



Àmbit Administració de justícia

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40
08010 Barcelona
TEL. 93 207 31 14
FAX: 93 207 67 47

 Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia

DOCUMENTS DE TREBALL

INVESTIGACIÓ

(Beques a la investigació, 2012)

Anàlisi i valoració de la simulació psicològica en l'àmbit forense

Autors

Jordi López Miquel

Gabriel Martí Agustí

Amadeo Pujol Robinat

Any 2012

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Avis legal

Els continguts d'aquesta investigació estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 2.5 Espanya de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Així, doncs, se'n permet còpia, distribució i comunicació pública sempre que se citi l'autor del text i la font (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal com consta en la citació recomanada inclosa a cada article. No se'n poden fer usos comercials ni obres derivades.

Resum en català:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

Índex

Presentació	4
Marc teòric i conceptual	5
Instruments psicomètrics de detecció i avaluació	12
Estudi empíric:	
▪ Objectius	14
▪ Material i mètodes	14
▪ Disseny de l'estudi	15
▪ Obtenció i tractament de dades	18
▪ Resultats	18
▪ Conclusions	35
La percepció dels professionals	36
Proposta de protocol	47
Referències bibliogràfiques	51
Bibliografia bàsica	53

Presentació

La simulació –definida en l'actual edició del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2009) com “*la producció intencional de símptomes físics o psicològics exagerats o falsos, motivada per incentius externs*”– és un fenomen complex, prou conegut però relativament poc estudiat en el nostre àmbit professional nacional –almenys fins la segona meitat de la dècada passada– i amb múltiples implicacions i derivacions, no només de tipus forense i judicial, sinó també de tipus sanitari, polític, econòmic, sociològic, i fins i tot ètic.

En el context en el que desenvolupem la nostra tasca laboral, la simulació és reconeguda implícitament com una circumstància prou comuna, inherent al nostre exercici professional quotidià, però alhora difícil de diagnosticar i abordar amb certesa i determinació, i especialment incòmoda de gestionar a efectes pericials. Part d'aquesta incomoditat derivaria de la inseguretats tècnica de l'expert forense pel fet d'haver d'enfrontar-se a aquesta manifestació sense mètodes definits i estructurats, suficientment objectius, vàlids i fiables, els quals donin suport a la seva impressió subjectiva.

Si bé, fins al moment actual, el tractament pràctic de la simulació s'ha sustentat precàriament en l'agudesesa del judici clínic i en el grau d'autoconfiança i integritat personal de cada avaluador, la creixent sensibilització en l'àmbit judicial i forense –motivada, entre altres factors, per la correlació entre una conjuntura econòmica desfavorable i la consegüent pressió sobre el sistema judicial per dilucidar interessos econòmics contraposats–, juntament amb la recent publicació al nostre país dels primers manuals i instruments psicomètrics específics d'avaluació, fan molt recomanable el plantejament d'una anàlisi i valoració del fenomen amb cert deteniment, tant a nivell conceptual com empíric, amb l'objectiu d'obtenir una visió panoràmica de l'estat de la qüestió i de les vies d'intervenció possibles.

Marc teòric i conceptual

Definició

Etimològicament, simulació deriva del llatí *simulare*: representar alguna cosa, fingint o imitant allò que no és (Reial Acadèmia Espanyola). Fa aproximadament un segle (1917), en un context sociocultural en què l'estudi de la simulació de malaltia i fenòmens afins ha estat tradicionalment capdavantera, Sir John Collie, un metge anglès interessat en l'avaluació de patologies i accidents en l'entorn laboral, esmentava en el seu manual monogràfic sobre el tema les següents cites:

“Un simulador (*malingerer*) és aquell que no està malalt i pretén estar-ho. Si de bona fe cregués estar malalt, llavors no podria ser acusat de tal pretensió” (Lord Justice Buckley).

“Un simulador és aquell que fingeix una malaltia; qui de manera deliberada –amb coneixement i voluntat– indueix o allarga un patiment, amb l'objectiu d'evitar una responsabilitat, reclamar una compensació monetària, generar simpatia, o per qualsevol altre motiu” (Dr. Byrom Bramwell).

Els elements definitoris d'aquestes conceptualitzacions de simulació continuen estant integrats, en essència i amb escassa variació, en les definicions d'ús comú avui en dia. La que s'inclou en un dels textos de referència dels professionals de la salut mental (DSM, veure l'apartat anterior), inclosa amb un codi suplementari en l'apartat “Altres problemes que poden ser objecte d'atenció clínica”, remarca els trets bàsics i centrals del fenomen –intencionalitat, desproporció o falsejament, incentiu extern–, i estableix uns criteris orientadors de la sospita de simulació:

1. Presentació en un context medicolegal.
2. Discrepància acusada entre l'estrès o l'alteració explicats per la persona i les dades objectives de l'exploració mèdica.
3. Falta de cooperació durant la valoració diagnòstica i incompliment del règim de tractament prescrit.
4. Existència d'un trastorn antisocial de la personalitat.

Els darrers anys, aquesta conceptualització normativa ha estat analitzada i sovint criticada (vid., per exemple, González Ordi, Capilla i Santamaria, 2012; pp. 24-34), a partir de certes limitacions i punts febles:

1. Suposa una concepció categorial, unidimensional del fenomen.
2. La seva eventual manifestació no se circumscriu a contextos medicolegals.
3. Implica cert grau d'inferència i subjectivitat, no facilita pautes o criteris operatius d'obtenció d'evidència.
4. La relació entre sospita de simulació i trastorn antisocial de la personalitat està mancada de suficient suport empíric.
5. La combinació de criteris proposada està mancada de suficient validesa predictiva.

Sembla ser que la nova edició del manual (DSM-5, de publicació prevista pel maig de 2013, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>) introdueix una modificació rellevant respecte al seu enquadrament: la simulació passaria a ser tractada com a part integrant dels "trastorns mentals amb predomini de simptomatologia somàtica". Alguns estudiosos han proposat canvis en aquesta orientació; bàsicament, pretenen que es tingui en compte l'ingent bagatge d'investigació sobre el tòpic generat des de finals del segle passat i, alhora, facilitin la tasca diagnòstica del professional (vid., per exemple, Berry i Nelson, 2010).

Pel que fa a l'altre text nosològic de referència, la Classificació Internacional de les Malalties, 10 edició (CIM-10, 11a edició prevista per 2014; Organització Mundial

de la Salut, 1992), en una línia semblant a la del DSM, tampoc considera la simulació com un trastorn mental pròpiament, incloent-la en el capítol “Factors que influeixen en l’estat de salut i el contacte amb els serveis de salut”, apartat “Persones que entren en contacte amb els serveis de salut en altres circumstàncies”, epígraf “Malalts fingits (Simuladors conscients)”, i definint-la com “*la producció intencional o el fingiment de símptomes o incapacitats somàtiques o psicològiques motivades per incentius o estrès externs*”.

Nosaltres optem per apuntar la següent definició, que ens sembla prou fidel, descriptiva i inclusiva respecte a la realitat del fenomen (Kropp i Rogers, 1993):

“intent deliberat de mentir o enganyar en relació amb una malaltia o discapacitat, exagerant-ne la simptomatologia, a fi d’obtenir un benefici personal, que generalment sol ser de tipus econòmic o bé implica ser eximit de deures i obligacions”

Precisions terminològiques i fenomenològiques

Convé establir el grau de proximitat o divergència de la simulació, com a terme i com a fenomen, respecte a altres entitats amb les quals es podria relacionar o solapar. En primer lloc, el terme anglosaxó equivalent a simulació és *malingering*, el qual és molt pròxim a *feigning* (fingiment) (vid., per exemple, no obstant, DeClue, 2002); termes ambdós que, per la seva precisió en la delimitació del fenomen al qual fan referència, faciliten la cerca de recursos bibliogràfics i d’investigació sobre el mateix en les bases de dades de l’àmbit mèdic i psicològic. Conceptes també propers al de simulació, però menys equiparables, serien *faking bad* (falsejar en sentit negatiu, referit a símptomes, malalties o característiques personals) i *deception* (engany).

Respecte al terme *exageració*, podem entendre que són propers quant a què fan referència a fenòmens força semblants; de fet, podem convenir que l’exageració

és equiparable a una *simulació parcial*. Tanmateix, cal fer esment que la simulació sempre implica la producció de símptomes *ex novo*, partint de l'absència de patologia, mentre que l'exageració suposa la maximització de simptomatologia present en el subjecte, si bé de manera atenuada. Apuntem ja, per avançat, la realitat significativament divergent de simulació i *facticitat*, condicions mútuament excloents que caldrà delimitar mitjançant el diagnòstic diferencial.

D'altra banda, cal establir la diferenciació entre simulació i supòsits tals com *credibilitat*, *inversemblança*, *fabulació* o *veracitat*; simulació sempre fa referència a genuïnitat o falsedat d'una simptomatologia o patologia, en un context de valoració diagnòstica, mentre que la resta es relacionen amb un testimoni o uns fets judicials, és a dir, amb l'ús de la mentida i l'engany en un context més ampli de valoració pericial psicològica.

Tendeix a conceptualitzar-se, avui en dia, la simulació com a estil de resposta d'un individu que és avaluat mitjançant instruments objectius i fiables, orientats a mesurar directament o indirecta aquesta dimensió específica; si bé tal concepció podria semblar reduccionista respecte a la complexitat del fenomen, el cert és que n'afavoreix l'operativitat i aplicabilitat, l'estudi empíric, i un judici tècnic més precís i basat en la evidència, aspecte especialment important quan es tracta d'una valoració potencialment perjudicial i pejorativa per a la persona avaluada.

Àmbits d'interès i prevalença estadística

Si partim del fet que l'ús de l'engany i la mentida és consubstancial a la naturalesa humana, que aquestes manifestacions són habituals en el nostre entorn quotidià, i que la conducta simuladora en qualsevol context d'avaluació sol tenir un balanç cost-benefici relativament positiu, perceptible per qualsevol individu, podem tenir l'expectativa que la sigui potencialment elevada. La simulació hauria de ser objecte d'especial interès, quant a detecció, avaluació i prevenció, en qualsevol servei de l'àmbit sanitari, judicial i administratiu en què es pressuposi l'existència

de potencials beneficis per als usuaris, en forma de atribucions o compensacions econòmiques (indemnitzacions, pensions, prestacions, subsidis, rendes especials, etc.), o bé reconeixements oficials de condicions personals que generin ulteriorment certs drets i prebendes per al subjecte (disminucions, baixes laborals, incapacitats, invalideses, certificats, etc.).

Pel que fa a la prevalença estadística del fenomen, habitualment se sol recórrer a la referència clàssica de Mittenberg i altres (2002), l'estudi dels quals indicava una taxa d'incidència –en l'àmbit de la neuropsicologia nord-americana– d'entre un 8% i un 30%, obtenint aquesta darrera xifra en entorn de valoració de discapacitat laboral. Pel que fa a les malalties més simulades, els autors apunten percentatges d'entre un 30% i un 40% en traumatismes cranioencefàlics (TCE) lleus, fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica, i trastorns somatomorfs i relacionats amb el dolor.

En un estudi equiparable, més actual i en el nostre àmbit nacional, Capilla, González Ordi i Santamaría (2009) van obtenir que les patologies més simulades en entorns medicolegals tenien relació amb dolor crònic (àlgies, 45-60%) i trastorns afectius (ansietat i depressió, 50%).

Factors explicatius

En el pròleg del manual de l'edició espanyola de *l'Inventari Estructurat de Simulació de Síntomes (SIMS; Widows i Smith, 2009)*, s'apunten amb encert alguns dels factors ecològics “facilitadors” de la conducta de simulació, a saber: crisi econòmica i social, atur, precarietat laboral, aprenentatge social i pautes socioculturals, normatives i sistemes sanitaris que avantposen la compensació econòmica a la rehabilitació funcional, pràctiques professionals tècnicament i èticament dubtoses, etc., que vindrien a sumar-se a una diversitat de factors estrictament personals.

En una vessant biopsicosocial, el model adaptatiu proposat per Rogers (2008) és que millor ens permetria comprendre el fenomen; aquest model concep la simulació com el producte d'un anàlisi racional cost-benefici i com una estratègia individual d'afrontament davant de circumstàncies externes adverses.

Diagnòstic diferencial

Un aspecte essencial en tractar el tema de la simulació és apuntar la necessitat del diagnòstic diferencial entre aquesta condició i fenòmens psicològics aparentment molt semblants, especialment de base psicosomàtica i factícia:

- Trastorns somatomorfs (trastorn de somatització, trastorn de conversió, trastorn per dolor, hipocondria, trastorn dismòrfic corporal). Simulació i trastorn somatomorf comparteixen, d'entrada, l'absència de causa orgànica que justifiqui la simptomatologia i el benefici psicològic que percep el subjecte; a partir d'aquí, el segon es desmarca de la primera pel caràcter incontrolable i no intencional del símptoma, pel seu caràcter psicopatològic, i per la falta d'element motivador extern.
- Trastorns facticis. Els trets diferencials claus del trastorn factici respecte a la simulació es troben en el substrat patològic i el caràcter intern, subjectiu o íntim de l'incentiu que motiva la conducta. D'altra banda, ambdós condicions comparteixen l'absència de base orgànica, la intencionalitat de la conducta, el control voluntari que el subjecte pot exercir sobre el símptoma, i el reforç psicològic que suposen per al subjecte emissor de la conducta.
- Altres categories d'interès: trastorns d'ansietat (especialment, trastorns per fòbia i estrès), trastorns de l'estat d'ànim (especialment, distímia i depressió major), trastorns adaptatius, trastorns dissociatius (amnèsia, fuga, trastorn d'identitat, trastorn de despersonalització), trastorns psicòtics (especialment, esquizofrènia i episodis psicòtics), trastorns de la

personalitat (especialment, els del clúster B), i trastorns cognoscitius (especialment, deteriorament cognitiu, trastorns amnèsics i demència).

Instruments psicomètrics de detecció i avaluació

Instruments d'autoinforme

- *SIMS. Inventari Estructurat de Simulació de Símtomes* (Widows i Smith, 2009). Prova de *screening* per a la detecció de simulació de simptomatologia psicopatològica i neurocognitiva en adults. 75 ítems, dues opcions de resposta (V/F). 5 escales (Ps, Psicosi; Dn, Deteriorament neurològic; Am, Trastorns amnèsics; Bi, Baixa intel·ligència; Af, Trastorns afectius).
- *MCMI-III. Inventari Clínic Multiaxial de Millon, 3a ed.* (Millon, Davis i Millon, 2007). Prova clínica d'avaluació de personalitat i psicopatologia en adults. 175 ítems, dues opcions de resposta (V/F). 4 escales de control (V, Validesa; X, Sinceritat; Y, Desitjabilitat social; Z, Devaluació).
- *MMPI-2. Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota-2* (Hathaway i McKinley, 2000). Prova clínica d'avaluació de personalitat i psicopatologia en adults. 567 ítems, dues opcions de resposta (V/F). 4 escales bàsiques (?, Interrogant; L, Mentida; F, Infreqüència; K, Correcció) i diversos indicadors complementaris de control (Fb, TRIN, VRIN, Fp, F-K, FBS).
- *MMPI-2-RF. Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota-2 Reestructurat* (Ben-Porath i Tellegen, 2009). Prova clínica d'avaluació de personalitat i psicopatologia en adults. 338 ítems, dues opcions de resposta (V/F). 9 escales de control (?, Interrogant; VRIN-r, Inconsistència de les respostes variables; TRIN-r, Inconsistència de les respostes V; L-r, Virtuts inusuals; F-r, Infreqüència; K-r, Validesa de l'ajustament; Fp-r, Psicopatologia infreqüent; FBS-r, Validesa dels símptomes, Fs, Queixes somàtiques infreqüents).

- *PAI. Inventari d'Avaluació de la Personalitat* (Morey, 2011). Prova clínica d'avaluació de personalitat i psicopatologia en adults. 344 ítems, quatre opcions de resposta (F/LV/BV/CV). 4 escales bàsiques (INC, Inconsistència; INF, Infreqüència; IMN, Impressió negativa; IMP, Impressió positiva) i 5 indicadors complementaris de control (INC-F, SIM, FDR, DEF, FDC).

Entrevistes estructurades

- *M-FAST. Test d'Avaluació Forense de Símtomes de Miller* (Miller, 2001). Prova breu de *screening* per a la detecció de simulació de simptomatologia psicopatològica general. 25 ítems, dos ó tres opcions de resposta. 7 escales d'estratègies de detecció de simulació. Instrument no disponible en l'àmbit nacional.
- *SIRS-2. Entrevista Estructurada de Símtomes Informats, 2^a ed.* (Rogers, Sewell i Gillard, 2010). Prova exhaustiva per a la detecció de simulació de simptomatologia psicopatològica general. 156 ítems, 4 opcions de resposta. 8 escales primàries que avaluen diversos tipus de simptomatologia simulada.

Proves neuropsicològiques

- *TOMM. Test de Simulació de Problemes de Memòria* (Tombaugh, 2011). Prova executiva per discriminar dèficits genuïns i simulats de memòria. 2 assajos bàsics de 50 ítems, 1 assaig opcional de retenció de 50 ítems.

Estudi empíric

Objectius

El principal objectiu de la nostra investigació és analitzar de quina manera es manifesta el fenomen de la simulació de simptomatologia psíquica en l'àmbit forense aplicat. Els objectius específics que se'n deriven poden concretar-se de la següent manera:

- Estudiar quines característiques diferencials presenta la població d'usuaris simuladors i no simuladors en l'àmbit forense català, quant a edat, sexe, nivell educatiu i jurisdicció en què intervenen.
- Valorar la utilitat tant del criteri clínic com dels instruments psicomètrics disponibles per detectar i avaluar la simulació psicològica.
- Contrastar les dades obtingudes en la nostra mostra d'estudi amb les aportades en altres investigacions anàlogues anteriors.

Material i mètodes

Material psicomètric utilitzat:

- Inventari Estructurat de Simulació de Síntomes (**SIMS**).
- Test d'Avaluació Forense de Síntomes de Miller, versió IMLC (**M-FAST-v.IMLC**). Versió experimental de l'instrument original, preparada *ad hoc* per a ús exclusivament intern del servei en el marc de la present investigació. Traducció supervisada dels ítems a l'espanyol i adaptació a format d'administració autoinformada.
- Inventari Clínic Multiaxial de Millon, 3a ed. (**MCMI-III**).
- Qüestionari de 90 Síntomes (**SCL-90-R**) (Derogatis, 2002).
- Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota-2 (**MMPI-2**).
- Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota-2 Reestructurat (**MMPI-2-RF**).

- **Mini-Mult** (versió abreujada de l'MMPI original de 71 ítems, traduïts a l'espanyol) (Kincannon, 1968).
- Inventari d'Avaluació de la Personalitat (**PAI**).
- Matrius Progressives de **Raven** (Raven, Court i Raven, 2001).
- Test d'Intel·ligència No Verbal (**TONI-2**). (Brown, Sherbenou i Johnsen, 2000)
- Test Breu d'Intel·ligència de Kaufman (**K-BIT**) (Kaufman i Kaufman, 2002).
- Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a Adults-III (**WAIS-III**) (Wechsler, 1999).
- Test de Simulació de Problemes de Memòria (**TOMM**).
- **Bateria neuropsicològica** (protocol integrat de diverses proves de cribatge i avaluació específica d'àrees psicològiques bàsiques, adaptat en funció de les característiques personals de l'usuari).

Els instruments esmentats van ser administrats respectant les normes d'administració, correcció i interpretació incloses als respectius manuals tècnics. El judici clínic del professional es va consignar sempre amb anterioritat a l'administració de les proves psicomètriques, per tal d'evitar el biaix retrospectiu.

Disseny de l'estudi

Partim d'una mostra incidental d'usuaris atesos a la Unitat de Psicologia, dependent del Servei de Clínica Medicoforense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya i ubicada físicament a Barcelona capital, en el període comprès entre l'1 de setembre de 2011 i el 31 de desembre de 2012, derivats per metges forenses i instàncies judicials de qualsevol jurisdicció de tota la demarcació judicial de Catalunya, amb la finalitat de realitzar valoracions tècniques i pericials psicològiques, psicomètriques (intel·ligència, personalitat, psicopatologia) i neuropsicològiques (n = 190).

Criteris d'exclusió: edat inferior a 18 anys o superior a 75 anys, analfabetisme, dificultats rellevants de comprensió verbal escrita en idioma espanyol, retard mental, simptomatologia psíquica activa altament alienant o incapacitant, deteriorament cognitiu moderat, moderat-greu o greu.

Com a pas previ a poder definir els diferents grups, els subjectes potencials de la mostra inicial van ser sotmesos al següent protocol d'investigació:

1. Recollida i valoració de la documentació mèdica i psicològica aportada per la instància judicial i/o pel propi usuari.
2. Exploració psicopatològica bàsica.
3. Classificació inicial com a simulador o no simulador en funció del judici clínic del professional derivador (metge forense) o avaluador (psicòleg forense), en base a la concurrència de dos o més dels següents criteris:
 - Presència d'incentiu extern identificable per al propi subjecte.
 - Rol demandant o litigant del subjecte en el marc del procediment judicial.
 - Discrepància entre gravetat de la circumstància o patologia que presenta el subjecte i grau de malestar o disfunció que manifesta o al·lega el mateix.
 - Discrepància entre tipus de patologia/es que presenta el subjecte i tipus de simptomatologia referida pel mateix.
 - Discrepància entre absència d'antecedents psicopatològics coneguts i manifestació de simptomatologia per part del subjecte.
4. Registre, en base a l'exploració clínica, de l'existència de possible intel·ligència límit i/o deteriorament cognitiu lleu o lleu-moderat.
5. Administració, correcció i obtenció del perfil psicomètric del SIMS.
6. Administració i correcció de l'M-FAST-v.IMLC.
7. Administració, correcció i obtenció de perfils de proves psicomètriques complementàries d'intel·ligència, personalitat i psicopatologia, i neuropsicologia.

Atenent al caràcter real i incidental de la mostra, així com a les necessitats i limitacions d'una intervenció real en l'àmbit forense públic, la qual s'ha de regir pels principis de mínima intervenció, màxima eficiència, i ajustament al motiu de demanda de les actuacions practicades, no tots els subjectes van poder ser valorats mitjançant la versió experimental de l'M-FAST, ni van ser sotmesos a les diverses proves psicomètriques complementàries; a excepció del SIMS, l'administració del qual va constituir criteri bàsic i necessari per a la inclusió en la mostra d'estudi. En la següent taula es mostra la quantitat de subjectes avaluats amb cada combinació de proves:

Proves administrades	n
SIMS	190
SIMS + M-FAST-v.IMLC	47
SIMS + MCMI-III	119
SIMS + SCL-90-R	49
SIMS + MMPI-2 / Mini-Mult	9
SIMS + MMPI-2-RF	18
SIMS + PAI	11
SIMS + Raven / TONI-2 / K-BIT / WAIS-III	24
SIMS + bateria neuropsicològica (incl. TOMM)	18

Atenent a la dimensió i representativitat d'aquestes mostres, exposarem els resultats obtinguts en els quatre primers supòsits.

Un cop obtinguda i definida la mostra general inicial, es va dividir en quatre submostres o grups *post hoc*:

Grup	n
Subjectes simuladors amb patologia diagnosticada (SAP)	94
Subjectes simuladors sense patologia diagnosticada (SSP)	3
Subjectes no simuladors amb patologia diagnosticada (NSAP)	59
Subjectes no simuladors sense patologia diagnosticada (NSSP)	34

El criteri "simulador / no simulador" es va valorar en base a la puntuació total obtinguda en el SIMS.

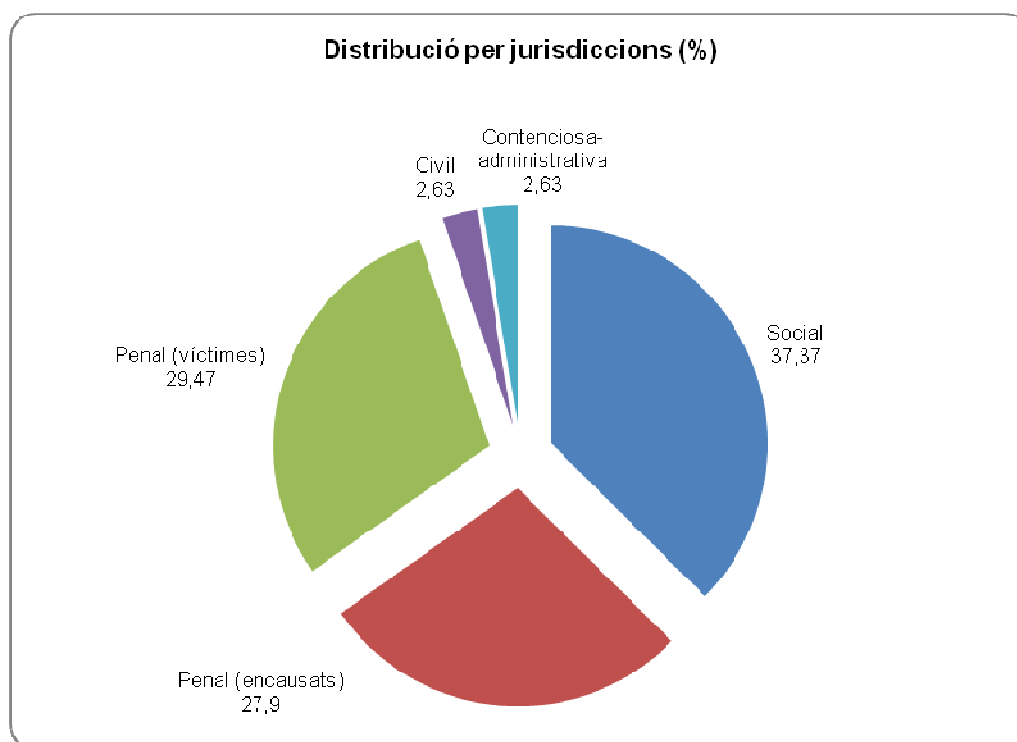
El criteri “amb patologia / sense patologia” es va valorar en base a antecedents personals acreditats documentalment.

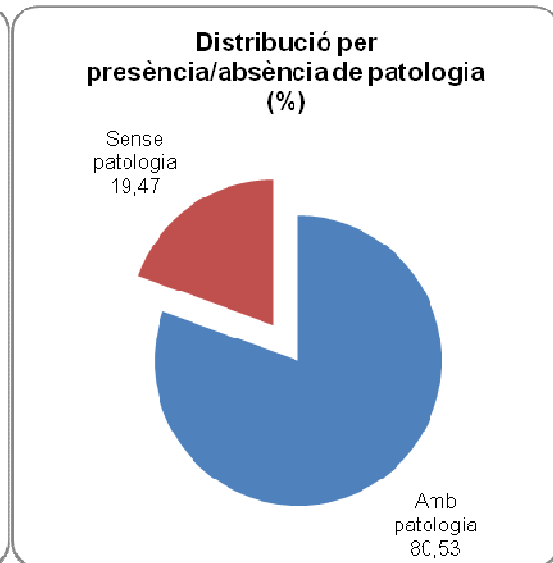
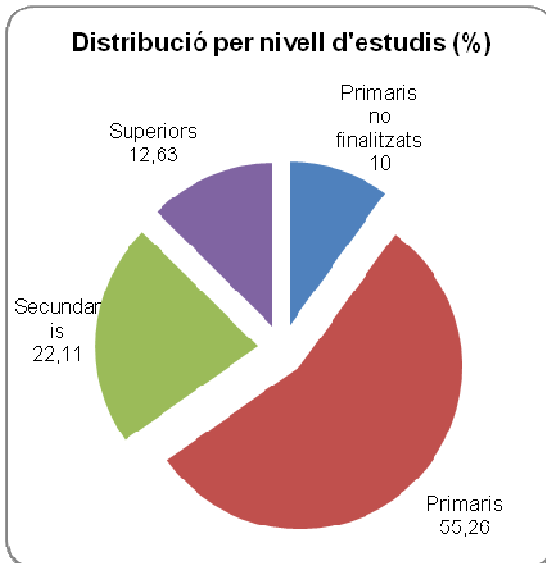
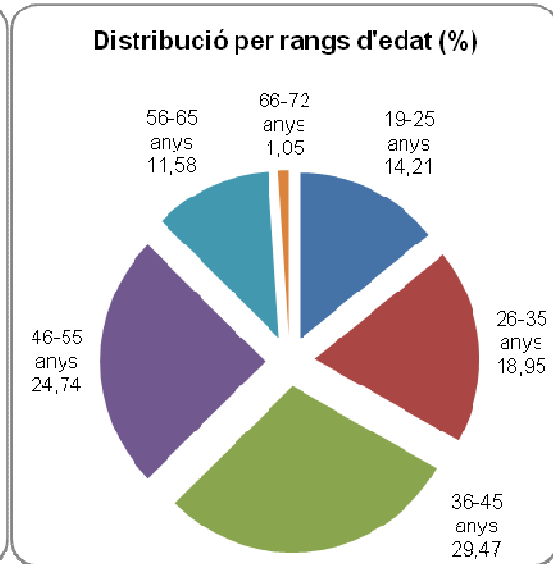
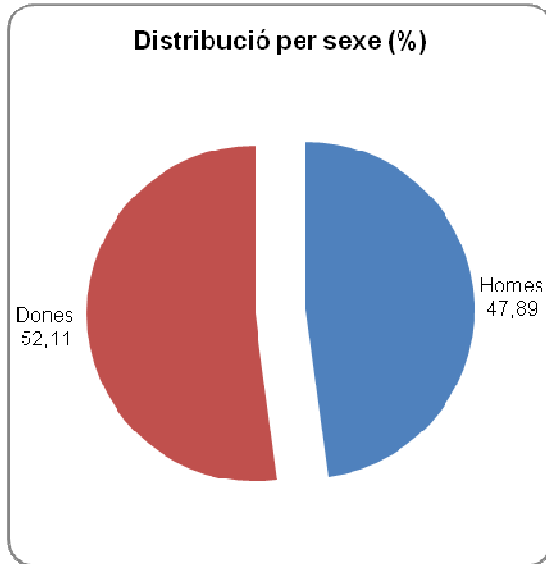
Obtenció i tractament de dades

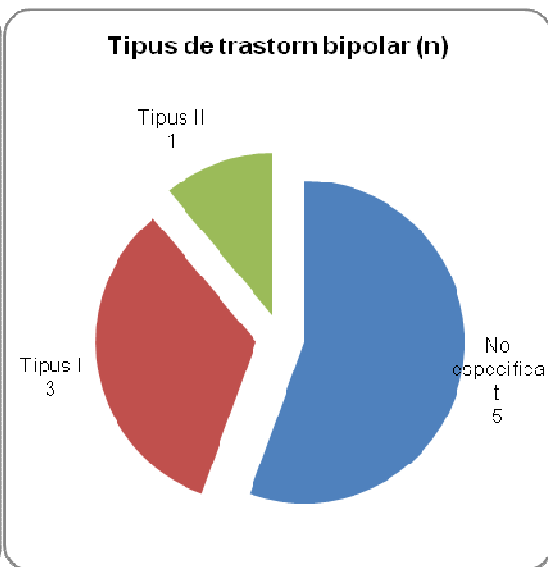
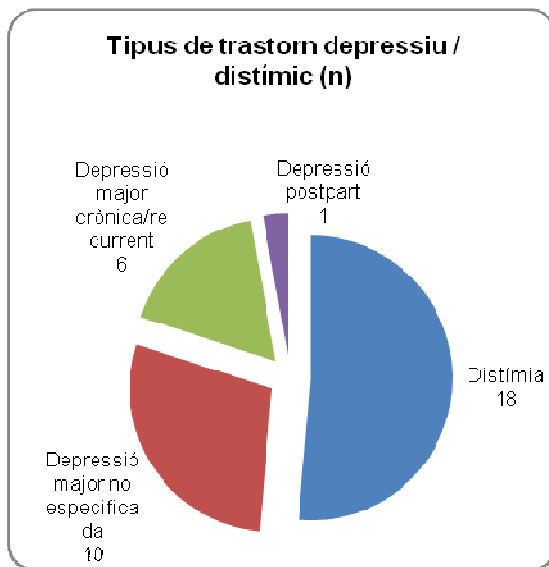
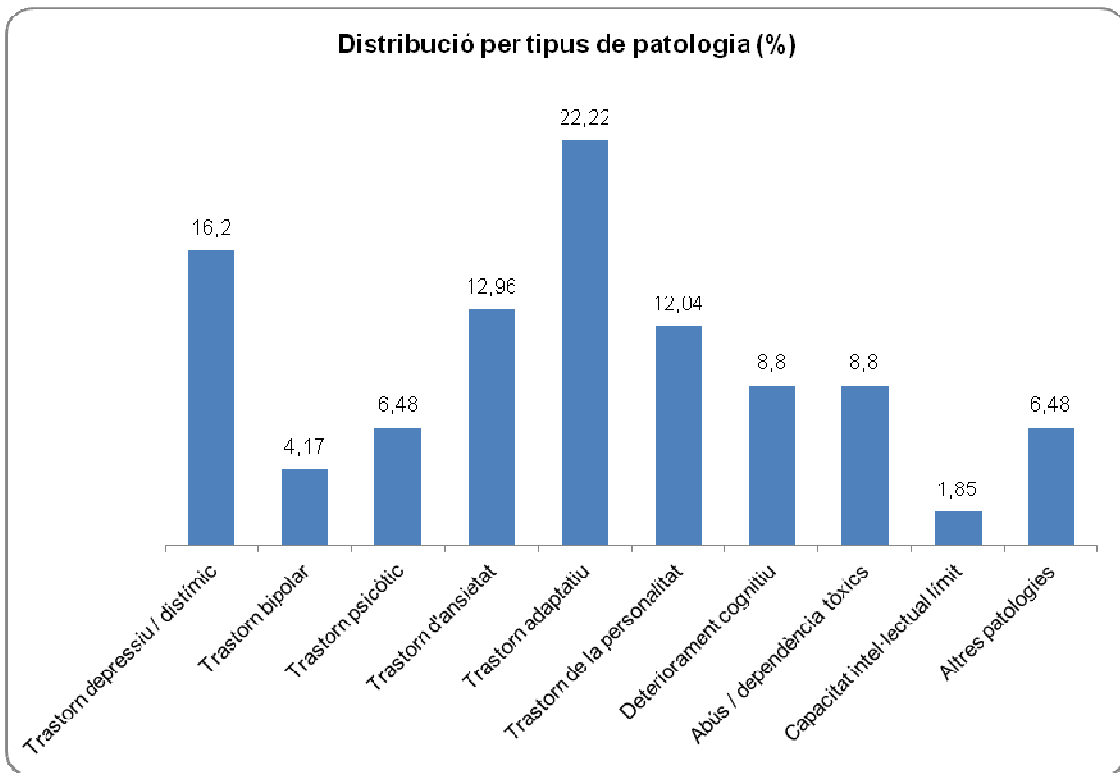
Les dades van ser recopilades i administrades en fulls de càlcul en format Excel. El tractament estadístic descriptiu de les dades obtingudes es va fer amb el complement d'eines per a l'anàlisi del programa Microsoft Excel Professional Plus 2010.

Resultats

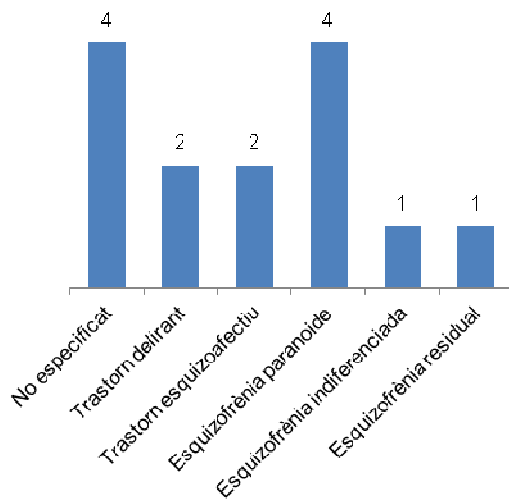
A. Descripció de la mostra total (n = 190)



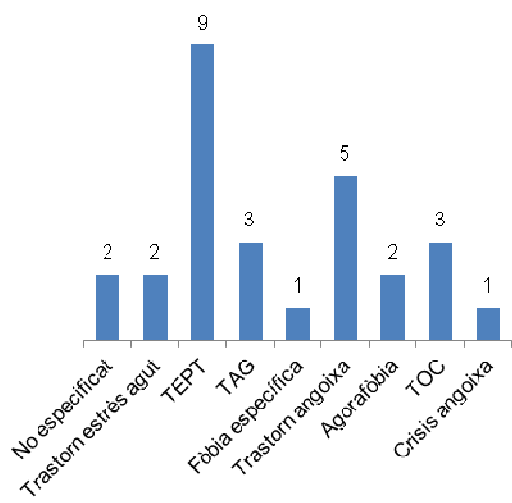




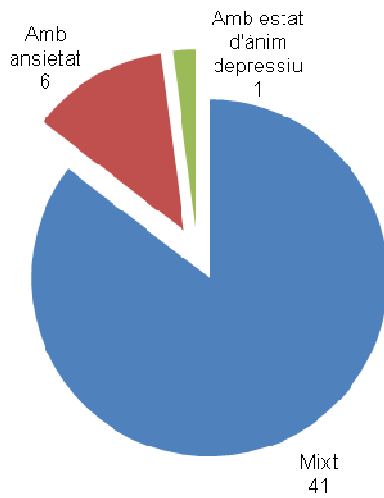
Tipus de trastorn psicòtic (n)



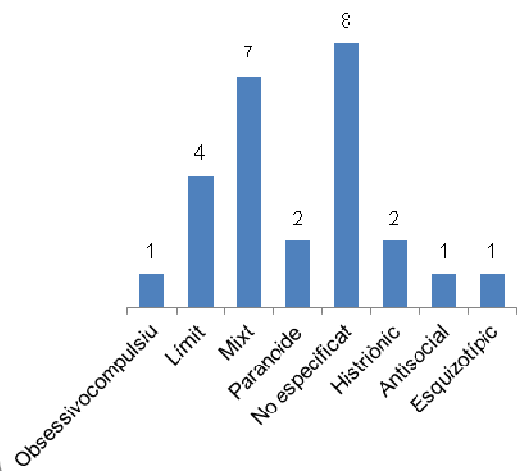
Tipus de trastorn d'ansietat (n)

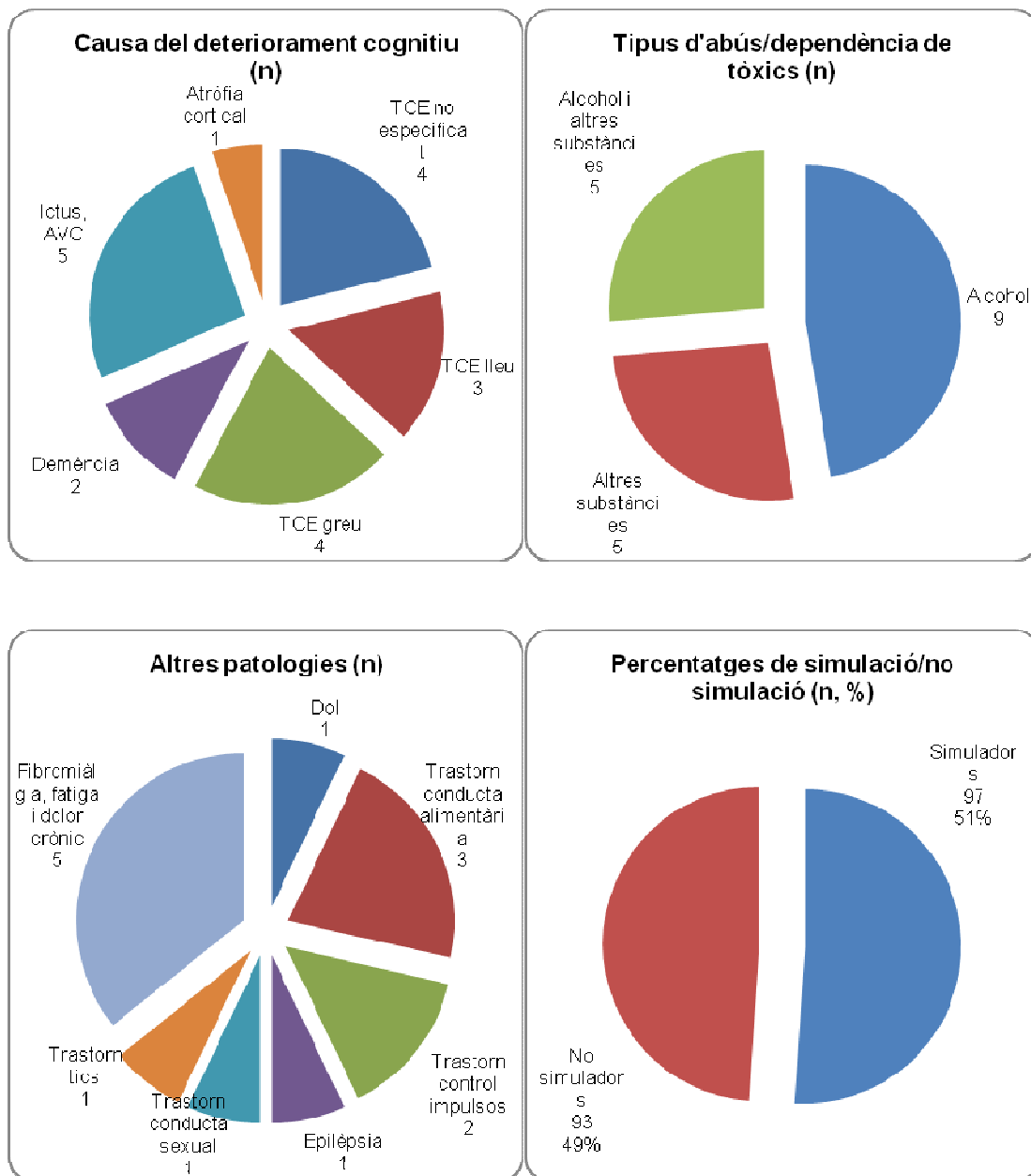


Tipus de trastorn adaptatiu (n)



Tipus de trastorn de la personalitat (n)





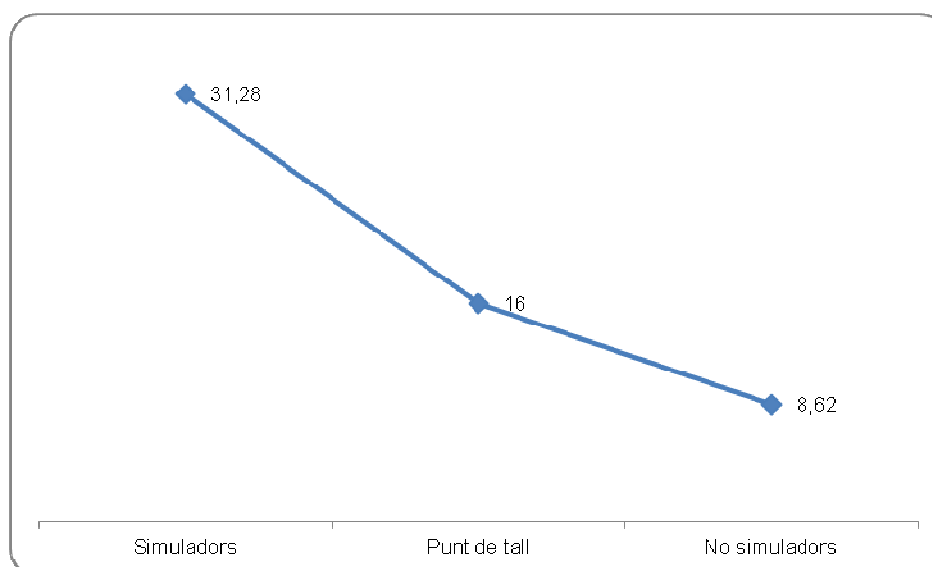
Grup	n	Mitj. edat
Total	190	40,87
Simuladors	97	45,65
No simuladors	93	35,88
Total homes	91	42,67
Simuladors homes	50	45,1
No simuladors homes	41	39,71

Total dones	99	39,21
Simuladors dones	47	46,23
No simuladors dones	52	32,87

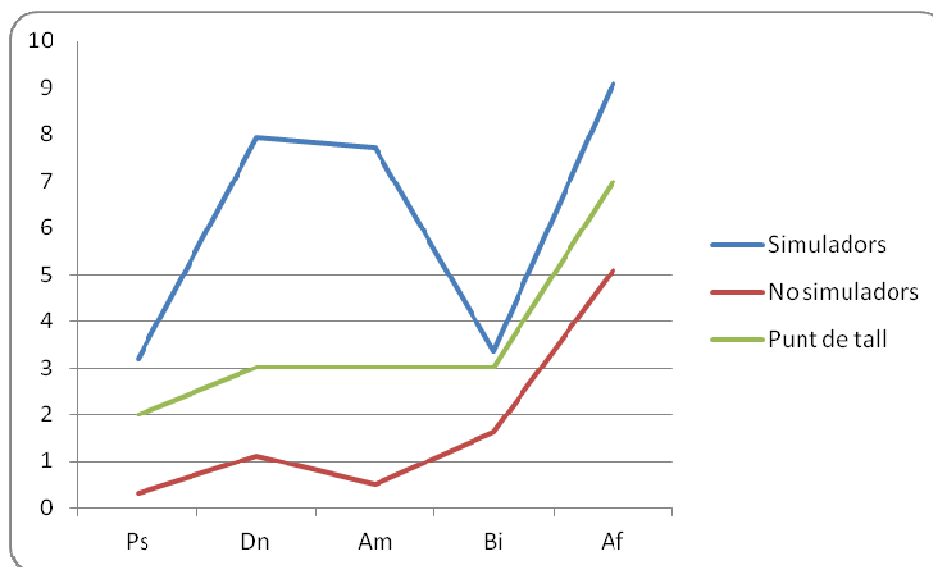
Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
Total	20,19	1,78	4,59	4,19	2,5	7,13
Simuladors	31,28	3,19	7,92	7,72	3,35	9,1
No simuladors	8,62	0,31	1,12	0,51	1,61	5,08
Mitjana	19,95	1,75	4,52	4,12	2,48	7,09

Gràfic. Comparació entre grups per puntuació total mitjana en el SIMS



Gràfic. Comparació entre grups per puntuacions mitjanes en les escales del SIMS



B. Grup simulador amb patologia diagnosticada (SAP) (n = 94)

Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	31,606383	3,26595745	8,0106383	7,79787234	3,35106383	9,18085106
<i>Error típic</i>	0,93902626	0,32971343	0,33939625	0,3246101	0,18874015	0,2062636
<i>Desv. típica</i>	9,10419741	3,19669026	3,29056873	3,14721173	1,82990362	1,99979981
<i>Variàn. mostra</i>	82,8864104	10,2188286	10,8278426	9,90494166	3,34854724	3,99919927
<i>Curtosi</i>	-0,6560650	0,19843542	-0,6959157	-0,2195302	0,28077721	1,16898508
<i>Coef. asimetria</i>	0,33988388	1,03216338	-0,1243076	-0,3635890	0,64717769	-0,543093
<i>Rang</i>	39	13	14	13	9	11
<i>Mínim</i>	17	0	0	1	0	3
<i>Màxim</i>	56	13	14	14	9	14

C. Grup simulador sense patologia diagnosticada (SSP) (n = 3)

Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	21	0,66666667	5	5,33333333	3,33333333	6,66666667
<i>Error típic</i>	2,081666	0,33333333	1	2,18581284	1,85592145	2,18581284
<i>Desv. típica</i>	3,60555128	0,57735027	1,73205081	3,7859389	3,21455025	3,7859389
<i>Variàn. mostra</i>	13	0,33333333	3	14,33333333	10,33333333	14,33333333
<i>Curtosi</i>	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
<i>Coef. asimetria</i>	1,15206964	-1,7320508	-1,7320508	-1,5970969	1,54539253	1,59709699
<i>Rang</i>	7	1	3	7	6	7
<i>Mínim</i>	18	0	3	1	1	4
<i>Màxim</i>	25	1	6	8	7	11

D. Grup no simulador amb patologia diagnosticada (NSAP) (n = 59)

Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

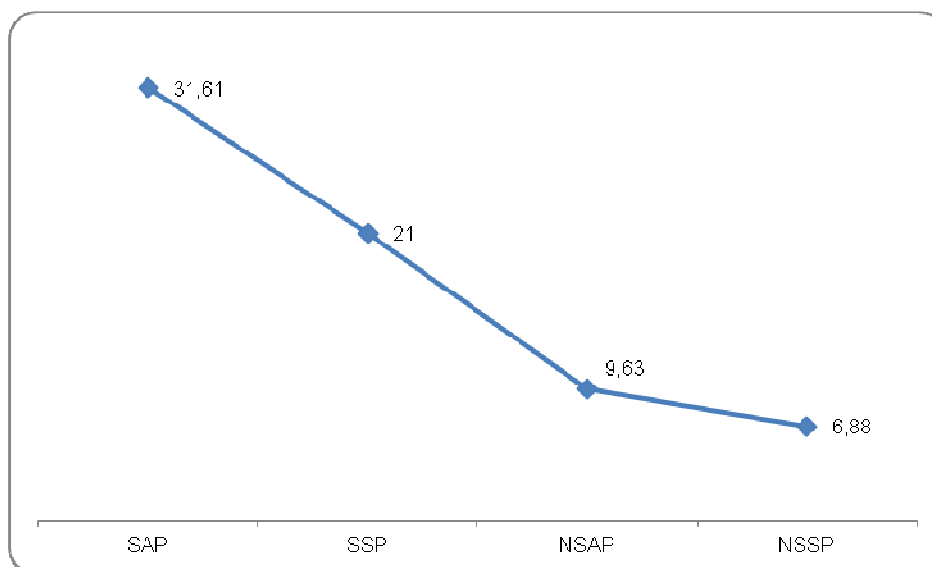
	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	9,62711864	0,45762712	1,33898305	0,62711864	1,62711864	5,57627119
<i>Error típic</i>	0,56381139	0,09463095	0,18665309	0,1321899	0,19325007	0,29923279
<i>Desv. típica</i>	4,33071749	0,72687413	1,43370955	1,0153699	1,48438197	2,29845068
<i>Variàn. mostra</i>	18,755114	0,528346	2,05552309	1,03097604	2,20338983	5,28287551
<i>Curtosi</i>	-1,2560903	1,83846773	-0,4373321	5,11133753	1,77548153	-0,9632686
<i>Coef. asimetria</i>	0,03118181	1,54628151	0,82636801	2,04492135	1,10230509	-0,0661552
<i>Rang</i>	14	3	5	5	7	9
<i>Mínim</i>	2	0	0	0	0	1
<i>Màxim</i>	16	3	5	5	7	10

E. Grup no simulador sense patologia diagnosticada (NSSP) (n = 34)

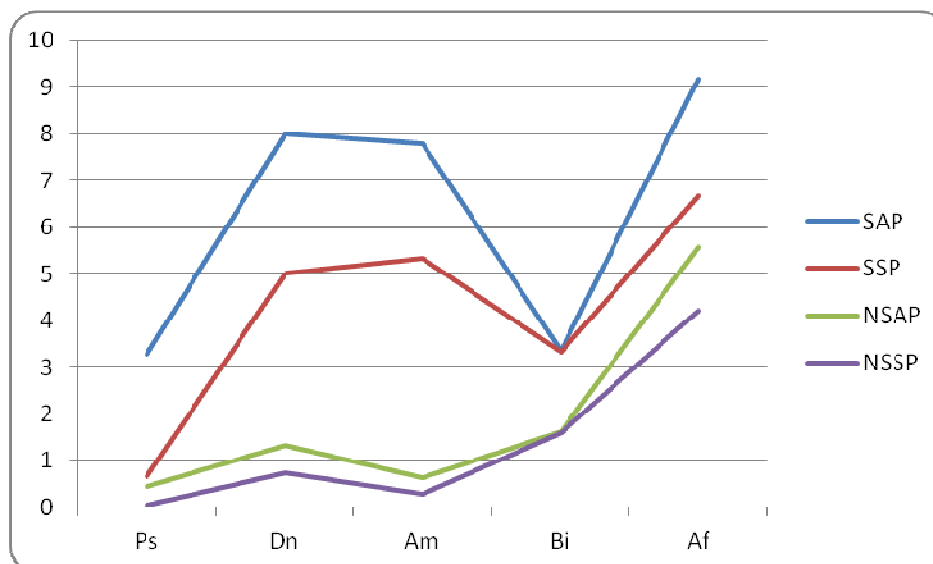
Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	6,88235294	0,05882353	0,73529412	0,29411765	1,58823529	4,20588235
<i>Error típic</i>	0,5369829	0,04095945	0,17050216	0,13033217	0,21159629	0,4066721
<i>Desv. típica</i>	3,13112146	0,23883257	0,99418989	0,7599606	1,23380778	2,37128544
<i>Variàn. mostra</i>	9,80392157	0,057041	0,98841355	0,57754011	1,52228164	5,62299465
<i>Curtosi</i>	-0,0133041	14,2441406	2,49070285	8,52255562	-0,6666355	0,74159892
<i>Coef. asimetria</i>	0,05269677	3,92534396	1,55740305	2,95763385	0,45305851	0,46384833
<i>Rang</i>	14	1	4	3	4	11
<i>Mínim</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Màxim</i>	14	1	4	3	4	11

Gràfic. Comparació entre grups per puntuació total mitjana en el SIMS



Gràfic. Comparació entre grups per puntuacions mitjanes en les escales del SIMS



F. Sospita clínica vs. sospita psicomètrica (SIMS) (n = 190)

Anàlisi de regressió

Coef. correlació múlt.	0,685857057
Coef. determinació R ²	0,470399903
R ² ajustat	0,467582881
Error típic	0,365717418

Anàlisi de variància

	<i>Graus llibertat</i>	<i>Suma quadr.</i>	<i>Mitjana quadr.</i>	<i>F</i>	<i>Valor crític F</i>
Regressió	1	22,33409222	22,33409222	166,9848291	9,47612E-28
Residus	188	25,14485514	0,133749229		
Total	189	47,47894737			

	<i>Coeficients</i>	<i>Error típic</i>	<i>Estadístic t</i>	<i>Probabilitat</i>
Intercepció	0,181818182	0,036755983	4,946628136	1,66945E-06
Sospita clínica	0,686313686	0,05311096	12,92226099	9,47612E-28

	<i>Inf. 95%</i>	<i>Sup. 95%</i>	<i>Inf. 95,0%</i>	<i>Sup. 95,0%</i>
Intercepció	0,109311025	0,254325339	0,109311025	0,254325339
Sospita clínica	0,581543677	0,791083696	0,581543677	0,791083696

Taula. Anàlisi de regressió i variància entre sospita clínica i sospita psicomètrica

G. SIMS vs. M-FAST-v.IMLC (n = 47)

Anàlisi de regressió					
Coef. correlació múlt.	0,659943121				
Coef. determin. R ²	0,435524923				
R ² ajustat	0,422981033				
Error típic	0,343461715				
Anàlisi de variància					
	<i>Graus llibertat</i>	<i>Suma quadr.</i>	<i>Mitjana quadr.</i>	<i>F</i>	<i>Valor crític F</i>
Regressió	1	4,095787577	4,095787577	34,72008307	4,5097E-07
Residus	45	5,308467742	0,11796595		
Total	46	9,404255319			
	<i>Coeficients</i>	<i>Error típic</i>	<i>Estadístic t</i>	<i>Probabilitat</i>	
Intercepció	0,064516129	0,061687545	1,045853404	0,301214224	
SIMS	0,622983871	0,105727126	5,892374994	4,5097E-07	
	<i>Inf. 95%</i>	<i>Sup. 95%</i>	<i>Inf. 95,0%</i>	<i>Sup. 95,0%</i>	
Intercepció	-0,059728965	0,188761223	-0,059728965	0,188761223	
SIMS	0,410038509	0,835929233	0,410038509	0,835929233	

Taula. Anàlisi de regressió i variància entre puntuacions totals SIMS (> 16) i M-FAST-v.IMLC (> 5)

H. SIMS vs. MCMII-III (n = 119)

Anàlisi de regressió					
Coef. correlació múlt.	0,523418407				
Coef. determin. R ²	0,273966828				
R ² ajustat	0,267761417				
Error típic	0,394731802				
Anàlisi de variància					
	<i>Graus llibertat</i>	<i>Suma quadr.</i>	<i>Mitjana quadr.</i>	<i>F</i>	<i>Valor crític F</i>
Regressió	1	6,879099858	6,879099858	44,1496617	1,01119E-09
Residus	117	18,23014384	0,155813195		
Total	118	25,1092437			
	<i>Coeficients</i>	<i>Error típic</i>	<i>Estadístic t</i>	<i>Probabilitat</i>	

Intercepció	0,128205128	0,044694575	2,868471781	0,0048946
SIMS	0,505941213	0,076144119	6,644521179	1,01119E-09
	<i>Inf. 95%</i>	<i>Sup. 95%</i>	<i>Inf. 95,0%</i>	<i>Sup. 95,0%</i>
Intercepció	0,039689864	0,216720393	0,039689864	0,216720393
SIMS	0,355141775	0,656740651	0,355141775	0,656740651

Taula. Anàlisi de regressió i variància entre puntuació total SIMS (> 16) i escala X (> 75) MCMI-III

Anàlisi de regressió

Coef. correlació múlt.	0,584493047
Coef. determin. R ²	0,341632122
R ² ajustat	0,335956537
Error típic	0,399125506

Anàlisi de variància

	<i>Graus llibertat</i>	<i>Suma quadr.</i>	<i>Mitjana quadr.</i>	<i>F</i>	<i>Valor crític F</i>
Regressió	1	9,588860912	9,588860912	60,19328623	3,68424E-12
Residus	116	18,4789357	0,15930117		
Total	117	28,06779661			

	<i>Coeficients</i>	<i>Error típic</i>	<i>Estadístic t</i>	<i>Probabilitat</i>
Intercepció	0,181818182	0,045484573	3,99735934	0,000112985
SIMS	0,598669623	0,077163727	7,758433233	3,68424E-12

	<i>Inf. 95%</i>	<i>Sup. 95%</i>	<i>Inf. 95,0%</i>	<i>Sup. 95,0%</i>
Intercepció	0,091730254	0,271906109	0,091730254	0,271906109
SIMS	0,445837139	0,751502107	0,445837139	0,751502107

Taula. Anàlisi de regressió i variància entre puntuació total SIMS (> 16) i escala Z (≥ 75) MCMI-III

I. SIMS vs. SCL-90-R (n = 49)

Anàlisi de regressió

Coef. correlació múlt.	0,485430429
------------------------	-------------

Coef. determin. R ²	0,235642702
R ² ajustat	0,21937978
Error típic	0,411420879

Anàlisi de variància

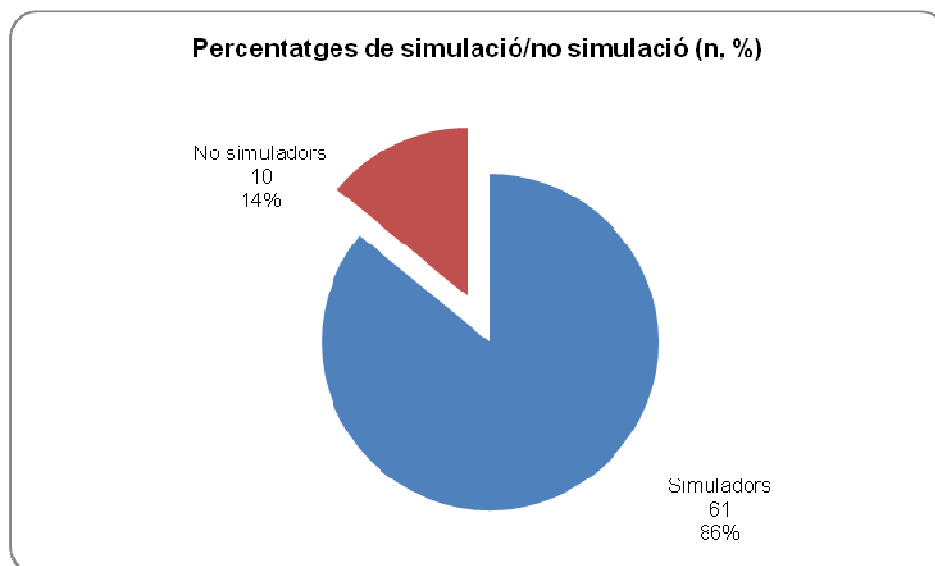
	<i>Graus llibertat</i>	<i>Suma quadr.</i>	<i>Mitjana quadr.</i>	<i>F</i>	<i>Valor crític F</i>
Regressió	1	2,45260771	2,45260771	14,48956789	0,000407125
Residus	47	7,955555556	0,169267139		
Total	48	10,40816327			

	<i>Coeficients</i>	<i>Error típic</i>	<i>Estadístic t</i>	<i>Probabilitat</i>
Intercepció	0,2	0,065051353	3,074494099	0,00350663
SIMS	0,577777778	0,15178649	3,806516504	0,000407125

	<i>Inf. 95%</i>	<i>Sup. 95%</i>	<i>Inf. 95,0%</i>	<i>Sup. 95,0%</i>
Intercepció	0,069133558	0,330866442	0,069133558	0,330866442
SIMS	0,272422747	0,883132808	0,272422747	0,883132808

Taula. Anàlisi de regressió i variància entre puntuació total SIMS (> 16) i escala PST (> 50 homes, > 60 dones) SCL-90-R

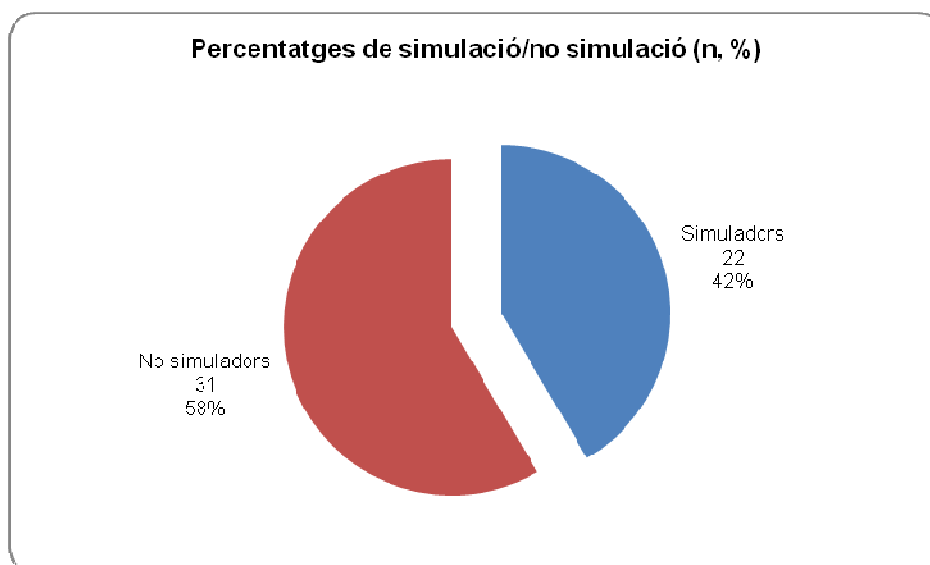
J. Simulació en la jurisdicció social (n = 71)

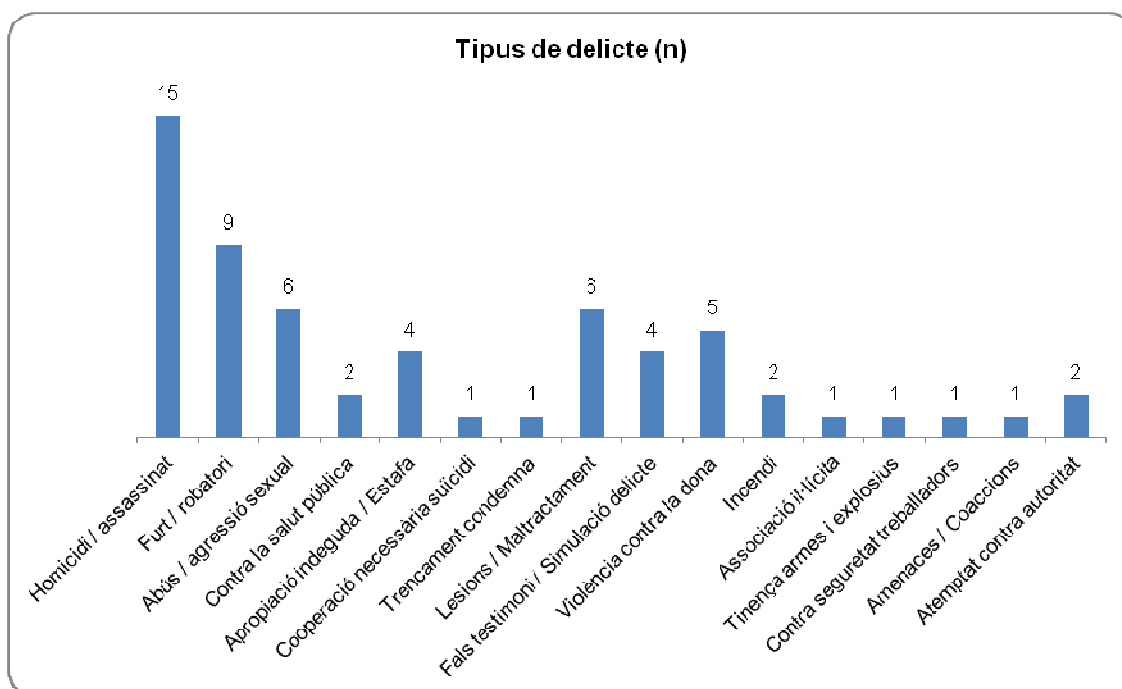


Taula 5. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	30,1549296	3,09859155	7,91549296	7,07042254	3	9,07042254
<i>Error típic</i>	1,29860595	0,37751434	0,45246763	0,45626599	0,22695606	0,22186691
<i>Desv. típica</i>	10,9422483	3,18099234	3,81255999	3,84456553	1,91236577	1,86948384
<i>Variàn. mostra</i>	119,732797	10,1187123	14,5356137	14,7806841	3,65714286	3,49496982
<i>Curtosi</i>	-0,5673702	0,28018888	-0,9020008	-0,7410551	0,5164542	-0,4458337
<i>Coef. asimètria</i>	-0,2061645	1,06383276	-0,2960232	-0,4976075	0,7818821	-0,2805761
<i>Rang</i>	50	13	14	14	9	8
<i>Mínim</i>	6	0	0	0	0	5
<i>Màxim</i>	56	13	14	14	9	13

K. Simulació en la jurisdicció penal (encausats) (n = 53)

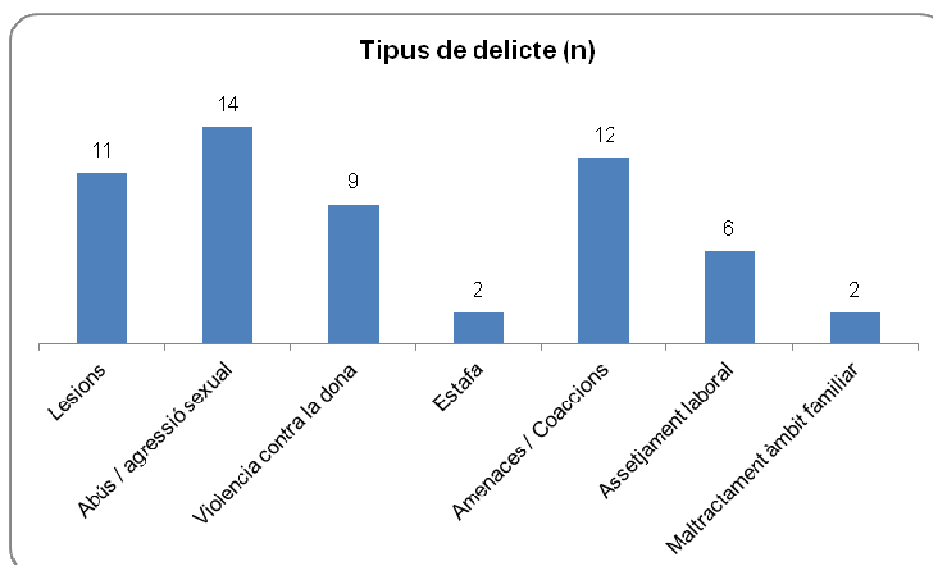
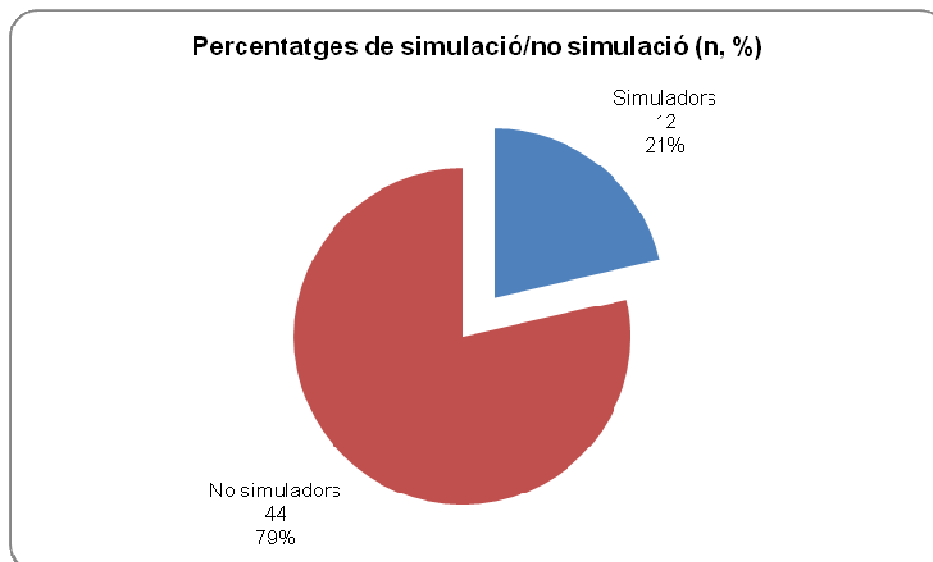




Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	17,3207547	1,39622642	3,41509434	3,35849057	2,66037736	6,49056604
<i>Error típic</i>	1,60341924	0,37067743	0,44545272	0,56255581	0,24681336	0,4298569
<i>Desv. típica</i>	11,6730683	2,69857243	3,24294478	4,09546813	1,79682836	3,12940546
<i>Variàn. mostra</i>	136,260522	7,28229318	10,5166909	16,7728592	3,22859216	9,79317852
<i>Curtosi</i>	0,8156195	5,97733253	-0,1116026	-0,5641783	-0,3326299	-0,5391006
<i>Coef. asimetria</i>	1,12275753	2,55008133	0,89491284	0,91193958	0,51374722	0,15408411
<i>Rang</i>	46	12	12	13	7	14
<i>Mínim</i>	3	0	0	0	0	0
<i>Màxim</i>	49	12	12	13	7	14

L. Simulació en la jurisdicció penal (víctimes) (n = 53)

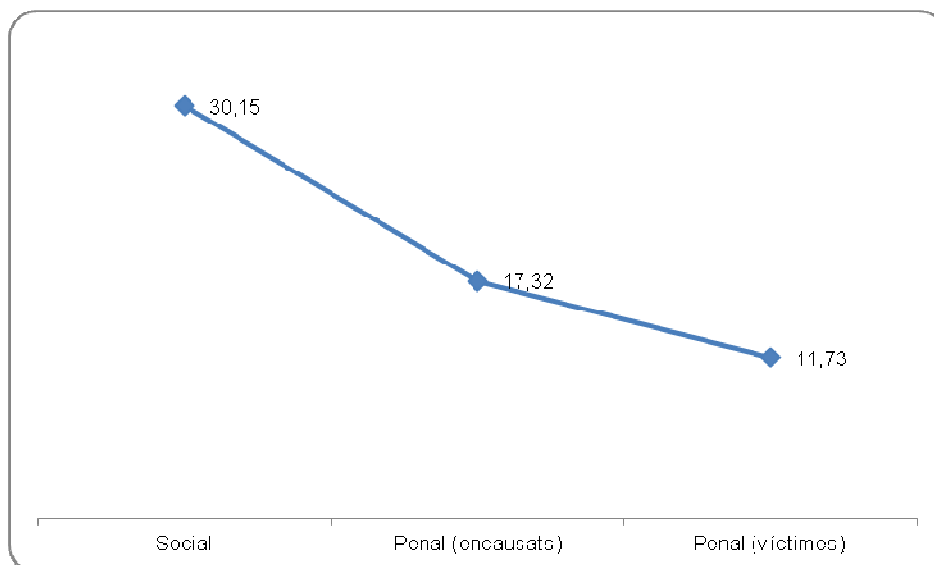


Taula. Puntuacions obtingudes en el SIMS

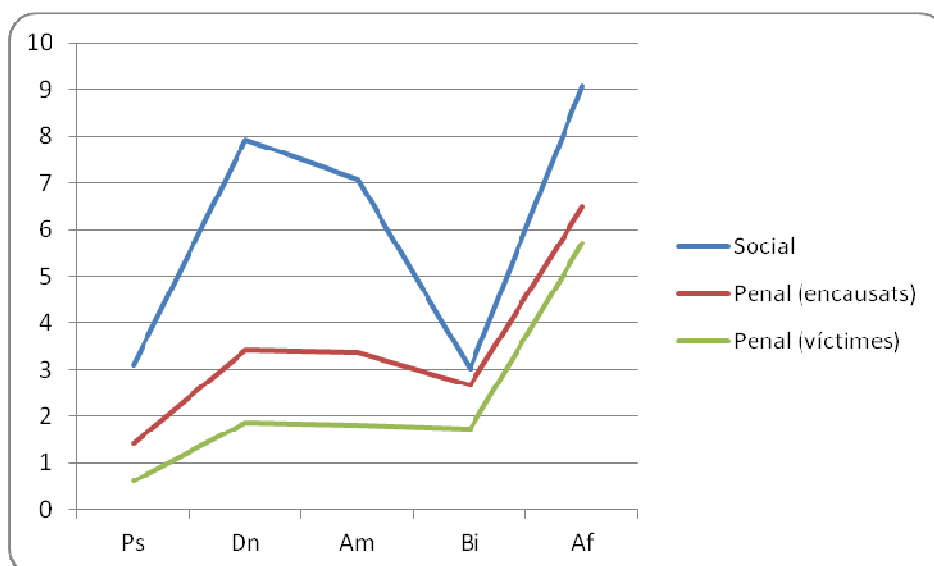
	Total	Ps	Dn	Am	Bi	Af
<i>Mitjana</i>	11,7321429	0,60714286	1,875	1,80357143	1,73214286	5,71428571
<i>Error típic</i>	1,31165878	0,16451142	0,38735073	0,40405384	0,20621995	0,37599589
<i>Desv. típica</i>	9,8155555	1,23109074	2,89866741	3,0236621	1,54320883	2,81369563
<i>Variàn. mostra</i>	96,3451299	1,51558442	8,40227273	9,14253247	2,38149351	7,91688312

<i>Curtosi</i>	3,35727241	5,89231464	3,21749035	4,54262743	3,44284733	-0,4215123
<i>Coef. asimetria</i>	1,75823792	2,50252393	1,90322471	2,106069	1,29970149	0,24253323
<i>Rang</i>	49	5	12	14	8	13
<i>Mínim</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Màxim</i>	49	5	12	14	8	13

Gràfic. Comparació entre grups per puntuació total mitjana en el SIMS



Gràfic. Comparació entre grups per puntuacions mitjanes en les escales del SIMS



Conclusions

En base als resultats exposats anteriorment, podem formular les següents consideracions, en estricta relació amb la mostra i el marc d'investigació utilitzat:

1. Els subjectes que mostren un estil de resposta simulador en el test de cribatge (SIMS) tenen una edat mitjana consistentment superior a la del grup no simulador i la de la mostra total de subjectes.
2. El criteri clínic (informat i estructurat) per detectar i valorar la simulació correlaciona moderadament amb la informació objectiva aportada pel test de cribatge al mateix efecte.
3. Les puntuacions totals d'ambdós instruments de cribatge utilitzats (SIMS i M-FAST v.IMLC) presenten una intercorrelació moderada.
4. La puntuació total del test específic de simulació presenta correlacions positives, però atenuades, amb els indicadors d'exageració de l'MCMI-III.
5. L'escala clínic SCL-90-R es mostra com un instrument poc precís i consistent per detectar, indirectament, un estil de resposta simulador.
6. La simulació és un estil de resposta altament prevalent en la mostra de subjectes de la jurisdicció social, amb un patró de respostes en el test de screening significativament superior als de les mostres penals.

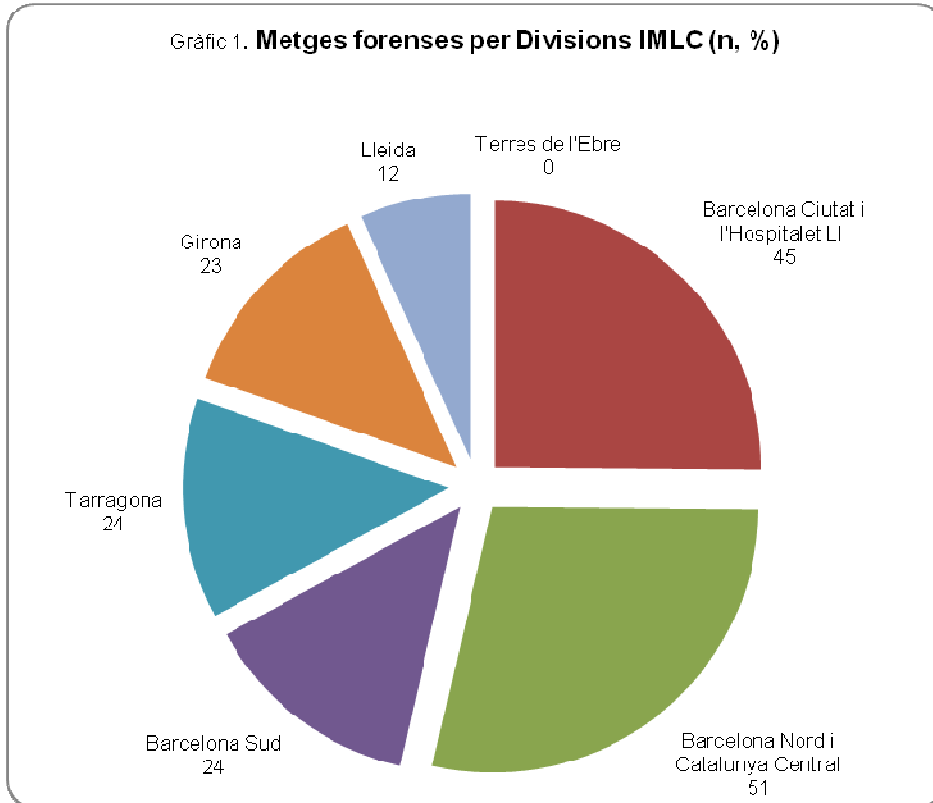
La percepció dels professionals

Amb el propòsit de conèixer de primera mà la percepció dels propis metges forenses en relació amb el fenomen de la simulació, i partint de la inexistència de dades al respecte fins al present, es va organitzar una acció de prospecció mitjançant l'elaboració i distribució a tots els professionals en actiu a Catalunya, adscrits a les diferents Divisions territorials de l'IMLC, d'un qüestionari breu (9 preguntes tipus test), amb el qual es pretenia sondejar els següents aspectes:

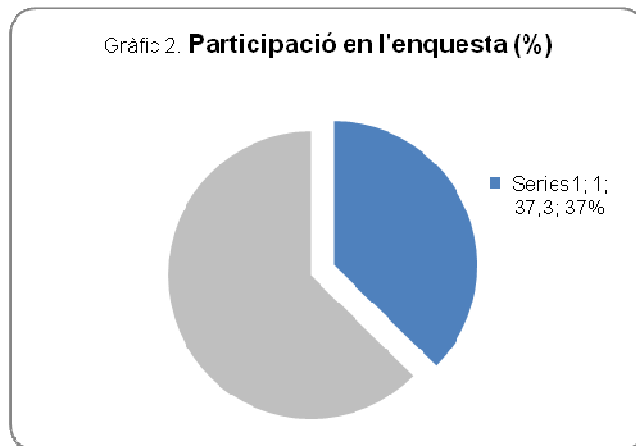
- Idea o concepte de simulació
- Freqüència de presentació de la simulació
- Tipologia d'usuari simulador
- Tipus de simulació registrada
- Tipus de simptomatologia simulada registrada
- Estratègies utilitzades de detecció i avaluació de la simulació
- Coneixement d'instruments psicomètrics de detecció i avaluació de la simulació
- Formació rebuda i necessitats formatives en simulació

L'enquesta (administració i recollida dels qüestionaris) es va perllongar durant una setmana (octubre de 2012). Els qüestionaris es van distribuir físicament (metges forenses del Servei de Clínica Medicoforense, ubicats a Barcelona) i per correu electrònic (metges forenses de la resta de territoris). Les preguntes eren de resposta tancada o bé permetien múltiples indicacions, en funció del grau d'exclusió o solapament entre les opcions de resposta.

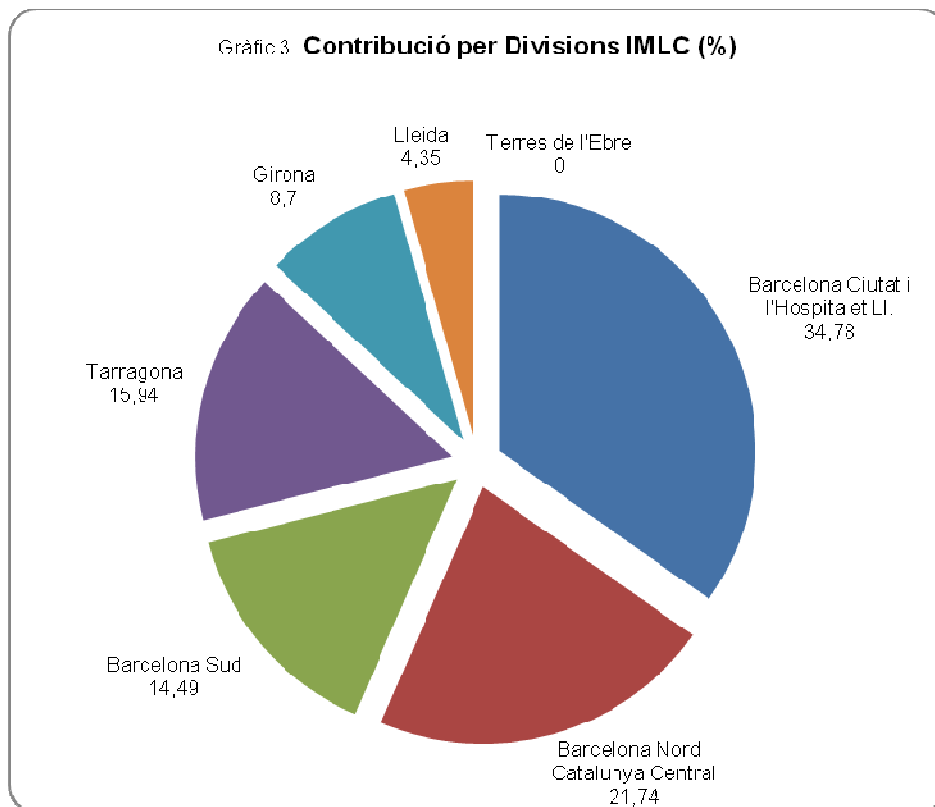
La mostra inicial estava composta per la totalitat de metges forenses en exercici a Catalunya (n = 185), distribuïts tal i com es mostra en el gràfic 1.



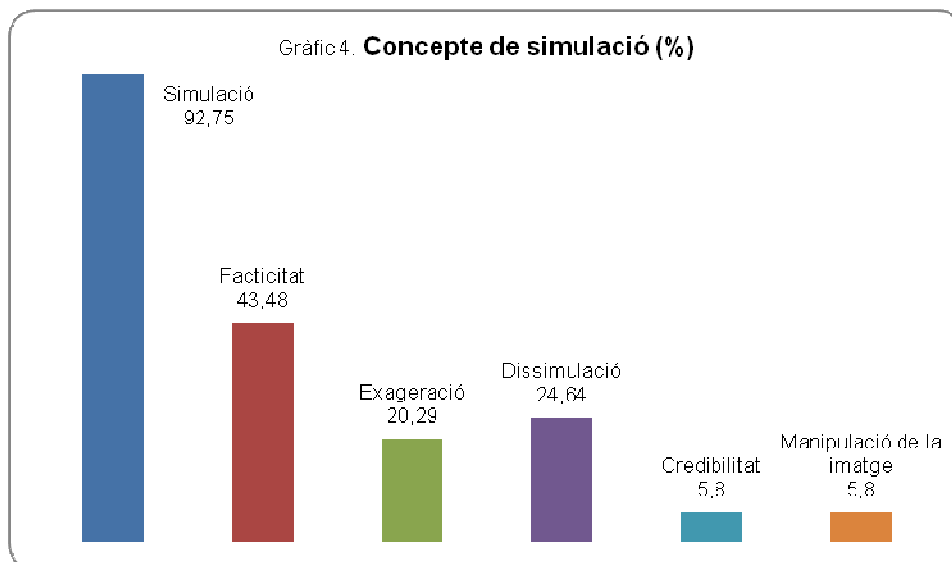
Més d'un terç d'aquesta mostra inicial va participar en l'enquesta (gràfic 2).



La participació es distribuïa territorialment tal i com es mostra en el gràfic 3.



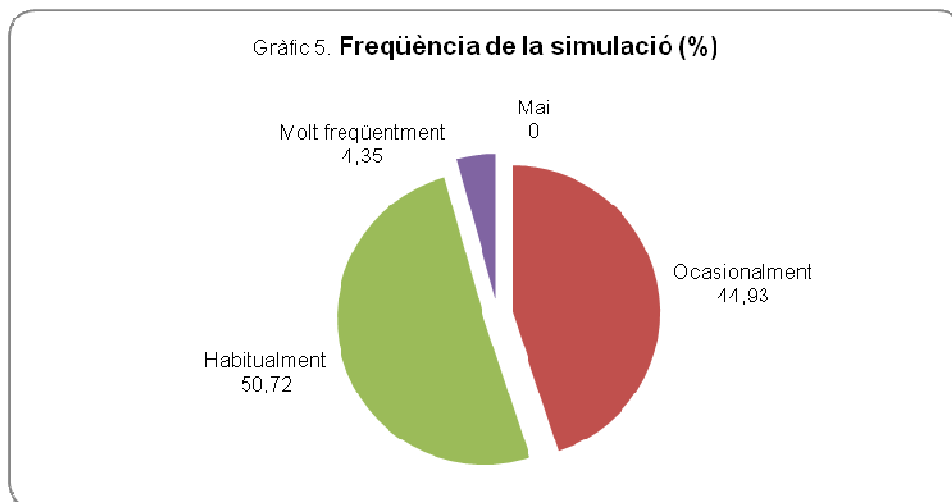
En relació amb la pregunta –de resposta múltiple– sobre què entenen els metges forenses per simulació, els resultats obtinguts s'exposen en el gràfic 4.



Gairebé la totalitat (92,75%) identifica correctament el fenomen amb la definició o descripció més comunament utilitzada (“producció intencionada de símptomes o patologies falsos o exagerats per aconseguir un incentiu extern: indemnització econòmica, eximents o atenuants de responsabilitat penal, reconeixement d’una seqüela, incapacitat o invalidesa, etc.”). Un de cada cinc participants (20,29%) equipara –de manera comprensible– simulació i el que s’entendria per exageració (“exageració, intencionada o no, de simptomatologia associada a la pròpia patologia de base”), malgrat que es diferencien *stricto sensu* pel caràcter necessàriament intencional o no de la conducta. Un 43,48% dels metges incorren en l’error d’incloure en el concepte de simulació el que pròpiament seria patologia o simptomatologia factícia (“producció intencionada de símptomes o patologies falsos o exagerats per aconseguir un incentiu intern: cura i atenció personal, comprensió social, reducció de l’ansietat, etc.”).

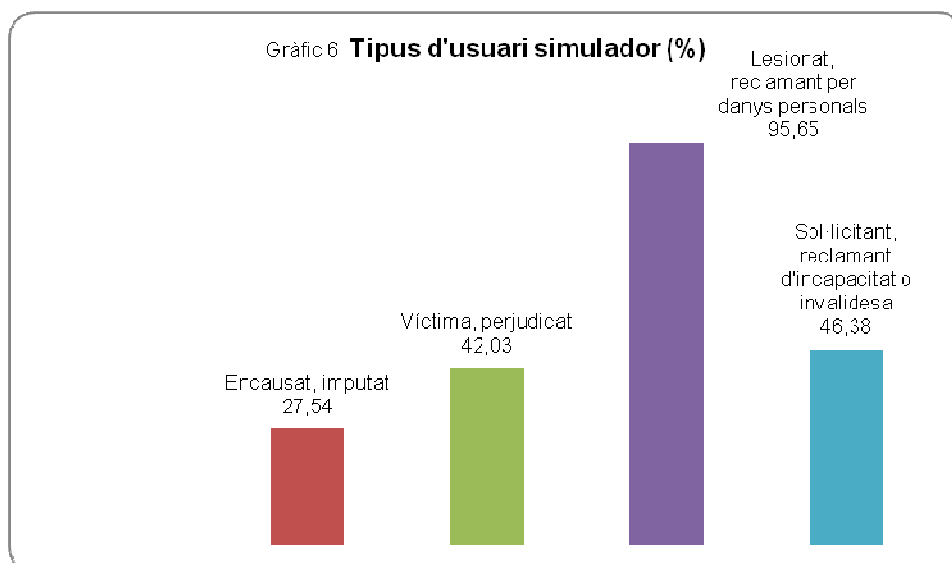
Més sorprenent resulta que gairebé una quarta part dels enquestats (24,64%) identifiqui simulació i el que seria el fenomen oposat: la dissimulació (“negació o encobriment intencionat de símptomes o patologies reals per aconseguir un objectiu extern: credibilitat del propi testimoni, modificació de mesures civils en dret de família, etc.”). Un percentatge marginal d’enquestats (5,8%) engloba en el concepte de simulació el que entendríem per credibilitat o honestat del testimoni (“pretensió d’una persona d’enganyar i mentir sobre uns fets judicials”), o bé per manipulació de la pròpia imatge (“pretensió conscient d’un subjecte d’informar, quant a característiques i circumstàncies personals, de manera poc fidel a la realitat”), supòsits aparentment propers però de característiques divergents, tali com s’ha exposat anteriorment en realitzar certes precisions terminològiques i fenomenològiques.

Pel que fa a la pregunta sobre la freqüència de presentació de la simulació en la seva pràctica diària, les proporcions apuntades pels participants s’exposen en el gràfic 5.



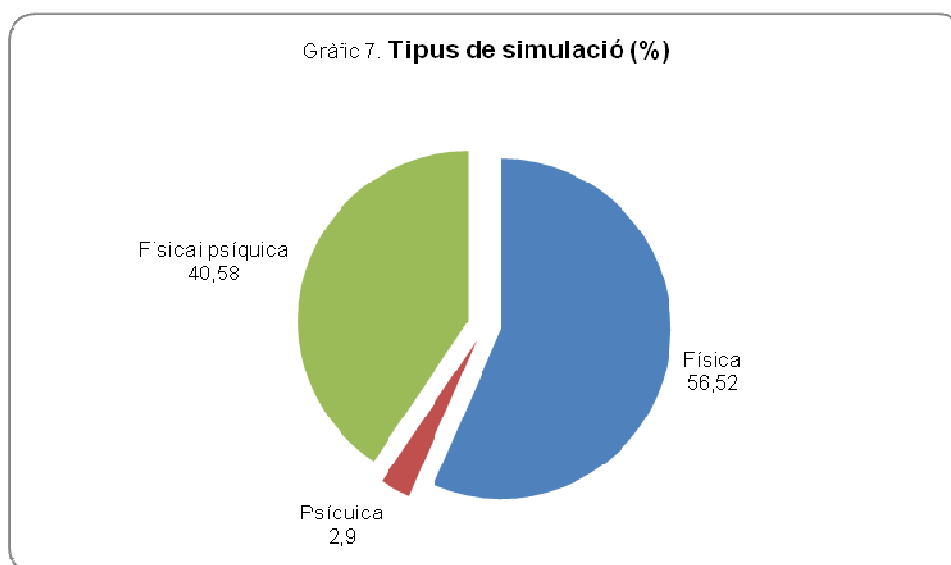
La meitat dels metges forenses enquestats (50,72%) creuen que la simulació és una manifestació habitual en la seva pràctica quotidiana; gairebé l'altra meitat (44,93%) considera que seria menys freqüent, valorant-la com a ocasional. Es fa palès que cap dels enquestats (0%) considera la simulació un fenomen inexistent en el seu àmbit professional.

Quant a la tipologia d'usuari que més freqüentment sol presentar simulació, s'obtenen els resultats que consten en el gràfic 6.



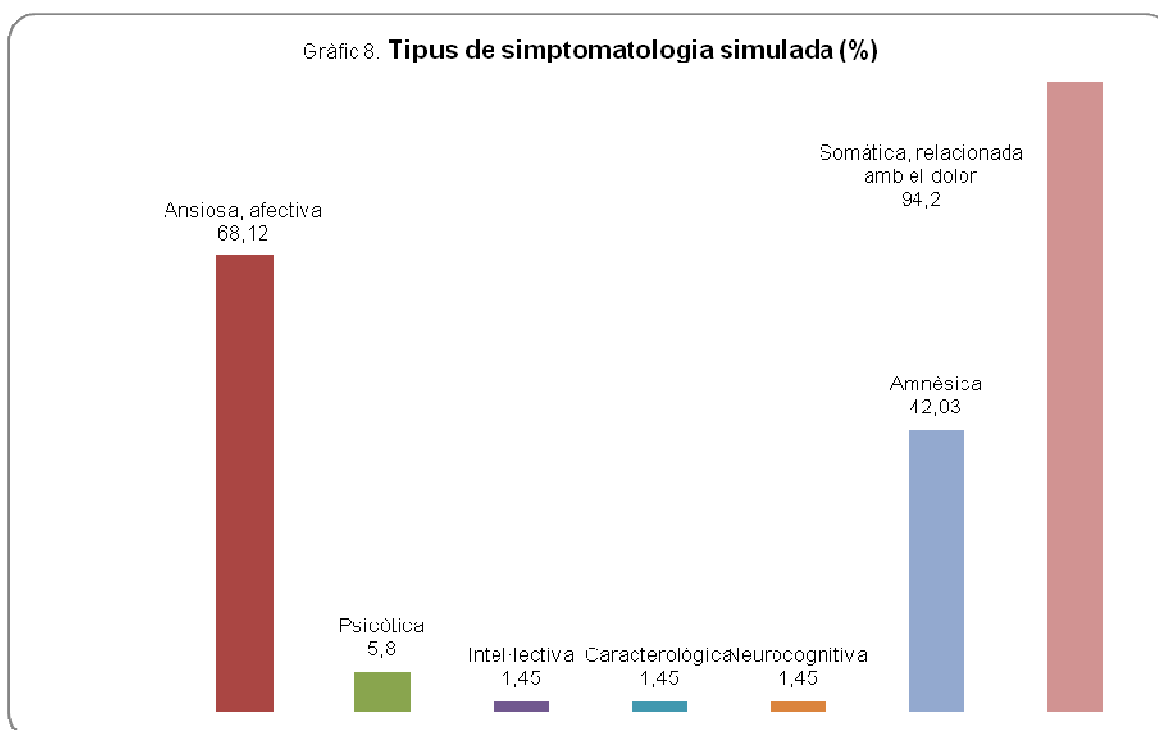
Els metges forenses enquestats identifiquen majoritàriament (95,65%) el lesionat o reclamant per danys personals –via penal o civil– com aquell usuari del servei de clínica medicoforense que amb més freqüència presenta simptomatologia simulada. A molta distància (46,38%), el sol·licitant o reclamant d'incapacitat o invalidesa –jurisdiccions social o contenciosa administrativa– també és habitualment susceptible de sospita de simulació, segons la percepció de gairebé la meitat dels participants. En l'àmbit penal, la persona víctima o perjudicada per un delicte és percebuda com més freqüentment simuladora que no pas el perpetrador del mateix (42,03% versus 27,54%), si bé en el cas de la primera és probable cert solapament amb la figura de l'usuari que és valorat per lesions i seqüeles. Els usuaris valorats en procediments civils d'incapacitació –mancats d'un incentiu o benefici extern tangible, identificable– són mínimament percebuts com sospitosos de simular (1,45%); de fet, és més freqüent que puguin presentar una actitud autoafavoridora i dissimuladora.

Preguntats els metges forenses pel tipus de simulació que més habitualment observen en el seu exercici professional, s'obtenen els percentatges de resposta descrits en el gràfic 7.



La clara preponderància de simptomatologia simulada de tipus físic (56,52%) s'explicaria per la pròpia funció i distribució de competències del metge forense, que s'orienta prioritàriament a l'avaluació de patologia mèdica física i orgànica, en detriment de la valoració de psicopatologia. Tanmateix, convindria destacar la concurrència habitual i conjunta de malaltia física i psíquica simulada (40,58%).

Entrant en el detall del tipus de simptomatologia més habitualment simulada, l'opinió dels professionals enquestats es mostra en el gràfic 8.

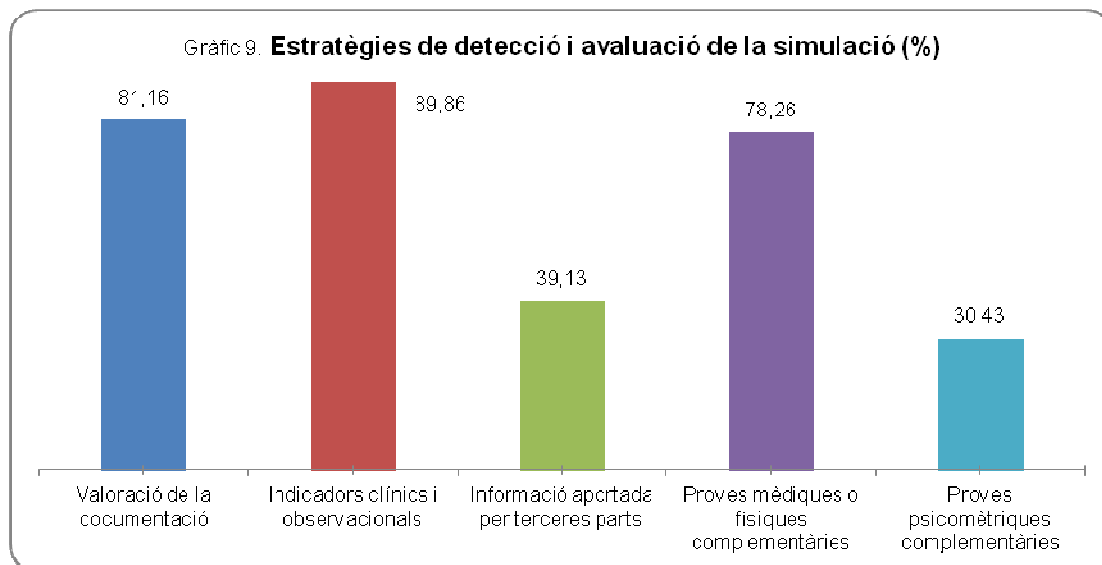


Aquests resultats, que indiquen una clara disparitat en la freqüència de presentació percebuda, polaritzada en dos grups de simptomatologia, és congruent amb allò exposat anteriorment quant a la preponderància de la simptomatologia física sobre la psíquica dintre del marc d'intervenció i les atribucions competencials del metge forense, adreçades principalment a valorar malaltia fisiològica i orgànica; estadísticament, cada professional de la medicina forense atén i valora més casos de lesió o malaltia física que no pas psíquica.

D'aquesta manera, gairebé la totalitat dels participants (94,2%) indica que la simptomatologia somàtica o relacionada amb el dolor (àlgies, fatiga, dolor crònic, etc.) és la que més freqüentment es pretén simular, seguida a certa distància (68,12%) per la simptomatologia de l'ampli espectre ansiós-afectiu (ansietat, depressió, angoixa, agorafòbia, estrès agut i posttraumàtic, etc.), presentant-se habitualment ambdues classes de símptomes de manera concomitant. En tercer lloc, percentatges lleugerament superiors al 40% de professionals enquestats creuen que la simptomatologia de tipus funcional, aquella que implica problemes psicomotrius o de mobilitat i limitacions en l'autonomia personal (descoordinació, rigidesa, dificultats per deambular, etc.), i de tipus amnèsic (dificultat o impossibilitat de recordar dades, fets, informació, etc.), és freqüentment simulada en la seva pràctica habitual.

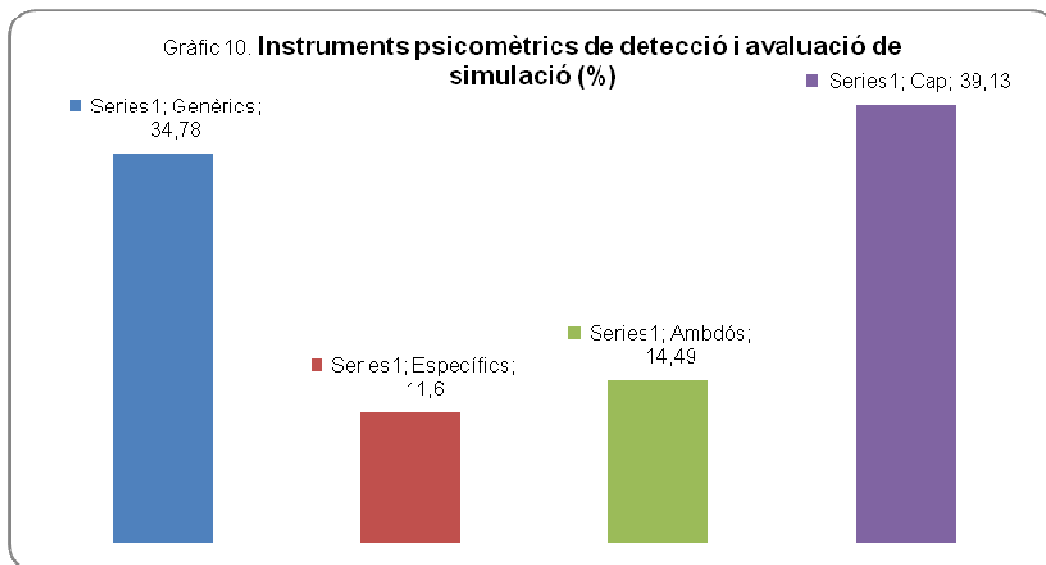
A partir d'aquí, un número molt inferior d'enquestats (entre el 5,8 i l'1,45%) creu trobar-se amb relativa freqüència simptomatologia simulada de tipus psicòtic (deliris, al·lucinacions, paranoia, etc.), intel·lectiu (falta de comprensió, dèficit intel·lectual), caracterològic (impulsivitat, irritabilitat, agressivitat, psicopatia, canvi de personalitat, etc.) i neurocognitiu (desorientació, alentiment, dificultats d'atenció i concentració, alteracions del llenguatge, etc.); intuïm que un estudi més controlat i exhaustiu podria indicar i explicar que aquestes darreres tipologies psíquiques puguin estar infravalorades.

Tocant al tipus d'estratègies i elements de valoració que els participants solen utilitzar ordinàriament per detectar i avaluar la simulació, exposem els resultats obtinguts en el gràfic 9.



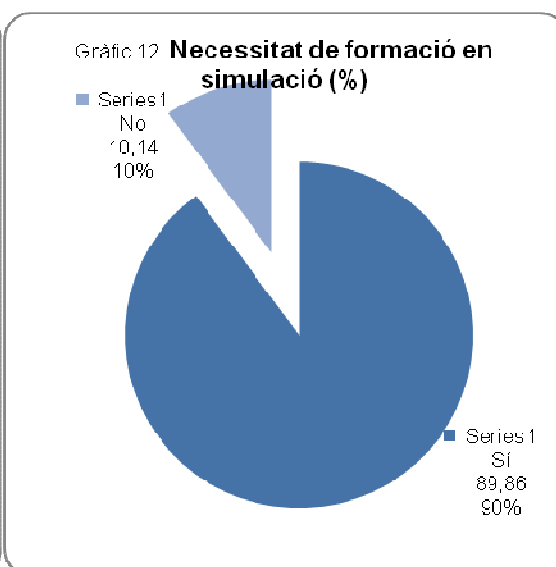
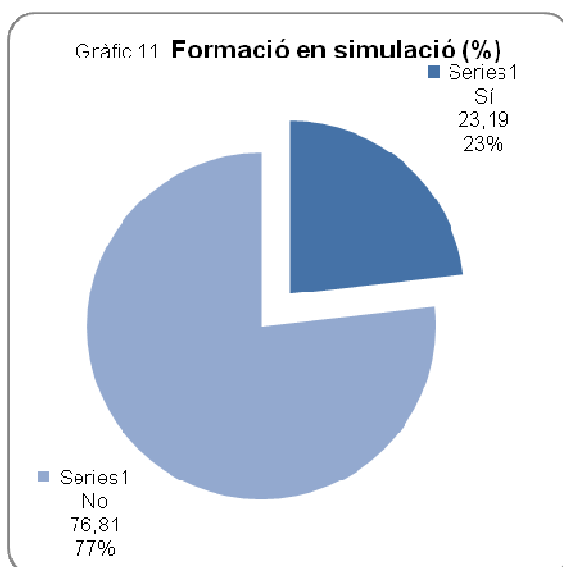
Es fa palès que els metges forenses enquestats, majoritàriament (entre el 89,86 i el 78,26%), es basen en indicadors clínics i observacionals, documentació mèdica disponible, i proves físiques complementàries per fonamentar els seus judicis de simulació. Pel contrari, la valoració de la informació aportada per terceres parts vinculades a l'usuari (familiars, altres professionals, etc.) i la pràctica de proves complementàries de tipus psicomètric són força més inusuals (entre el 39,13 i el 30,43%, respectivament).

Abundant en el grau de coneixement de proves psicomètriques aptes per detectar i avaluar exageració i simulació, s'obtenen els resultats constants en el gràfic 10.



Aproximadament el 60% dels enquestats afirmen conèixer algun instrument, ja sigui genèric (MMPI, MCMI, PAI, etc.), específic (SIMS, TOMM, etc.), o d'ambdós tipus; la resta de participants no coneixen aquesta opció tècnica.

Per últim, pel que fa a les qüestions sobre formació específica en simulació, els resultats –força previsibles i significatius– són els que s'exposen en els gràfics 11 i 12.



Es fa patent que poc menys d'un quart dels metges forenses participants ha rebut formació en simulació, i que gairebé el 90% creu que necessitaria rebre'n.

En conclusió, del nostre estudi prospectiu s'extreuen les següents observacions, les quals no es podrien extrapolar a la totalitat del cos de metges forenses catalans, atenent a la moderada representativitat de la mostra utilitzada:

1. Gairebé la totalitat de professionals identificaria correctament el concepte i el fenomen de la simulació. No obstant, seria convenient fer èmfasi en la diferència respecte a fenòmens afins com la facticitat o la dissimulació.
2. La meitat de professionals percebria la simulació com habitual en la seva pràctica quotidiana; una proporció lleument inferior la percebria com ocasional.
3. Gairebé la totalitat de professionals percebria clarament l'usuari que és atès per valoració de lesions, seqüeles o danys personals com el més propens a presentar simulació.
4. Gairebé la totalitat de professionals es trobaria en el seu exercici habitual amb patologia simulada de tipus físic, o bé físic i psíquic simultàniament.
5. La simptomatologia que més freqüentment detectarien els professionals seria somàtica i àlgica, ansiosa i afectiva, funcional i motriu, i amnèsica.
6. Una gran majoria de professionals es basaria en indicadors clínics i observacionals, documentació mèdica aportada i proves físiques complementàries per valorar la possibilitat de simulació.
7. Sis de cada deu professionals coneixerien instruments psicomètrics (genèrics i específics) que permeten valorar exageració i simulació de símptomes.
8. Un de cada quatre professionals s'hauria format en simulació, i una majoria molt significativa percebria que necessita rebre formació en la matèria.

Proposta de protocol

Protocol IMLC de valoració de la simulació psíquica

Tipus d'usuari:

- Encausat
- Víctima
- Lesionat
- Demandant via social
- Demandant via contenciosa administrativa

Nivell educatiu:

- Sense estudis formals / Analfabet
- Estudis primaris no finalitzats (Certificat escolar; ESO, FP 1r grau no finalitzats)
- Estudis primaris (Graduat escolar, ESO, FP I; batxillerat o COU no finalitzats)
- Estudis secundaris (batxillerat, COU, FP 2n grau; universitaris no finalitzats)
- Estudis superiors (universitaris)

Psicopatologia diagnosticada (DSM / CIM):

- Sense patologia
- Trastorn d'ansietat: _____
- Trastorn de l'estat d'ànim: _____
- Trastorn adaptatiu: _____
- Trastorn somatomorf: _____
- Trastorn dissociatiu: _____
- Trastorn factici: _____
- Trastorn psicòtic: _____
- Trastorn de la personalitat: _____
- Retard mental: _____
- Capacitat intel·lectual límit

Trastorn cognoscitiu: _____

Malaltia física/orgànica:

No

Sí _____

Documentació clínica:

Absència aparent de base orgànica

Seguiment irregular i/o baixa adherència al tractament prescrit

Excessiva durada del tractament, en funció del pronòstic clínic

Escassa resposta al tractament, evolució tòrpida i/o recaigudes freqüents

Dades discrepants entre proves o informes

Sospita prèvia de simulació

Indicadors clínics i observacionals:

Existència d'incentiu extern

Discurs circular i reiteratiu, altament queixós i reclamant

Incongruència entre patologia coneguda i simptomatologia manifestada

Exageració de freqüència, durada o intensitat dels símptomes referits

Simptomatologia poc específica i/o molt heterogènia i diversa

Proves psicomètriques genèriques:

MCMI-III: PREV escala X > 75

MCMI-III: PREV escala Z ≥ 75

MCMI-III: PREV escala Y < 35

MMPI-2: PT escala L < 50

MMPI-2: PT escala F ≥ 80

- MMPI-2: PT escala Fb ≥ 90
- MMPI-2: índex F-K > 16
- MMPI-2: PT escala Fp > 100
- MMPI-2: PD escala FBS ≥ 25 (homes) / ≥ 30 (dones)

- MMPI-2-RF: PT escala F-r ≥ 80
- MMPI-2-RF: PT escala Fp-r > 80
- MMPI-2-RF: PT escala Fs ≥ 80
- MMPI-2-RF: PT escala FBS-r ≥ 80
- MMPI-2-RF: PT escala RBS ≥ 80

- PAI: PT escala IMN ≥ 92
- PAI: PT índex SIM ≥ 94
- PAI: PD índex FDR $> 0,50$

Proves psicomètriques específiques:

- M-FAST v.IMLC: puntuació total ≥ 6
- SIMS: puntuació total > 16
- SIRS-2: PD total RS > 4
- SIRS-2: PD índex MT > 45

Avaluació neuropsicològica:

- TOMM: PD < 25 en qualsevol assaig
- TOMM: PD < 45 en assaig 2 o retenció
- Altres proves: _____

- Indicadors clínics:
 - Puntuacions en reconeixement inferiors a puntuacions de record

- Puntuacions en atenció i concentració inferiors a puntuacions en memòria
- Incongruència entre errors en ítems fàcils i encerts en ítems difícils
- Respostes immediates i freqüents de desconeixement o falta de record
- Discrepància entre puntuacions de proves que avaluen processos similars
- Respostes incorrectes però aproximades a la resposta correcta
- Dèficit marcat en tasques de record diferit
- Patró de deteriorament inconsistent en relació amb l'evidència física

Valoració:

- Simulació possible
- Simulació probable
- Simulació definitiva

Referències bibliogràfiques

- American Psychiatric Association (APA, 2009). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bass, Ch. i Halligan, P.W. (2007). *Illness related deception: psychiatric or social problem?*. Journal of the Royal Society of Medicine, 100 (pp. 81-84).
- Ben-Porath, Y.S. i Tellegen, A. (adaptació espanyola: Santamaría, P.) (2009). *MMPI-2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Berry, D.T.R., i Nelson, N.W. (2010). *DSM-5 and malingering: A modest proposal*. Psychological Injury and Law, 3 (DOI 10.1007/s12207-010-9087-7).
- Brown, L., Sherbenou, R.J. i Johnsen, S.K. (adaptació espanyola: De la Cruz, M^a.V.) (2000). *TONI-2. Test de Inteligencia No Verbal*. Madrid: TEA Ediciones.
- Capilla, P., González Ordi, H. i Santamaría, P. (2009). *Tasas de prevalencia de simulación: un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos*. IX Congreso Nacional de la SETLA, Barcelona (comunicación).
- Collie, Sir J. (1917). *Malingering and feigned sickness, 2nd ed*. Londres: Edward Arnold.
- DeClue, G. (2002). *Feigning ≠ malingering: A case study*. Behavioral Sciences and the Law, 20 (pp. 717-726).
- Derogatis, L.R. (adaptació espanyola: González de Rivera, J.L. i cols.) (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Capilla, P., i Santamaría, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación: un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hathaway, S.R. i McKinley, J.C. (adaptació espanyola: Ávila, A. i Jiménez Gómez, F.) (2000). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kaufman, A.S. i Kaufman, N.L. (adaptació espanyola: Cordera, A. i Calonge, I.) (2002). *K-BIT. Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Madrid: TEA Ediciones.

- Kincannon, J.C. (1968). *Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32 (pp. 319-325).
- Kropp, P.R. i Rogers, R. (1993). *Understanding malingering: Motivation, method, and detection*. En Lewis, M. i Saarni, C. (eds.). *Lying and deception in everyday life* (pp. 201-216). Nova York: The Guilford Press.
- Miller, H.A. (2001). *M-FAST. Miller Forensic Assessment of Symptoms Test. Professional manual*. Lutz (Fl., EUA): Psychological Assessment Resources.
- Millon, Th., Davis, R. i Millon, C. (adaptació espanyola: Cardenal, V., i Sánchez López, M^a. P.) (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M. i Condit, D.C. (2002). *Base rates of malingering and symptom exaggeration*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24 (pp. 1094-1102).
- Morey, L.C. (adaptació espanyola: Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. i Sánchez López, M^a. P.) (2011). *PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Organització Mundial de la Salut (OMS, 1992). *Classificació Internacional de les Malalties, 10a revisió (CIE-10): trastorns mentals i del comportament*. Madrid: Meditor (2006, versió en espanyol).
- Raven, J.C., Court, J.H. i Raven, J. (adaptació espanyola: Seisdedos, N.) (2001). *Raven. Matrices Progresivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rogers, R. (ed.) (2008). *Clinical assessment of malingering and deception, 3rd ed*. Nova York: The Guilford Press.
- Rogers, R., Sewell, K.W., i Gillard, N.D. (2010). *SIRS-2. Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd ed. Professional manual*. Lutz (Fl., EUA): Psychological Assessment Resources.
- Tombaugh, T.N. (adaptació espanyola: Vilar, R., Pérez García, M., i Puente, A.E.) (2011). *TOMM. Test de Simulación de Problemas de Memoria. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

- Vilar, R., i Aliaga, Á. (2011). *La evaluación de la simulación*. En Jarne, A., i Aliaga, Á. (comps.). *Manual de Neuropsicología Forense: de la clínica a los tribunales* (pp. 261-303). Barcelona: Herder Editorial.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS-III. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III*. Madrid: TEA Ediciones (adaptació espanyola).
- Widows, M.R., i Smith, G.P. (adaptació espanyola: González Ordi, H., i Santamaría, P.) (2009). *SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Bibliografia bàsica

- Boone, K.B. (ed.) (2007). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective*. Nova York: The Guilford Press.
- Boone, K.B. (2011). *Somatomorf disorders, factitious disorder, and malingering*. En Schoenberg, M.R., i Scott, J.G. (eds.). *The little black book of Neuropsychology: A syndrome-based approach*. Nova York: Springer Publishing Co.
- Bryant, R.A. (2003). *Assessing individuals for compensation*. En Carson, D., i Bull, R. (eds.). *Handbook of Psychology in legal contexts, 2nd ed.* (pp. 89-107). Chichester (West Sussex, Anglaterra): Jon Wiley & Sons.
- Bush, S.S., i Iverson, G.L. (eds.) (2011). *Neuropsychological assessment of work-related injuries*. Nova York: The Guilford Press.
- Carone, D.A., i Bush, S.S. (eds.) (2013). *Mild traumatic brain injury: Symptom validity assessment and malingering*. Nova York: Springer Publishing Co.
- Christianson, S.Å., i Merckelbach, H. (2004). *Crime-related amnesia as a form of deception*. En Granhag, P.A., i Strömwall, L.A. (eds.). *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 195-227). Cambridge: Cambridge University Press.

- González Ordi, H., Capilla, P., i Santamaría, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación: un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hall, H.V., i Poirier, J.G. (2001). *Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis, 2nd ed.* Boca Raton (Florida, EUA): CRC Press.
- Halligan, P.W., Bass, Ch., i Oakley, D.A. (eds.) (2003). *Malingering and illness deception*. Nova York: Oxford University Press.
- Heilbrun, K. (2002). *Assessing response style*. En *Principles of Forensic Mental Health* (pp. 165-188). Nova York: Kluwer Academic Publishers.
- Hutchinson, G.L. (2001). *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*. Madison (Conn., EUA): PsychoSocial Press.
- Iverson, G.L. (2003). *Detecting malingering in civil forensic evaluations*. En Horton, Jr., A.M., i Hartlage, L.C. (eds.). *Handbook of Forensic Neuropsychology* (pp. 137-177). Nova York: Springer Publishing Co.
- Iverson, G.L. (2010). *Detecting exaggeration, poor effort, and malingering in Neuropsychology*. En Horton, Jr., A.M., i Hartlage, L.C. (eds.). *The handbook of Forensic Neuropsychology, 2nd ed.* (pp. 91-135). Nova York: Springer Publishing Co.
- Larrabee, G.J. (ed.) (2007). *Assessment of malingered neuropsychological deficits*. Nova York: Oxford University Press.
- Morgan, J.E., i Sweet, J.J. (eds.) (2009). *Neuropsychology of malingering casebook*. Nova York: Psychology Press.
- Reynolds, C.R., i Horton, Jr., A.M. (eds.) (2012). *Detection of malingering during head injury litigation, 2nd ed.* Nova York: Springer Publishing Co.
- Rogers, R. (ed.) (2008). *Clinical assessment of malingering and deception, 3rd ed.* Nova York: The Guilford Press.
- Strauss, E., Sherman, E.M.S., i Spreen, O. (2006). *Assessment of response bias and suboptimal performance*. En *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary, 3rd ed.* (pp. 1145-1188). Nova York: Oxford University Press.