por lumbago tienden a escapar más fácil de ser detectados como simuladores.
15	Datos de las variables de resultado	SI	Los resultados mostraron que del grupo CON DOLOR detecto al 64% como simuladores y del grupo SIN DOLOR detecto al 81.7% como simuladores.
16	Resultados principales	SI	
17	Otros análisis		
18	DISCUSION		
	Resultados clave	SI	Es más difícil detectar la simulación en las personas que tienen dolor.
	Limitaciones	SI	No es claro porque el 64% de los pacientes con dolor NO escapó de la detección.
20	Interpretación		
21	Generabilidad		
	OTRA INFORMACION		
	Financiación	NO	

ANEXO 6 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN SI/NO	OBSERVACIONES
1	TÍTULO	SI	Simulated malingering in pain patients: A study with the Pain Patient Profile
	RESUMEN	SI	
	INTRODUCCIÓN		
2	Contexto	SI	
3	Objetivos	SI	Investigar la utilidad del P3 para detectar pacientes que simulan dolor y tratan de evitar ser detectados.
	MÉTODOS	SI	
4	Diseño		Se usaron 3 grupos de pacientes: pacientes con dolor (PC) # 62, pacientes que se les pedía simular el dolor (GR) #34, y pacientes con dolor que se les pedía exagerar el dolor y la discapacidad (PSA) #26.
5	Contexto		Describe otras herramientas que se han estudiado para el diagnóstico de simulación del dolor y sus limitaciones y el por qué de la alternativa del P3.
6	Participantes	SI	
	Cohortes		
	Casos y controles	SI	Dos grupos de simuladores y un grupo con dolor genuino que correspondía al grupo control.
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos	SI	
9	Sesgos	SI	
10	Tamaño muestral	SI	
11	Variables cuantitativas	SI	
12	Métodos estadísticos	SI	Se hizo el análisis estadístico con análisis de varianza , el test de Scheffé, y análisis ROC (Receiver Operator Characteristic).
	RESULTADOS		
13	Participantes	SI	
14	Datos descriptivos	SI	Los análisis indicaron buena discriminación entre los grupos PC y PS en las variables de control y en las clínicas, y una moderada diferencia entre los grupos PC y GR en las escalas de depresión y somatización.
15	Datos de las variables de resultado	SI	
16	Resultados principales	SI	Los grupos de simuladores obtuvieron puntajes altos en todas las escalas clínicas comparados con el grupo control.
17	Otros análisis	SI	El grupo PC no obtuvo en la escala de validez una puntuación mayor al punto de corte recomendada es decir mayor a 11. No así el grupo PS Y Gr donde algunos si la obtuvieron.
	DISCUSION		
18	Resultados clave		Los resultados indican que algunos pacientes que simulan sobreestiman o exageran el grado de sufrimiento físico y emocional con respecto a los pacientes que tienen dolor.
19	Limitaciones		El estudio no refleja las condiciones reales de pacientes en contexto médico legal.
20	Interpretación		Resultados altos con respecto al punto de corte deben alertar al clínico de una posible exageración de síntomas. Es más difícil identificar a los simuladores puros (grupo GR) que a los simuladores parciales (PS).
21	Generabilidad		
	OTRA INFORMACION		
	Financiación		

ANEXO 7 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACION	OBSERVACIONES
		SI/NO	
1	TITULO	SI	Simulated Pain on the Symptom Checklist 90-Revised
	RESUMEN	SI	Investiga si existen diferencias en las respuestas de pacientes con dolor y simuladores de dolor en el Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R). Se encontró que los simuladores obtienen puntajes más altos con respecto a los pacientes con dolor en todas las escalas clínicas, tendiendo a sobreestimar el grado de estrés psicológico del paciente.
2	INTRODUCCIÓN	SI	
	Contexto	SI	Describe qué es el SCL-90-R, los usos que se le han dado para dolor crónico en el Síndrome de fatiga, artritis reumatoidea y lumbago. Adicional describe los estudios que se han realizado de éste test con respecto a la simulación y las limitaciones encontradas. Y la importancia del diseño con un grupo control de pacientes con dolor crónico conocido.
3	Objetivos		La hipótesis es en los pacientes con dolor todas las escalas clínicas se elevan y la escala del Total de Síntomas Positivos se distinguen de los controles, adicional intenta diagnosticar la eficiencia estadística de la escala.
	MÉTODOS		
4	Diseño		Un grupo control conocido que correspondía a pacientes con dolor crónico y otro grupo instruido para simular.
5	Contexto		Universidad de Macquarie en Sydney, Australia.
6	Participantes		
	Cohortes		
	Casos y controles		La población fue de 70 personas, de las cuales 50 tenían dolor crónico (grupo control) y 20 eran estudiantes de psicología instruidos para simular.
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos		
9	Sesgos		La diferencia de edad (10 años aproximadamente) entre los dos grupos no demostró diferencias significativas en los resultados.
10	Tamaño muestral		
11	Variables cuantitativas		
12	Métodos estadísticos		Análisis Receiver Operator Characteristic (ROC)
	RESULTADOS		
13	Participantes		Los estudiantes instruidos para simular siguieron las indicaciones dadas por los investigadores.
14	Datos descriptivos		
15	Datos de las variables de resultado		
16	Resultados principales		El grupo de simuladores obtuvo más altos los puntajes de todas las escalas clínicas excepto el puntaje del PST en los hombres con respecto al grupo
17	Otros análisis		
	DISCUSION		
18	Resultados clave		Los puntos de corte para un diagnóstico óptimo en las escalas clínicas vario entre 1.5 a 2.7
19	Limitaciones		Grupo de simuladores puros, el grupo de simuladores fue pequeño comparado con el grupo control, diferencias demográficas entre los grupos, y heterogeneidad en el grupo de dolor.
20	Interpretación		Se estimaron las variables de la eficiencia estadística de la escala en diferentes puntos de corte. Se corroboró la hipótesis pero se considera que la elevación en las escalas puede deberse a la falla de los resultados de los tratamientos clínicos que hace que los pacientes con dolor tengan mayor estrés psicológico.
21	Generabilidad		Se requieren otros estudios del SCL-90-R en el cual se incluyan grupo de simuladores clínicos.
	OTRA INFORMACION		
	Financiación		

ANEXO 8 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN SI/NO	OBSERVACIONES
1	TITULO	SI	Comparison of the Lees-Haley Fake Bad Scale, Henry-Heilbronner Index, and restructured clinical scale 1 in identifying noncredible symptom reporting.
	RESUMEN	SI	Se comparó la validez predictiva de 3 escalas: MMPI-2, FBS, y HHI para identificar el conjunto de síntomas no creíbles.
	INTRODUCCIÓN		Habla de los estudios conocidos a cerca del tema en cuestión de las escalas a comparar.
2	Contexto	SI	Describe como están compuestas las escalas a comparar y el uso que se les ha dado en el contexto legal. Describe la escala de reestructuración clínica del MMPI-2 llamada RC.
3	Objetivos	SI	Investigar la utilidad de la escala Reestructurada Clínica del MMPI-2, RC1 (quejas somáticas), discriminando entre los litigantes sin pruebas de validez de los síntomas y no litigantes con trauma craneoencefálico. Y comparar la validez predictiva entre las tres escalas.
	MÉTODOS	SI	
4	Diseño		
5	Contexto		
6	Participantes	SI	Los participantes eran pacientes en su mayoría (62%) con trauma craneoencefálico cuyos síntomas correspondían a amnesia, un 12% a dolor crónico sin especificar al ubicación corporal, y el restante a otro tipo de causas.
	Cohortes		
	Casos y controles	SI	
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos	SI	
9	Sesgos	SI	
10	Tamaño muestral	SI	
11	Variables cuantitativas	SI	
12	Métodos estadísticos	SI	Análisis ANOVA, y análisis de regresión logística.
	RESULTADOS		
13	Participantes	SI	
14	Datos descriptivos	SI	
15	Datos de las variables de resultado	SI	
16	Resultados principales	SI	
17	Otros análisis	SI	
	DISCUSION		
18	Resultados clave	SI	Los resultados sugieren que las puntuaciones altas en el índice HHI y FBS reflejan con una mayor parsimonia una exageración de la discapacidad o el comportamiento relacionado con la enfermedad. La RC1 puede tener más relevancia en los pacientes con una enfermedad médica donde no hay incentivos externos para exagerar, o pacientes con dolor crónico en condiciones de incentivos externos.
19	Limitaciones	SI	HHI y FBS tienen buena sensibilidad y baja especificidad. RC1 no parece tener suficiente valor predictivo para detectar la exageración de síntomas en demandantes por discapacidad.
20	Interpretación		
21	Generabilidad		La población es diversa y tan sólo el 12% corresponden a dolor crónico sin especificar la localización corporal.
	OTRA INFORMACION		
	Financiación		

ANEXO 9 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
		SI/NO	
1	TITULO	SI	Classification Accuracy of MMPI-2 Validity Scales in the Detection of Pain-Related Malingering A know-Groups Study.
	RESUMEN	SI	Determinar la exactitud del MMPI-2 para detectar simulación en dolor crónico.
2	INTRODUCCIÓN		
	Contexto	SI	
3	Objetivos	SI	Determinar la exactitud de los indicadores de validez del MMPI-2 para detectar simulación en dolor crónico utilizando el diseño de grupos conocidos.
	MÉTODOS		Se aplicaron otras pruebas para la valoración integral de dolor psicológico además del MMPI-2.
4	Diseño		
5	Contexto		
6	Participantes	SI	Un grupo de pacientes de una clínica de U.S.A. Cuyo diagnóstico incluyera patología de la columna y cumpliera con criterios de simulación.
	Cohortes		
	Casos y controles	SI	
	Transversales		
7	Variables		
8	Fuentes de datos	SI	
9	Sesgos	SI	Descuido, azar , responder de forma complaciente o no complaciente. Se aplicó un protocolo de identificación de respuestas incompatibles.
10	Tamaño muestral	SI	4 grupos en total de 115 pacientes.
11	Variables cuantitativas	SI	Sensibilidad y Falsos Positivos.
12	Métodos estadísticos	SI	Medición de escalas de compatibilidad e incompatibilidad de las respuestas. Análisis de las diferentes escalas del MMPI-2.
13	RESULTADOS		
	Participantes	SI	Todos continuaron en el estudio.
14	Datos descriptivos	SI	Se vieron diferencias entre grupo de simuladores y no simuladores.
15	Datos de las variables de resultado	SI	En el grupo de simuladores la sensibilidad es mayor para el MPRD que la de los simuladores instruidos. En cuanto a la especificidad los resultados fueron pobres.
			El MMPI-2 es capaz de diferenciar la exageración intencional de los efectos sobre el informe de los síntomas de una verdadera alteración psicológica, una lesión médica significativa documentadas, y el estrés asociado con trámites de una demanda en un contexto médico-legal.
16	Resultados principales	SI	
17	Otros análisis	SI	
18	DISCUSION		
	Resultados clave		El MMPI-2 es capaz de diferenciar la exageración intencional de los efectos sobre el informe de los síntomas de una verdadera alteración psicológica, una lesión médica significativa documentadas, y el estrés asociado con trámites de una demanda en un contexto médico-legal.
19	Limitaciones		Usar simuladores instruidos hace que se sobrepasa a la realidad de prevalencia de simulación. La detección de falsos positivos es inexacta.
20	Interpretación		Al no tener otras pruebas de simulación, los resultados del MMPI-2 por sí solos no son suficientes para un diagnóstico de la simulación. Sin embargo, las puntuaciones más altas deberían aumentar la preocupación por la posibilidad de simulación.
21	Generabilidad		Debe hacerse una interpretación cuidadosa de los resultados del test y siempre analizandola dentro del contexto de cada caso.
	OTRA INFORMACION		Se realiza una pruebas cognitivas, de memoria y de capacidad de lectura antes de realizar lel MMPI-2 lo cual hace pensar que la aplicación del test requiere un cierto nivel de escolaridad para ser fiable la aplicación del test.
	Financiación		

ANEXO 10 METODO STROBE

PUNTO	PUNTO A EVALUAR	CALIFICACION		OBSERVACIONES
		SI/NO		
1	TITULO	SI		Detecting malingering pain-related disability: classification accuracy of the Test of Memory Malingering.
	RESUMEN	SI		Determinar la exactitud del Test of Memory Malingering (TOMM) en la detección de la simulación de discapacidad relacionada con el dolor.
2	INTRODUCCION			
	Contexto	SI		Describe qué es el TOMM, su uso, y sus limitaciones. El dolor crónico lleva a cambios en el estado de ánimo y la toma de medicamentos potencialmente sedantes deben tenerse en cuenta en la aplicación del TOMM para evitar los falsos positivos. Adicional no se espera que estos pacientes tengan importantes déficit cognitivos lo que puede subestimar la sensibilidad.
3	Objetivos	SI		Determinar la clasificación de la exactitud del TOMM en la detección de la simulación de discapacidad relacionada con el dolor, en un rango de puntajes de corte en pacientes con dolor crónico sometidos a evaluación psicológica.
	MÉTODOS	SI		
				Se usaron dos grupos: un grupo con puntajes más altos en los tests de memoria de palabras se usaron los síntomas de que se usaron voluntariamente por la simulación intencional de síntomas y otro de estudiantes instruidos para simular. Se compararon con los datos en la literatura en pacientes con demencia y trauma craneoencefálico.
4	Diseño			
5	Contexto			Los criterios para definir simulación fueron los descritos por Blanchini para simulación de la discapacidad relacionada con dolor (MPRD).
6	Participantes	SI		Describe de dónde provienen los participantes con los criterios de inclusión y exclusión.
	Cohortes			
	Casos y controles	SI		Los participantes correspondieron a los archivos de una clínica de psicología los cuales correspondieron a 604 casos los cuales cumplían con los criterios de inclusión: dolor crónico y haber completado dentro de su evaluación psicológica el TOMM, el 83.6% tenían incentivos externos. El grupo de estudiantes instruidos para simular fueron 20 y el grupo control correspondió a los datos encontrados en la literatura correspondieron a 43 por trauma cerebral y a 59 por demencia en total 104 casos.
	Transversales			
7	Variables			Según la clasificación del MPRD se clasificaron en los siguientes grupos: no MPRD, indeterminado, posible MPRD, probable MPRD, y Definitivo MPRD. Esto de acuerdo al número de inconsistencias que se encontraban en las pruebas.
8	Fuentes de datos	SI		
9	Sesgos	SI		
10	Tamaño muestral	SI		
11	Variables cuantitativas	SI		
12	Métodos estadísticos	SI		Las puntuaciones del TOMM fueron sometidos a un análisis multivariado de varianza (MANOVA), seguido por el análisis univariado de la varianza (ANOVA) para examinar efectos de grupo.
	RESULTADOS			
13	Participantes	SI		
14	Datos descriptivos	SI		El TOMM es altamente efectivo para diferenciar los pacientes simuladores de los no simuladores.
15	Datos de las variables de resultado	SI		
	Resultados principales			El TOMM detecta del 37,5% al 60,2% de los pacientes con simulación de discapacidad relacionada con el dolor (Malingering Pain-Related Disability MPRD), dependiendo del punto de corte. Las tasas de Falsos positivos (FP) osciló entre el 0% al 5,1%. En el dolor crónico los puntos de corte original no producen ningún error FP, pero se asocia con altas tasas de error falsos negativos.
16		SI		
17	Otros análisis	SI		
	DISCUSION			
18	Resultados clave	SI		
19	Limitaciones	SI		
20	Interpretación			
21	Generalidad			
	OTRA INFORMACION			
	Financiación			