

ESTIMACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EXAGERACIÓN DE SÍNTOMAS EN ESPAÑA

[FREQUENCY ESTIMATES OF SYMPTOM FEIGNING IN SPAIN]

**Esteban Puente-López¹, Paula Rambaud¹, David Pina^{1a}, José Antonio Ruiz-
Hernández¹, Thomas Merten².**

¹ Universidad de Murcia, España.

² Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Berlin.

Resumen

Un área de estudio de especial interés en el campo de la exageración de síntomas es conocer a qué escala ocurre y qué la motiva. El objetivo principal de este estudio es evaluar la percepción sobre la exageración de síntomas tanto de la población general, como de los/as profesionales que trabajan en la temática. Se utilizó un diseño de encuestas para evaluar a 440 participantes divididos en tres grupos: población general, estudiantes y psicólogos/as forenses. Nuestros hallazgos indican que la gran mayoría (67.7%) conocían una o más personas que habían fingido, o fingían síntomas o una enfermedad, y un aproximadamente tercio (30.6%) había fingido síntomas o una enfermedad. Los síntomas percibidos como más fingidos fueron los depresivos, el dolor cervical y las migrañas, y los principales motivos para fingir fueron la obtención de una baja laboral, o beneficios públicos/privados, como una compensación económica. Por otro lado, los/as profesionales de la psicología exponen que se enfrentan habitualmente al riesgo de exageración de síntomas y la gran mayoría considera que sería recomendable desarrollar más instrumentos y metodologías cuya finalidad sea evaluar

^a Correspondencia/correspondence: david.pina@um.es

con eficacia la citada exageración de síntomas. Los resultados se discuten en función de las características de los grupos y qué implicación tienen para el avance de la disciplina en nuestro país.

Palabras clave: Exageración de síntomas; simulación; engaño; presentación de la enfermedad; prevalencia

Abstract

An area of special interest in the field of symptom exaggeration is to know on what scale it occurs and what motivates it. The main objective of this study is to evaluate the perception of symptom exaggeration both in the general population and in professionals working in the field. A survey design was used to evaluate 440 participants divided into three groups: general population, students and forensic psychologists. Our findings indicate that the vast majority (67.7%) knew one or more people who had feigned, or feign symptoms or an illness, and approximately one third (30.6%) had feigned symptoms or an illness. The symptoms perceived as most feigned were depressive symptoms, neck pain and migraines, and the main reasons for feigning were to obtain sick leave, or public/private benefits, such as financial compensation. On the other hand, psychology professionals state that they regularly face the risk of symptom exaggeration and the vast majority consider that it would be advisable to develop more instruments and methodologies aimed at effectively assessing feigning. The results are discussed according to the characteristics of the groups and their implications for the advancement of the discipline in our country.

Keywords: Feigning; malingering; deception; illness presentation; prevalence

Introducción

Las evaluaciones realizadas tanto en el contexto clínico como en el forense dependen en gran medida de la presentación que las personas valoradas realicen de la presunta condición padecida, de su apertura y precisión al responder, y de su predisposición a realizar un esfuerzo sincero y continuado (Merckelbach, Dandachi-FitzGerald, van Helvoort, Jellicic y Otgaar, 2019). El/la profesional debe considerar en todo momento que existe la posibilidad de que los pacientes no ofrezcan una presentación de síntomas honesta, influidos por metas o motivos ajenos al diagnóstico o la condición padecida (Merten y Merckelbach, 2020). En el contexto clínico, la persona evaluada puede obtener un beneficio por adquirir el status o rol de paciente, o ventajas asociadas a padecer una enfermedad, mientras que, en el contexto forense, es posible adquirir determinados beneficios legales o financieros, como la disminución de la responsabilidad penal o una compensación económica por daños o discapacidad.

Por este motivo, como indican Dandachi-FitzGerald, Merckelbach, Bošković y Jellicic (2020) y Santamaría, Capilla Ramírez y González Ordí (2013), la investigación a nivel internacional en la temática ha vivido un desarrollo importante, especialmente en el campo de la neuropsicología, y a día de hoy existen múltiples metodologías e instrumentos con una amplia evidencia empírica a sus espaldas. En España en particular, Merten *et al.* (2013) ofrecen una visión optimista del estado de la disciplina en nuestro país, aunque señalan la necesidad de realizar más esfuerzos en investigación y en educación para poder establecer protocolos y prácticas sólidas tanto para los investigadores como para los profesionales. Un área de estudio de especial interés en la temática es conocer en qué escala ocurre la percepción distorsionada de síntomas y qué la motiva (Santamaría *et al.*, 2013). Recientemente, Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020) realizaron un estudio que perseguía dicha finalidad, aplicando una encuesta diseñada

con el método nominativo (se pregunta a los participantes por el comportamiento de terceras personas), denominada “Diez preguntas sobre fingimiento” (“*Ten Questions About Feigning*”, TQAF), la cual presenta la ventaja de “que permite una serie de preguntas de seguimiento (por ejemplo, “¿por qué fingía esta persona?”) y, de esta manera, se puede recopilar información que complementa los hallazgos de los estudios que emplean instrumentos psicométricos y las encuestas entre expertos” (pp. 226-227 traducido al español). Dada la utilidad que tiene para el avance de la disciplina estudios como el de los anteriores autores, además del hecho de que en nuestro país solo se ha realizado, hasta la fecha, un estudio similar (ver Santamaría *et al.*, 2013), consideramos de interés replicar la investigación de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020). Por este motivo, el objetivo principal que se persigue con el presente estudio es evaluar la percepción sobre el fingimiento de síntomas tanto de la población general, como de los/as profesionales que trabajan en la temática. De manera adicional, se plantea como objetivo secundario analizar la visión de los citados profesionales sobre los métodos que tienen a su disposición para evaluar el riesgo de fingimiento y simulación.

Método

Muestra

La muestra total consistió en 440 participantes, de los cuales 289 eran mujeres (65.68%) y 151 hombres (34.31%). Dicho total se compuso mediante diversas submuestras, entre las que se incluyen estudiantes de la Universidad de Murcia ($n = 210$; edad media = 24.17, $DT = 4.17$), población general ($n = 190$; edad media = 31.45, $DT = 10.81$) y psicólogos/as forenses de práctica privada ($n = 40$, edad media = 32.43, $DT = 13.27$).

Procedimiento

Se utilizó un diseño de encuestas. Los participantes se incluyeron mediante muestreo por conveniencia, utilizándose para la población general un muestreo no probabilístico por bola de nieve. Todas las encuestas fueron cumplimentadas online. El procedimiento seguido se dividió en dos bloques. En el primer bloque se contactó con los estudiantes de la Universidad de Murcia mediante el sistema UMUencuestas. El citado grupo recibía un correo electrónico en el que se explicaba la finalidad del estudio y se le invitaba a participar. Una vez cumplimentados todos los ítems, y con la finalidad de formar el grupo de población general, se le solicitaba que remitiera el enlace que se proporcionaba a alguna persona conocida que no fuera estudiante. En el segundo bloque se contactó con los/as profesionales de la psicología forense. Para ello, uno de los autores realizó una búsqueda de los/as expertos/as recomendados desde las páginas web de las universidades españolas y los colegios oficiales de psicólogos. De la misma forma se realizó una búsqueda adicional desde Google, utilizando los términos “psicólogo forense España” y “psicólogo forense (comunidad autónoma)”.

Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron dos encuestas diseñadas^b a partir del modelo “Ten Questions About Feigning” (TQAF) de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020). La primera, utilizada con población general y estudiantes, es una adaptación al castellano de la TQAF compuesta por 10 preguntas, 7 cerradas con múltiples opciones de respuesta y 3 abiertas. La segunda encuesta, utilizada con los/as profesionales de la psicología, estaba compuesta por 17 preguntas, las 10 de la TQAF original y 7 adicionales preparadas para la población a la que iba dirigida, basadas en la publicación

^b Disponibles por petición al autor de correspondencia

de Santamaría *et al.* (2013), de las cuales 5 eran cerradas con múltiples opciones de respuesta y 2 abiertas. Se solicitó permiso expreso de los autores del estudio de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020) para utilizar la TQAF.

Resultados

Estimación de la prevalencia

De los 440 participantes, 298 (67.7%) indicaron que conocían una o más personas que habían fingido, o fingían en la actualidad síntomas o una enfermedad. De dicho total, 40 (13.42% respecto a $n = 298$, 100% del n total del grupo) pertenecían al grupo de psicólogos/as forenses, 167 al grupo de población general (56%, 87.8%) y los 91 restantes al de estudiantes (30.5%, 43.3%). De los 440 participantes, 135 (30.6%) indicaron que ellos mismos habían fingido síntomas o una enfermedad, de los cuales 92 (68.14% respecto a $n = 135$, 48.4% del n total del grupo) pertenecían al grupo de población general, 41 (30.3%, 19.5%) al de estudiantes y 2 (1.4%, 5%) al de psicólogos/as forenses. En total, de los 298 participantes que conocían una o más personas que habían fingido, o fingían en la actualidad síntomas o una enfermedad, 166 (55.7%) indicaron que lo sabían porque la persona en concreto se lo había dicho, 74 (24.8%) porque otra persona se lo dijo, 51 (17.1%) porque su intuición se lo dijo y 7 (2.3%) porque los síntomas o la enfermedad no eran creíbles.

Síntomas fingidos y motivos

En la Tabla 1 se muestran los cinco resultados mencionados con más frecuencia, divididos en los tres grupos indicados con anterioridad. En el grupo de población general la sintomatología depresiva ha resultado ser la más frecuente (37.1% respecto al grupo), seguida del daño en el área cervical (20.9%). En lo referido al grupo

de estudiantes, las migrañas/dolor de cabeza (31.8%) y sintomatología depresiva (24.1%) han sido las más mencionadas por los participantes. Finalmente, el daño cervical (35%) y la sintomatología depresiva (20%) han sido las más citadas en el grupo de profesionales de la psicología. Tomando en consideración los resultados de todos los grupos, los síntomas más frecuentes son: sintomatología depresiva (32.8% respecto a $n = 298$), seguido de daño cervical (18.7%, 12.7%).

Tabla 1. Cinco síntomas fingidos más frecuentes de cada grupo.

Grupo	N	% de $n = 440$	95% IC	% respecto grupo
<i>Población general</i>	167	39.9%		
Sintomatología depresiva	62	14.0%	10-17%	37.1%
Daño cervical	35	7.9%	5-10%	20.9%
Dolor (general)	20	4.5%	2-6%	11.9%
Daño lumbar	19	4.3%	2-6%	11.3%
Ansiedad	14	3.1%	1-5%	8.38 %
<i>Estudiantes</i>	91	20.6%		
Migrañas/Dolor de cabeza	29	6.5%	4-9%	31.8%
Sintomatología depresiva	22	5.0%	3-7%	24.1%
Ansiedad	10	2.7%	1-4%	10.9%
Daño cervical	7	1.5%	0.6-3%	7.6%
Dolor (general)	6	1.3%	0.5-3%	6.5%
<i>Psicólogos/as</i>	40	9.0%		
Daño cervical	14	3.1%	1-5%	35.0%
Sintomatología depresiva	8	1.8%	0.7-3%	20.0%
Migrañas/Dolor de cabeza	7	1.5%	0.6-3%	17.5%
Ansiedad	5	1.1%	0.3-2%	12.5%
Problemas de memoria	4	0.9%	0.2-2%	10.0%

Notas: IC = Intervalo de confianza.

En lo relativo a la motivación para fingir síntomas o una enfermedad, en la Tabla 2 se muestran los 3 tres principales resultados para cada grupo. En el grupo de población general y estudiantes, la baja del trabajo o del colegio ha sido la más señalada (35.32% y 40.65% respectivamente), mientras que en el de psicólogos/as ha sido la obtención de beneficios en la seguridad (62.5%). Tomando en consideración los resultados de todos los grupos el motivo más frecuente para fingir es para la obtención de una baja del trabajo o del colegio (33.55% respecto a $n = 298$).

Tabla 2. Tres motivos para fingir más frecuentes de cada grupo.

Grupo	N	% de $n = 440$	95% CI	% respecto grupo
<i>Población general</i>	167	39.9%		
Baja del trabajo o del colegio.	59	13.4%	10-16%	35.3%
Beneficios en la seguridad social.	45	10.2%	7-13%	26.9%
Dinero por enfermedad o discapacidad proporcionado por una compañía médica privada.	33	7.5%	5-10%	19.7%
<i>Estudiantes</i>	91	20.6%		
Baja del trabajo o del colegio.	37	8.4%	5-11%	40.6%
Una extensión de vacaciones/días extra del trabajo.	25	5.6%	3-8%	27.4%
Dinero por enfermedad o discapacidad proporcionado por una compañía médica privada.	11	2.5%	1-4%	12.0%
<i>Psicólogos/as</i>	40	9.0%		
Beneficios en la seguridad social.	25	5.6%	3-8%	62.5%
Dinero por enfermedad o discapacidad proporcionado por una compañía médica privada.	5	1.1%	0.3-2%	12.5%
Baja del trabajo o del colegio	4	0.9%	0.2-2%	10.0%

Notas: IC = Intervalo de confianza.

Síntomas que fingirían los participantes y motivos

Se les preguntó a los participantes qué síntomas o enfermedades elegirían fingir en el caso de que tuvieran la necesidad, y por qué motivo hacían dicha selección. Los participantes indicaron una amplia variedad de sintomatología, siendo el dolor de cabeza o las migrañas el más frecuente, con un total de 163 (37.04% respecto a $n = 440$) participantes afirmando que fingirían dicha sintomatología. Si se incluyen otras condiciones, como el dolor de barriga (9.72%) o resfriados/gripes (8.40%), el total de personas que afirman que fingirían sintomatología común asciende al 55.16%. El dolor es la siguiente sintomatología más elegida por los participantes, con un 31.78%, dividiéndose dicha cifra en un 13.50% dolor cervical, 11.26% dolor en general y 7.02% dolor de tipo lumbar. En lo relativo a los motivos, donde los participantes podían elegir más de una respuesta, la gran mayoría indicó que porque era fácil de fingir (69.5%), seguido de un 35% que señala haber padecido previamente su elección, y un 28.8% que afirmaba conocer a alguien que la había padecido.

A los participantes también se les preguntó sobre qué síntomas o enfermedades evitarían fingir. Prácticamente la mitad (57%) señaló cáncer, seguido de enfermedades/daños con posible evidencia física (25%), como una lesión ósea, siendo su principal motivo que era moralmente inaceptable (67%), que era difícil de fingir (57%) y que la probabilidad de detección era muy alta (45%).

La experiencia de los/as psicólogos/as forenses

Para el grupo de profesionales de la psicología forense, se incluyeron siete preguntas adicionales sobre su experiencia con la temática tratada. En la Tabla 3 se ofrece una síntesis de los principales resultados obtenidos en las citadas preguntas.

Tabla 3. Experiencia de los/as psicólogos/as en la temática

	N	% de n = 40
<i>11. Riesgo de fingimiento/simulación en su ejercicio profesional diario – estimación anual</i>		
Frecuencia elevada (superior al 40%)	11	27.5%
Frecuencia moderada (entre un 20% y un 40% de sus casos)	24	60.0%
Frecuencia inferior al 20% de los casos.	5	12.0%
<i>12. Síntomas o enfermedades más fingidas por pacientes/clientes</i>		
Sintomatología depresiva	22	55.0%
Problemas de memoria	8	20.0%
Ansiedad en general	5	12.5%
Estrés postraumático	4	10.0%
Síntomas de corte psicótico	1	2.5%
<i>13. Motivos más comunes de sus pacientes para fingir</i>		
Baja del trabajo o del colegio.	15	40.0%
Beneficios en la seguridad social	13	32.5%
Ganar u obtener beneficios en un procedimiento legal	7	17.5%
Dinero por enfermedad o discapacidad proporcionado por una compañía médica privada	2	5.0%
Para recibir atención de otros	2	5.0%
Para excusar un fallo o fracaso	1	2.5%
<i>14. Método/os empleado/os para la detección del riesgo de fingimiento/simulación – posibilidad de elegir más de una respuesta</i>		
Instrumentos psicométricos de cribado para evaluar simulación	32	80.0%
Instrumentos psicométricos de diagnóstico que incluyen medidas de control de la respuesta	25	62.5%
Experiencia profesional complementaria al uso de instrumentos especializados	17	42.5%
Entrevistas preparadas para la detección de la simulación	12	30.0%
<i>15. Datos que hacen sospechar de la existencia de riesgo de fingimiento/simulación</i>		
Incoherencia entre la presentación clínica y los resultados	32	80.0%
Expresión de síntomas desproporcionada o magnificada	29	72.5%
Hostilidad, ausencia de colaboración, actitud defensiva	21	52.5%
Obtención de un beneficio externo o interno	20	50.0%
Presentación excesivamente detallada	18	45.0%
Falta de respuesta al tratamiento	12	30.0%

<i>Suficiencia de medios para evaluar el riesgo de fingimiento/simulación (pregunta 16).</i>		
Dispongo de medios para detectarla, pero no creo que sean suficientes para detectarla con un nivel de seguridad apropiado	25	62.5%
Dispongo de pocos medios para detectarla con seguridad	8	20%
Dispongo de suficientes medios para detectarla con seguridad	7	17.5%
<i>¿Resultaría de interés desarrollar nuevos métodos, técnicas o instrumentos para evaluar el riesgo de fingimiento/simulación? (pregunta 17).</i>		
Sí, creo que sería necesario para mi disciplina	33	82.5%
No, es suficiente con los recursos disponibles	7	17.5%

Discusión

Consideramos que este trabajo resulta de especial interés ya que, hasta la fecha, solo se ha podido localizar un estudio similar en territorio español (ver Santamaría *et al.*, 2013) y, debido a la gran importancia del área de investigación, creemos que obtener una visión actualizada tanto de la percepción de la población general, como de lo/as psicólogos/as, puede ser de utilidad para el desarrollo de la disciplina en nuestro país. Los hallazgos obtenidos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

En primer lugar, nuestros resultados indican que dos tercios de los participantes afirman conocer a una o más personas que habían fingido, o fingen en la actualidad, síntomas o una enfermedad, y un tercio ha señalado que ellos mismos han fingido síntomas o una enfermedad en algún momento de su vida. Estos resultados son coherentes con investigaciones realizadas con anterioridad, como la de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020), donde en una muestra de 404 personas encontraron que un 59% conocían a una persona que fingía o había fingido síntomas, y un 34% admitía haber fingido síntomas, la de Merten y Giger (2018), donde se observó que, en una muestra de 39 personas, un 41% afirmó haber simulado síntomas en el pasado, o el de Schlicht y Merten (2014), un primer estudio piloto realizado en una pequeña muestra de participantes alemanes, en la cual el 73% declaró haber fingido ellos mismos síntomas,

o tener conocimiento de personas de su entorno personal o profesional que los habían fingido en el pasado.

En segundo lugar, las tres condiciones percibidas como más simuladas son la sintomatología depresiva, el daño cervical y las migrañas o dolores de cabeza. Al observar estos resultados en cada uno de los grupos, puede apreciarse que las dichas condiciones son prácticamente las mismas, salvo que el orden varía, siendo la sintomatología depresiva la más indicada por la población general, las migrañas/dolores de cabeza por los/as estudiantes y el daño cervical por los/as profesionales de la psicología forense. Este último hallazgo es coherente con el mencionado estudio en población española de Santamaría *et al.* (2013), los cuales observaron que, en una muestra de 161 médicos las condiciones más frecuentes eran el esguince cervical, la fibromialgia y la cervicalgia crónica.

De la misma forma, creemos que estos resultados resultan de especial interés si los comparamos con las respuestas que han ofrecido los/as profesionales en el ítem 12, en el cual se les preguntaba por los síntomas o enfermedades más fingidas por sus pacientes/clientes. Dichos profesionales respondieron: sintomatología depresiva, problemas de memoria, ansiedad en general, estrés postraumático y síntomas de corte psicótico. Podría plantearse que la percepción de la condición más simulada depende en gran medida del contexto del profesional y la sintomatología que valora habitualmente. Por ejemplo, en el estudio de Santamaría *et al.* (2013), de las 12 condiciones señaladas como más frecuentes, 10 de ellas, como el traumatismo craneo encefálico, la lumbalgia o la cervicalgia, son más comunes en el contexto médico y es infrecuente que un psicólogo forense participe en su valoración. A pesar de ello los/as profesionales de la psicología perciben que aquellas condiciones que presentan el daño cervical como síntoma principal, como las cervicalgias o el esguince cervical, son las más fingidas.

Estos resultados apoyan estudios de la temática como los de Puente-López *et al.* (2020), Repesas (2017), Repesas *et al.* (2020) o Capilla Ramírez y González Ordi (2012), los cuales sostienen que, en España, el esguince cervical, y en general aquellas relacionadas con el dolor, son las condiciones más problemáticas y controvertidas. Esto se debe a que este tipo de condiciones suelen ser complejas de diagnosticar debido a que los síntomas más comunes, como el dolor, contracturas, limitaciones de la movilidad o rectificaciones cervicales, son comunes en múltiples patologías con alta prevalencia en el contexto, lo que dificulta el establecimiento del nexo causal entre el accidente y la lesión (Repesas, 2017). Como señala Puente-López (2020), los profesionales médicos rara vez disponen de información sobre el estado anterior del paciente, por lo que, si se observa, por ejemplo, una contractura, no será posible descartar otras posibles causas. De la misma forma, varios de los citados síntomas, en especial el dolor, son difíciles de objetivar con los métodos diagnósticos disponibles en la actualidad y no pueden ser cuantificados correctamente (Sartori, Forti, Birbaumer y Flor, 2003). Por ello, el diagnóstico de este tipo de condiciones, habitualmente, se realiza en función de la presentación de síntomas del paciente, sin disponer de pruebas objetivas.

A pesar del esfuerzo de algunos de los expertos en la temática de nuestro país (ver por ejemplo Capilla Ramírez y González Ordi, 2012), el riesgo de fingimiento y simulación en las condiciones relacionadas con el área cervical y el dolor sigue siendo una cuestión que necesita tratarse con una mayor profundidad y creemos que, de cara a futuras investigaciones, sería de gran importancia desarrollar instrumentos y metodologías actualizadas que permitan realizar una valoración precisa y fiable del riesgo de fingimiento, así como un diagnóstico diferencial de la simulación.

En tercer lugar, los motivos que nuestros participantes consideran más importantes para fingir las condiciones anteriormente descritas son la posibilidad de

obtener una baja del trabajo o del colegio, seguido de la obtención de beneficios en la seguridad social (como una paga por discapacidad o desempleo), y de la obtención de una compensación económica, proporcionada por una compañía médica privada, debido a una discapacidad o enfermedad. Nuestros hallazgos coinciden con los del estudio de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020), en el que los participantes marcaban como principal motivo para fingir la obtención de una baja laboral. A pesar de ello, los anteriores autores encontraron que los motivos de corte psicológico (disculpar un fracaso y buscar atención de otros), ocupaba el segundo y tercer lugar en el top cinco de motivos para fingir, y consideran que dichos motivos psicológicos, especialmente los citados, “son determinantes para fingimiento cotidiano” (p. 229). Señalan además que muchas publicaciones en la temática se centran exclusivamente en los motivos externos de carácter económico, lo que supone una visión incompleta del concepto. Si bien nuestros hallazgos señalan como principal motivación la de carácter económico, compartimos la hipótesis de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020) y de Young (2019), entre otros autores, y creemos que los motivos de corte psicológico son de gran importancia para entender porqué las personas fingen una condición.

En cuarto lugar, nuestros participantes indicaron que, en el caso de que fueran a fingir una condición o síntomas, presentarían principalmente los de corte común, como el dolor de cabeza/migrañas, dolor de barriga o resfriados comunes/gripes, o los relacionados con el dolor cervical, lumbar o general (entendiendo general como dolor en todo el cuerpo). Los motivos más señalados para elegir dichos síntomas fueron que eran fáciles de fingir, los habían padecido previamente o afirmaban conocer a alguien los había padecido por anterioridad. Estos resultados coinciden con los de Dandachi-FitzGerald *et al.* (2020) y son coherentes con los de Dandachi-FitzGerald y Merckelbach (2013). Como explican los primeros autores, los citados síntomas son

sencillos de fingir, son comunes y las personas están familiarizados con ellos, lo que permite realizar una presentación más cómoda, basada en la experiencia.

En quinto y último lugar, en la presente investigación preguntamos a profesionales que ejercen en la actualidad como psicólogos/as forenses sobre su experiencia en la temática. Además de las preguntas sobre las condiciones más fingidas y los motivos, ya descritas con anterioridad, se preguntó acerca del porcentaje estimado de riesgo de fingimiento/simulación en su ejercicio profesional. Gran parte de ellos estimaron que el riesgo de fingimiento/simulación en su profesión rondaba entre un 20% y un 40% de los casos, cifra que coincide con las indicadas habitualmente en la bibliografía de la temática (ver Merten y Merckelbach, 2020). De la misma forma, también se les preguntó sobre su metodología de valoración del riesgo de fingimiento/simulación y su percepción sobre los medios que tenían a su disposición. La mayoría de los participantes utilizaba instrumentos psicométricos de cribado como el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS, Widows y Smith, 2005) y/o Instrumentos psicométricos de diagnóstico que incluyen medidas de control de la respuesta, como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008).

Por otro lado, creemos que los resultados obtenidos en las preguntas 16 (En qué medida dispone de medios suficientes para evaluar el riesgo de fingimiento/simulación) y 17 (¿Resultaría de interés desarrollar nuevos métodos, técnicas o instrumentos para evaluar el riesgo de fingimiento/simulación?) resultan de especial interés. La gran mayoría de los participantes consideran que no disponen de medios suficientes para evaluar con seguridad el riesgo de fingimiento/simulación, y creen que sería necesario para su disciplina desarrollar nuevas metodologías o instrumentos que persigan la citada finalidad. En la bibliografía española han sido

validados varios de los instrumentos más utilizados a nivel internacional (González Orti *et al.*, 2012), como el SIMS, o el Inventario MMPI-2, en su versión más reciente MMPI-2-RF. No obstante, a pesar del extendido uso de estos instrumentos, la evidencia indica que presentan ciertas limitaciones que hacen que tengan que ser empleados con precaución (ver Sánchez, Jiménez, Ampudia y Amado, 2017 y van Impelen, Merckelbach, Jelicic y Merten, 2014), en especial en el contexto forense. En términos generales, puede observarse que, a día de hoy, se dispone de un número limitado de herramientas que persigan específicamente evaluar con seguridad el riesgo de fingimiento, y los resultados obtenidos en las preguntas 16 y 17 apoyan esta cuestión. Consideramos que resulta fundamental potenciar la investigación en este tema, y priorizar el desarrollo de metodologías e instrumentos actualizados, o la validación al castellano de los nuevos aportes internacionales, como el Inventario de Síntomas Autoinformado (Self-report Symptom Inventory, SRSI) un test de validez de síntomas desarrollado recientemente por Merten, Merckelbach, Giger y Stevens (2016), que ya ha sido traducido a varios idiomas, incluido el castellano, y ha demostrado una capacidad de clasificación adecuada en múltiples contextos.

Referencias

- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2: Restructured Form (MMPI-2-RF) manual for administration*. University of Minnesota Press.
- Boskovic, I., Bogaard, G., Merckelbach, H., Vrij, A. y Hope, L. (2017). The Verifiability Approach to detection of malingered physical symptoms. *Psychology, Crime & Law*, 23(8), 717–729. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2017.1302585>

- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2012). Simulación en patología dolorosa crónica del raquis cervical (cervicalgia/esguince cervical). *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.03.003>
- Dandachi-FitzGerald, B. y Merckelbach, H. (2013). Feigning≠ feigning a memory deficit: The Medical Symptom Validity Test as an example. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 46–63. <https://doi.org/10.5127/jep.025511>.
- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., Bošković, I. y Jelacic, M. (2020). Do you know people who feign? Proxy respondents about feigned symptoms. *Psychological Injury and Law*, 13, 225–234. <https://doi.org/10.1007/s12207-020-09387-6>
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J. y Curtis, K. L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), 1117–1126. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.018>
- Merckelbach, H., Dandachi-FitzGerald, B., van Helvoort, D., Jelacic, M. y Otgaar, H. (2019). When patients overreport symptoms: More than just malingering. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 321–326. <https://doi.org/10.1177/0963721419837681>
- Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Hall, V., Schmand, B. A., Santamaría Fernández, P. y González-Ordi, H. (2013). Symptom validity assessment in European countries: Development and state of the art. *Clínica y Salud*, 24(3), 129–138. <https://doi.org/10.5093/cl2013a14>
- Merten, T. y Giger, P. (2018). Wie häufig treten Simulation und Aggravation in der Begutachtung auf? Schätzungen von Laien [Lay persons' prevalence estimates

- of malingering in independent medical and psychological examinations]. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(2), 164–171. <https://doi.org/10.1007/s11757-018-0465-4>
- Merten, T. y Merckelbach, H. (2020). Factious disorders and malingering. En J. R. Geddes, N. C. Andreasen, y G. M. Goodwin (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed., pp. 1342–1349). Oxford University Press.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P. y Stevens, A. (2016). The Self-report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102–111. <https://doi.org/10.1007/s12207-016-9257-3>.
- Puente-López, E., Pina, D., Ruiz-Hernández, J. A. y Llor-Esteban, B. (2020). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in motor vehicle accident patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32, 131–154. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.183307>
- Represas, C. (2017). Nexo de causalidad en accidentes de tráfico. *Ciencia Forense*, 14, 61–76.
- Represas, C., Puente-López, E., Pina, D., Luna-Maldonado, A., Ruiz-Hernández, J. A. y Llor-Esteban, B. (2020). Rating criteria of the causal nexus in whiplash associated disorders: A study of interrater reliability. *Revista Española de Medicina Legal*. 47(2), 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.06.002>
- Sánchez, G., Ampudia, A., Jiménez, F. y Amado, B. G. (2017). Contrasting the efficacy of the MMPI-2-RF overreporting scales in the detection of malingering. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2017.03.002>

- Santamaría, P., Capilla Ramírez, P. y González-Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139–151. <https://doi.org/10.1016/10.5093/cl2013a15>
- Sartori, G., Forti, S., Birbaumer, N. y Flor, H. (2003). A brief and unobtrusive instrument to detect simulation and exaggeration in patients with whiplash syndrome. *Neuroscience Letters*, 342(1-2), 53–56. [https://doi.org/10.1016/s0304-3940\(03\)00233-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3940(03)00233-7)
- Schlicht, D. y Merten, T. (2014). Das Bild vorgetäuschter Gesundheitsstörungen in der öffentlichen Meinung [La imagen de la simulación de síntomas en la opinión pública]. *Versicherungsmedizin*, 66(3), 146–152.
- Tuck, N. L., Johnson, M. H. y Bean, D. J. (2018). You'd better believe it: the conceptual and practical challenges of assessing malingering in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 20(2), 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.002>
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelacic, M. y Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336–1365. <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.984763>
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence 15 ± 15 %. *Psychological Injury and Law*, 8(3), 188–199. <https://doi.org/10.1007/s12207-015-9232-4>

Young, G. (2019). The cry for help in psychological injury and law: Concepts and review. *Psychological Injury and Law*, 12, 225–237.
<https://doi.org/10.1007/s12207-019-09360-y>