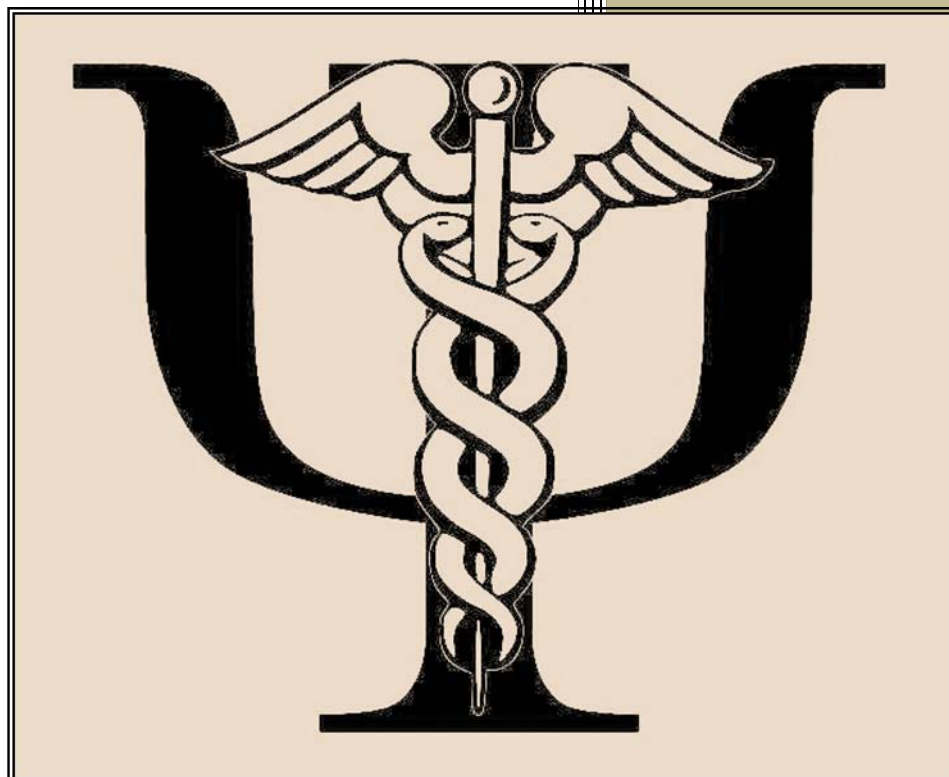


ISSN: 2171-2069

Volumen 2
Número 2
Julio de 2011

REVISTA IBEROAMERICANA
DE
PSICOLOGÍA Y SALUD



*Revista oficial de la
SOCIEDAD UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y SALUD*

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Director

Ramón González Cabanach, Universidad de A Coruña. rgc@udc.es

Directores Asociados

Ramón Arce, Univ. de Santiago de Compostela. Coord. del Área de Psicología Social. ramon.arce@usc.es

Gualberto Buela-Casal, Univ. de Granada. Coordinador del Área de Salud. gbuela@ugr.es

Francisca Fariña, Univ. de Vigo. Coordinadora del Área de Intervención. francisca@uvigo.es

José Carlos Núñez, Univ. de Oviedo. Coordinador del Área de Evaluación. jcarlosn@uniovi.es

Antonio Valle, Univ. de A Coruña. Coordinador del Área de Educación. vallar@udc.es

Consejo Editorial

Rui Abrunhosa, Univ. de Minho (Portugal).

Leandro Almeida, Univ. de Minho (Portugal).

Luis Álvarez, Univ. de Oviedo.

Constantino Arce, Univ. de Santiago de Compostela.

Jorge L. Arias, Univ. de Oviedo.

Alfonso Barca, Univ. de A Coruña.

Jesús Beltrán, Univ. Complutense de Madrid.

María Paz Bermúdez, Univ. de Granada.

Alfredo Campos, Univ. de Santiago de Compostela.

Miguel Angel Carbonero, Univ. de Valladolid.

Juan Luis Castejón, Univ. de Alicante.

José Antonio Corraliza, Univ. Autónoma de Madrid.

Francisco Cruz, Univ. de Granada.

Fernando Chacón, Univ. Complutense de Madrid.

Jesús de la Fuente, Univ. de Almería.

Alejandro Díaz Mújica, Univ. de Concepción (Chile).

Francisca Expósito, Univ. de Granada.

Ramón Fernández Cervantes, Univ. de A Coruña.

Jorge Fernández del Valle, Univ. de Oviedo.

Manuel Fernández-Ríos, Univ. Autónoma de Madrid.

José Jesús Gázquez, Univ. de Almería.

Antonia Gómez Conesa, Univ. de Murcia.

Luz González Doniz, Univ. de A Coruña.

Julio A. González-Pienda, Univ. de Oviedo.

Alfredo Goñi, Univ. del País Vasco.

María Adelina Guisande, Univ. de Santiago de Compostela.

Silvia Helena Koller, Univ. Federal de Rio Grande do Sul (Brasil).

Pedro Hernández, Univ. de La Laguna.

Cándido J. Inglés (Univ. Miguel Hernández de Elche).

Juan E. Jiménez, Univ. de La Laguna.

Serafín Lemos, Univ. de Oviedo.

Matías López, Univ. de Oviedo.

María Ángeles Luengo, Univ. de Santiago de Compostela.

José I. Navarro, Univ. de Cádiz.

Miguel Moya, Univ. de Granada.

José Muñiz, Univ. de Oviedo.

Mercedes Novo, Univ. de Santiago de Compostela.

Eduardo Osuna, Univ. de Murcia.

Darío Páez, Univ. del País Vasco.

Wenceslao Peñate, Univ. de La Laguna.

Antonieta Pepe-Nakamura, UNIC – Univ. Corporativa FTEC (Brasil).

Manuel Peralbo, Univ. de A Coruña.

Luz F. Pérez, Univ. Complutense de Madrid.

María Victoria Pérez-Villalobos, Univ. de Concepción (Chile).

Isabel Piñeiro, Univ. de A Coruña.

Antonio Andrés-Pueyo, Univ. de Barcelona.

Luisa Ramírez, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Revuelta, Univ. de Huelva.

Susana Rodríguez, Univ. de A Coruña.

Francisco J. Rodríguez, Univ. de Oviedo.

José María Román, Univ. de Valladolid.

Manuel Romero, Univ. de A Coruña

Pedro Rosário, Univ. de Minho (Portugal).

Ramona Rubio, Univ. de Granada.

Marithza Sandoval, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Santolaya, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Dolores Seijo, Univ. de Santiago de Compostela.

Juan Carlos Sierra, Univ. de Granada.

Jorge Sobral, Univ. de Santiago de Compostela.

Francisco Tortosa, Univ. de Valencia.

María Victoria Trianes, Univ. de Málaga.

Revista Oficial de la *Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud* (www.usc.es/suips)

Publicado por: SUIPS.

Publicado en: A Coruña

Volumen 2, Número, 2.

Suscripciones: ver www.usc.es/suips

Frecuencia: 2 números al año (semestral).

ISSN: 2171-2069

D.L.: C 13-2010

EVALUACIÓN DE SIMULACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE MEDIANTE EL SISTEMA DE EVALUACIÓN GLOBAL (SEG)

Nazaret Martínez, María Jesús Orihuela y Mariana Abeledo

Equipo de Peritación Psicológica Psico Iuris, San Fernando, Cádiz (España)

(Recibido 7 de Diciembre de 2010; revisado 20 de Abril de 2011; aceptado 22 de Abril de 2011)

Abstract

Research on credibility and faking is essential in different areas of psychology and especially in the forensic field. The investigations performed by Arce and Farina are recognised as being among the most notable of all the existing investigations, with the development of the Global Evaluation System (GES) that has been found to be especially effective in assessing the credibility of testimony and malingering mental health cases. The application of this procedure to 20 people accused under the judicial system of Social Security fraud for malingering a permanent work incapacity by way of a mental disorder, showed that the procedure described in the GES was effective for the correct classification of the malingers. Furthermore, data supported the categorising of malingers, consisting of whole malingers (those mentally healthy that effectively simulate a permanent work incapacity), partial malingers (those with temporary or no mental work incapacity disease, who claim for a permanent work incapacity), over malingers (those with permanent work incapacity mental disorders who exaggerate the severity of their mental health) and incompetent malingers (those who claimed to have permanent work incapacity but in their mental health assessment, were observed to have no mental health disorder.). Protocols for the forensic evaluation of malingering fitted to each categorization derived from the results obtained. The theoretical and practical implications of forensic assessment are discussed.

Keywords: Malingering, MMPI-2, SCL-90-R, Forensic psychological assessment, Permanent work incapacity, Global Evaluation System (GES).

Resumen

La investigación sobre simulación y engaño resulta esencial en los diferentes ámbitos de la psicología, y especialmente en el ámbito forense. De entre las investigaciones habidas, destacan especialmente las efectuadas por Arce y Fariña, con el desarrollo del Sistema de Evaluación Global (SEG), muy efectivo en la evaluación de la credibilidad del testimonio y la simulación/disimulación de daño en la salud mental. La aplicación de este procedimiento a 20 imputados judicialmente por fraude a la Seguridad Social por la simulación de un trastorno mental incapacitante permanentemente para el trabajo mostró que el SEG era efectivo en la correcta clasificación de la simulación. Además, los resultados pusieron de manifiesto una tipología de simuladores: simuladores totales (aquellos mentalmente sanos que simulaban un trastorno mental incapacitante de modo permanente para el trabajo), simuladores parciales (verdaderos enfermos de una patología no incapacitante para el trabajo o temporalmente incapacitante, que simulaban una enfermedad mental causante de una incapacidad permanente); sobresimuladores (verdaderos enfermos de una enfermedad mental que incapacita de modo permanente para el trabajo, que exageraban el daño), y simuladores incompetentes (aquellos que alegaban una enfermedad mental incapacitante, pero que en la evaluación no se registró desorden mental alguno). De los resultados se extraen protocolos de evaluación de la simulación diferentes para cada tipología. Se discuten las implicaciones teóricas y para la práctica forense.

Palabras clave: Simulación, MMPI-2, SCL-90-R, Evaluación psicológica forense, Incapacidad laboral permanente, Sistema de Evaluación Global (SEG).

Introducción

En 2006 el Consejo General del Poder Judicial, al publicar el Sistema de Evaluación Global (SEG), le otorgó carta de naturaleza forense (Arce y Fariña, 2006a). Este procedimiento viene a representar un procedimiento general (Arce y Fariña, 2005, 2006b) para la evaluación forense de la credibilidad del testimonio y del daño psicológico (daño en la salud mental) con control de la simulación y disimulación, que se ha ido adaptando a diversos contextos como la evaluación de la huella psíquica en violencia de género (Arce y Fariña, 2010; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2009; Vilariño, Fariña, y Arce, 2009), al análisis de la realidad de la declaración en violencia de género (Vilariño, Novo, y Seijo, 2011), al daño moral (Arce y Fariña, 2007, 2008; Arce, Fariña, y Buela-Casal, 2008; Arce, Fariña, Carballal, y Novo, 2006), al acoso laboral (Arce y Fariña, 2011); la incapacidad laboral temporal (Arce, Fariña, Novo, y Vázquez, 2006); o a la evaluación de la disimulación (Fariña, Arce, y Sotelo, 2010).

Además, este procedimiento ha sido refrendado por numerosa jurisprudencia que valida los ajustes a diversas demandas como la evaluación del daño psicológico consecuencia de una agresión sexual con control de la simulación (p. ej., sentencia de la Sección 4 de AP de Pontevedra de 15 de julio de 2008, N° 31); a la violencia psicológica de género (p. ej., sentencia de la Sección 4 de AP de Pontevedra de 21 de septiembre de 2010, N° 157); o al acoso laboral (p. ej., sentencia de la Sala de lo Social Sección 1ª del TSJ de Asturias de 13 de octubre de 2006, N° 1471). Asimismo, el SEG cumple los criterios Frye-Daubert, que fueron establecidos por la Corte Suprema de los Estados Unidos para dotar de valor a una prueba científica, de modo que permite la falsación y replicabilidad; se ha publicado en revistas científicas con sistema de evaluación por pares en doble ciego (véanse las referencias previas); informa de la tasa de error (controla el error tipo II a favor del tipo I); y la técnica goza del respaldo científico (y de la jurisprudencia). El SEG también se ha mostrado más efectivo que otros procedimientos como el CBCA en la correcta clasificación de la realidad del testimonio (Arce, Fariña, y Vilariño, 2010) y las categorías de control de la validez de la declaración que las del SVA (Arce, Seijo, y Novo, 2010); Novo y Seijo, 2010).

Dentro de este contexto, nos hemos planteado verificar la adaptación del SEG a la evaluación de la incapacidad laboral permanente a través del estudio por este medio

de los protocolos de imputados por simulación de daño mental incapacitante permanentemente para el desempeño laboral. A su vez, frente al acercamiento tradicional a la simulación como unitaria, es decir, que no se diferencia entre simuladores, someteremos a prueba la hipótesis de una tipología de simuladores que, en su caso, merecerán la adopción de diferentes estrategias de detección y de diferentes criterios de decisión forense.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos, 11 mujeres y 9 hombres, con una edad media de 41.40 años ($DT = 10.34$, *Rango* 21-57). Todos estaban imputados por fraude a la Seguridad Social por simulación de incapacidad laboral asociada a trastornos psicológicos.

Procedimiento y Diseño

La recogida de datos se llevó a cabo en dos sesiones individuales en las que los sujetos cumplieron los instrumentos de medida contemplados en el protocolo de evaluación. En la primera sesión se solicitó a los evaluados que cumplieran el protocolo de consentimiento informado para la evaluación psicológica forense tanto para consentir la grabación audiovisual como para el empleo de los datos en estudios e investigaciones posteriores. Los sujetos acudieron a las sesiones previa citación judicial otorgada por el órgano instructor del procedimiento judicial correspondiente. Los datos recabados fueron obtenidos en el periodo comprendido entre 2006 y 2008, y analizados con posterioridad. Los participantes fueron clasificados en cuatro grupos: simuladores totales, simuladores parciales, sobresimuladores y sujetos sin sintomatología clínica manifiesta. Se clasificaron como *simuladores totales* aquellos que fueron calificados judicialmente como simuladores porque no constaba tratamiento mental previo y en función de una prueba médico forense que así los informaba. Éstas se fundamentan en la verificación de algún criterio de simulación clínico recogido en el DSM-IV (American Psychological Association, 2002) o del modelo de decisión clínica (Cunnie, 1997). Como *simuladores parciales* fueron etiquetados aquellos en los que el registro, diagnóstico y tratamiento sanitario previo avalado por documental no se correspondía

con una enfermedad o estado incapacitante de modo permanente para el trabajo, sino de un daño en la salud mental no incapacitante de modo permanente para el trabajo. Fueron catalogados como *sobresimuladores* aquellos con un trastorno psicológico acreditado con pruebas documentales, con tratamiento psicofarmacológico y registros sanitarios con un historial previo de psicopatología laboralmente incapacitante que así lo atestiguaban, pero que en el procedimiento judicial se les acusaba de alegar un grado de incapacidad mayor. Finalmente, se definieron como sujetos *sin psicopatología* aquellos en los que no constaba documental alguna que informara de psicopatología. Los resultados de la evaluación en la que basamos este estudio confirmaron estas impresiones judiciales y documentales. Con estos criterios se tomaron un total de 20 expedientes judiciales con una *n* de 5 casos por cada condición.

Instrumentos de medida

De entre los instrumentos contemplados en el protocolo de evaluación, se seleccionaron aquellas pruebas que fueron administradas a todos los sujetos, ya que en algunos casos los sujetos habían realizado diferentes pruebas de personalidad como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millon, 1999) o la adaptación española (Rusell y Carrol, 1998) del Cuestionario de Personalidad-16 PF-5 (Cattell, Cattell, y Cattell, 1993) en función de sus características personales y por este motivo dichas pruebas fueron excluidas del presente estudio. Asimismo no se consideraron aquellos encausados que no habían cumplimentado alguna de las pruebas en las que se basó este estudio. Los instrumentos tomados fueron, de acuerdo con el SEG, la *entrevista clínico-forense*, el MMPI-2 y el SCL-90-R.

La *Entrevista Clínico-Forense* (Arce y Fariña, 2001), además, de evaluar el estado de salud mental, cuenta con diferentes indicadores de engaño, de los que, en este estudio, se mostraron productivos las categorías de estudio de las estrategias de simulación: *síntomas obvios*, *síntomas sutiles* e *inconsistencia* entre lo observado y manifestado. Son síntomas obvios aquellos accesibles al conocimiento popular y fácilmente identificables en cada psicopatología y Síntomas Sutiles aquellos que aparecen asociados a las distintas psicopatologías, pero que son menos conocidos a nivel popular y que, incluso, parecen no tener relación con dicha patología (Greene, 1980). Esta sintomatología sutil es de esencial interés para el control de los falsos positivos. Por su parte, la inconsistencia hace referencia a la discrepancia entre lo

observado/registrado (e.g., adaptación funcional, pautas de medicación, síntomas) y lo manifestado por el sujeto. Como fuente para definir estos ítems tomamos los listados de síntomas obvios y sutiles de las Escalas Obvio-Sutil de Weiner-Harmon del MMPI-2, y los listados de síntomas accesibles y no accesibles a la simulación de Arce y Fariña (Arce et al., 2002, 2006, 2009). El análisis de contenido de los protocolos fue llevado a cabo por dos codificadores que fueron totalmente consistentes en los registros de las estrategias de simulación. La entrevista clínico-forense consiste en solicitar al sujeto que narre en formato de discurso libre los síntomas clínicos, pensamientos y conductas que representan, a su modo de entender, la patología causante de la incapacidad. La labor del entrevistador consiste en facilitar el recuerdo mediante la reinstauración de contextos acorde al eje V del DSM-IV (efectos de sus estado mental en las relaciones interpersonales, familiares y de pareja, laborales y sociales). Adicionalmente, le añadimos, por ser muy oportuno para la evaluación de incapacidades, lo que denominamos un *inventario diario* que consiste en pedirles que vayan narrado los efectos por franjas horarias del día, lo que vimos que facilitaba el autoinforme.

Del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2) de Hathaway y McKinley (1999), tomamos en consideración, dados nuestros propósitos de medida de la (sobre)simulación, las escalas e índices de la versión comercial que se han mostrado útiles en la detección de la (sobre)simulación: las escalas L, F, K y Fb y el índice F-K de Gough (Arce et al., 2006, 2009; Berry, Baer, y Harris, 1991; Friedman, Lewak, Nichols, y Webb, 2001; Graham, 2006; Rogers, Sewell, Martin, y Vittaco, 2003, Rogers, Sewel, y Salekin, 1994). El MMPI-2 es el instrumento psicométrico que se ha mostrado más efectivo en la detección de la manipulación de las respuestas en la evaluación forense de la (sobre)simulación y defensividad, contando con protocolos específicos para población española para diversas casuísticas (Arce et al., 2002, 2006, 2009).

Finalmente, la Lista de Comprobación de Síntomas-90-R (SCL 90-R) de Derogatis (2002) es un screening que se ajusta a las dimensiones diagnósticas del DSM-II-R, incluyendo medidas de control de la manipulación de las respuestas (simulación, sobresimulación y disimulación) a través del Índice de Gravedad o Severidad Global (GSI); el Total de Síntomas Positivos (PST) y el Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI). Este instrumento de medida se ha propuesto como complementario del MMPI y

la entrevista clínico-forense en el SEG, habiéndose mostrado por sí mismo altamente discriminativo entre respuestas honestas y manipuladas (Vilariño, Fariña, y Arce, 2009).

Análisis de datos

El análisis de los datos fue abordado por medio de análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de los grupos. A partir de este análisis, en un segundo momento se realiza una prueba de contraste a posteriori (post hoc) entre cada uno de los pares de grupos con objeto de identificar entre cuáles de los grupos se aprecian diferencias significativas. La prueba seleccionada para el contraste a posteriori de medias fue la HSD (“*Honestly Significant Difference*”) de Tukey.

Resultados

Análisis de la distorsión de las respuestas en la entrevista clínico-forense

Los resultados de los análisis de varianza para el factor población enjuiciada (simuladores totales, simuladores parciales, sobresimuladores y sin psicopatología) evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las variables Síntomas Obvios, $F(3,16) = 10.68$, $p < .001$, e Inconsistencias, $F(3,16) = 61.60$, $p < .001$, y no significativas en la variable Síntomas Sutiles, $F(3,16) = 1.97$, *ns*. Los respectivos análisis post hoc (ver medias e intervalos de confianza en Tabla 1) mostraron que en los sujetos sin psicopatología clínica manifiesta se registraron significativamente ($p < .05$) menos síntomas obvios que entre los sujetos simuladores totales, simuladores parciales y sobresimuladores. Por último, se anotaron más ($p < .05$) inconsistencias entre lo observado y lo manifestado en las entrevistas de simuladores totales que en las de los parciales y los sin psicopatología; y en las de los sobresimuladores que entre aquellos simuladores parciales y sin psicopatología.

A nivel forense, se registró en todos los simuladores totales y sobresimuladores discrepancias entre lo manifestado y lo observado, y entre algunos simuladores parciales y sin psicopatología; con la excepción parcial de la población de sujetos sin psicopatología, se anotaron síntomas obvios entre todos los demás evaluados; y se reconocieron síntomas sutiles en todas las poblaciones.

Tabla 1. Medias e intervalos de confianza del 95% de síntomas obvios e inconsistencia en los niveles del factor población ($N = 20$).

Variable	Sim. Total	Sim. Parcial	Sobresimuladores	Sin Psicopat.
S. Ob.	14.80 [8.82, 20.78]	12.60 [9.74, 15.46]	13.80 [11.41, 16.19]	5.40 [3.73, 7.07]
Incons.	7.40 [5.73, 9.07]	0.40 [-0.28, 1.08]	4.60 [3.18, 6.02]	0.60 [-0.08, 1.28]

Nota. Media[intervalo de confianza].

Análisis de las escalas e índices de validez del MMPI-2

Con respecto a las variables objeto de estudio del MMPI-2, los resultados advierten de diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las escalas F, $F(3,16) = 14.53$, $p < .001$, y Fb, $F(3,16) = 5.74$, $p < .01$, y el índice F-K, $F(3,16) = 4.92$, $p < .05$. Por su parte, las escalas L, $F(3,16) = 0.94$, *ns*, y K, $F(3,16) = 1.42$, *ns*, no fueron sensibles al factor población enjuiciada. Los subsecuentes análisis a posteriori (ver medias e intervalos de confianza en la Tabla 2) evidenciaron, en la escala F (a mayor puntuación, mayor probabilidad de simulación), que los simuladores totales obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas ($p < .05$) que los simuladores parciales, los sobresimuladores y los sujetos sin psicopatología; y los sobresimuladores que los sin psicopatología. En el índice F-K (a puntuación más elevada, más probabilidad de simulación), los simuladores totales puntuaron significativamente más alto ($p < .05$) que los sin psicopatología. Finalmente, en la escala Fb hallamos que los simuladores totales puntuaron significativamente más alto ($p < .05$) que los sobresimuladores, los simuladores parciales y los sin psicopatología.

El análisis desde una perspectiva forense (ver Tabla 2) pone de manifiesto que la escala F es un indicador potente de potencial simulación ($T \geq 65$; Graham, 2006) en los simuladores totales ($M = 81.00$) y sobresimuladores ($M = 66.40$), pero no así de los simuladores parciales ($M = 52.80$) y aquellos sin psicopatología ($M = 51.80$). Los intervalos de confianza colocan, con una probabilidad del 95%, en F a todos los simuladores totales como tales y a parte de los sobresimuladores. Por el contrario, todos los simuladores parciales y sin psicopatología serían identificados por F, con una probabilidad del 95%, como honestos. En la Escala K ($T < 40$; Graham, 2006) ninguna de las poblaciones del estudio sería informada sistemáticamente como simuladora ($M_s > 40$), pero el rango de los intervalos de confianza en las poblaciones de simuladores

totales y sobresimuladores informa que parte de éstos sí serían informados como potencialmente simuladores. La escala Fb (Graham, 2006) es totalmente inefectiva ($M_s < 80$ e intervalos de confianza en la región de honestidad de las respuestas) en la detección de los simuladores parciales y sin psicopatología, casi totalmente productiva en la correcta clasificación de todos los simuladores totales, y ligeramente en la sobresimulación, algunos (límite superior del intervalo de confianza > 80) entran en la región de sospecha de simulación. En F-K (se admiten puntos de corte específicos para cada contexto, Graham, 2006, con una oscilación promedio entre 10 y 12), también hallamos que es útil para la correcta identificación de los simuladores totales (M en el borde de la simulación y límite superior del intervalo de confianza en la región de simulación); parcialmente válido con los sobresimuladores ($M < 80$, pero con el límite superior del intervalo de confianza en la región de simulación); pero resulta totalmente inoperativo con los simuladores parciales y aquellos sin psicopatología. Las Escalas L y K, así como el Índice F-K, son indicadores de la disimulación que se han propuesto para el control de los falsos positivos. Ni la Escala L ($T \geq 65$; Graham, 2006), la Escala K ($T \geq 65$; Graham, 2006), ni el Índice F-K (se han propuesto diferentes puntos de corte específicos para cada contexto, Graham, 2006, con una oscilación promedio entre -11 y -20) catalogan a ninguna de las poblaciones como disimuladora, pudiendo hallarse simuladores parciales y sin psicopatología en la región de disimulación (límite inferior del intervalo de confianza menor de -11. Si se tomara como punto de corte -20 no se registraría ningún caso de disimulación con una probabilidad del 95%). Así pues, es necesario tomar -20 como criterio de decisión para no errar en la identificación de simuladores parciales y sin psicopatología manifiesta como falsos positivos.

Tabla 2. Medias e intervalos de confianza del 95% en las Escalas F y Fb y en índice F-K en los niveles del factor población ($N = 20$).

	Sim. Totales	Sim. Parcial	Sobresimuladores	Sin Patología
F	81.00[71.92, 90.08]	52.80[46.27, 59.33]	66.40[54.00, 78.80]	51.80[40.82, 62.78]
L	56.20[50.28, 62.12]	52.20[42.69, 61.71]	63.80[42.74, 84.86]	61.40[43.63, 79.17]
K	44.20[30.90, 57.50]	55.80[40.74, 70.86]	47.40[34.48, 60.32]	53.60[43.63, 79.17]
F-K	9.80[2.08, 17.52]	-8.40[-16.52, -0.28]	2.60[-8.32, 13.52]	-4.00[-16.26, 8.26]
Fb	89.20[76.46, 101.94]	55.80[45.89, 65.71]	55.60[24.03, 87.17]	54.60[37.79, 71.41]

Nota. Media[intervalo de confianza].

Análisis de la validez en los índices del SCL-90-R

Los resultados del contraste de medias (ANOVAs) entre los grupos del factor población enjuiciada revelaron diferencias significativas en el Índice de Severidad Global (GSI), $F(3,16) = 9.62, p < .001$, y el Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI), $F(3,16) = 10.40, p < .001$, pero no así en el Total de Síntomas Positivos (PST), $F(3,16) = 2.80, ns$. Los pertinentes análisis post hoc (ver medias e intervalos de confianza en la Tabla 3) aclararon que, en el GSI (a mayor puntuación, mayor probabilidad de simulación), los simuladores totales informaron de significativamente ($p < .05$) mayor severidad del daño que los simuladores parciales y los sin psicopatología. En lo que se refiere al PSDI, la comparación a posteriori entre grupos destacó que los simuladores totales presentaban un malestar significativamente más elevado que los simuladores parciales y los sin psicopatología.

Por su lado, el estudio forense (contraste con el criterio de sospecha de simulación, $P = 80$) de los grupos pone al descubierto que la población de simuladores totales tiene una media en las medidas de la validez del protocolo GSI y PSDI superior al criterio de decisión forense, lo que indica que han utilizado como estrategia de engaño la severidad de síntomas. Asimismo en los intervalos de confianza del 95% caen dentro de la región de sospecha de simulación. En lo tocante al PST, la media ($M = 79$) está prácticamente en el límite de la sospecha de simulación y el intervalo de confianza del 95% solapado, en buena medida, con la sospecha de simulación. Sin embargo, en las poblaciones de simuladores parciales y sin psicopatología obtuvimos medias ($M_s < 80$) e intervalos de confianza dentro de la normalidad (límite superior < 80). Por último, los sobresimuladores entran en la región de normalidad ($M < 80$; límite superior del intervalo de confianza < 80) en el PST, mientras que en el GSI y PSDI la media es inferior al criterio de decisión forense (< 80), pero los límites superiores del intervalo de confianza superan ligeramente éste. En todo caso, la gran mayoría de los sobresimuladores no serían informados por estos indicadores de validez como inválidos.

Tabla 3. Medias e intervalos de confianza del 95% en los índices de validez del SCL-90-R ($N = 20$). Baremos de población clínica (P).

Índice	Sim. Total	Sim. Parcial	Sobresimulación	Sin Patología
PST	79.00 [67.89, 90.11]	40.00 [27.58, 52.42]	48.00 [27.13, 68.87]	44.00 [17.88, 70.12]
GSI	85.00 [76.22, 93.78]	37.00 [9.73, 64.27]	59.00 [34.80, 83.20]	37.00 [20.81, 53.19]
PSDI	88.00 [80.92, 95.08]	37.00 [11.18, 62.82]	59.00 [33.25, 84.75]	40.00 [24.17, 55.83]

Nota. Media[intervalo de confianza].

Discusión y conclusiones

Antes de introducir la discusión se hace necesario destacar que los anteriores resultados merecen una serie de matizaciones sobre su alcance a la hora de considerar la posible generalización de los mismos. En primer lugar, al tratarse de un perfil específico de sujetos en un contexto forense real, no se ha podido contar con una muestra amplia de sujetos, resultando finalmente un tamaño muestral reducido. Segundo, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a otros instrumentos de medida ni a otros contextos forenses no relacionados con procesos de incapacidad laboral permanente por causa de enfermedad mental. Tercero, en el presente estudio no se han utilizado todos los instrumentos de evaluación psicológica referidos en el SEG (Arce, 2010; Arce y Fariña, 2005, 2006a, 2006b) por lo que el valor de predicción, clasificación y discriminación del SEG de la simulación de una incapacidad laboral permanente previsiblemente sea superior a la hallada en este estudio. Cuarto, el criterio de asignación a los grupos fue judicial en base a indicios razonables, pero esto no garantiza totalmente la exactitud en la pertenencia a los grupos. Lo mismo se puede sostener de la condición de simuladores. Esto es especialmente plausible en la condición de simuladores parciales que pudieran estar diagnosticados de enfermedades no incapacitantes de modo permanente pero sí temporal con evolución a permanente; o que padecieran un cuadro comórbido en el que el diagnóstico primario no fuera incapacitante para el desempeño laboral de forma permanente, pero sí otro u otros diagnósticos secundarios o, por los daños indirectos. De facto, el diagnóstico sanitario no se puede trasvasar directamente al campo forense porque sería fuente de errores de generalización (American Psychiatric Association, 2002; Arce, 2007). Por su parte, destaca en este estudio la alta validez ecológica del diseño al estar conformada la

muestra por casos reales de imputados en procedimientos judiciales de fraude a la Seguridad Social por simulación de incapacidad laboral permanente asociada a trastornos psicológicos. Con estas limitaciones y fortalezas en mente concluimos que:

- 1) Los resultados avalan, en función de las diferentes estrategias de engaño y de los medios de detección eficaces, la existencia de una tipología de simuladores de incapacidad laboral permanente. Ésta tipología se concreta en simulación total (personas sin daño mental incapacitante que simulan una enfermedad mental incapacitante); simuladores parciales (personas que presentan realmente psicopatología, pero que no es incapacitante, simulando otras psicopatologías incapacitantes para el desempeño laboral); sobresimuladores (personas que presentan una psicopatología incapacitante, pero que exageran los daños por lo que el grado de minusvalía informado es superior al real); y simuladores sin psicopatología manifiesta (personas que alegan daño mental incapacitante para el desempeño laboral de forma permanente, pero que no son capaces de informar en la evaluación de daño mental significativo).
- 2) Las consecuencias legales de estos tipos de simuladores son radicalmente distintas por lo que es necesario diferenciarlas en la evaluación forense. Así, los simuladores totales son completamente responsables de la simulación. Lo mismo se puede sostener de los simuladores incompetentes, a menos que concurra deficiencia mental. En el caso de los sobresimuladores para su persecución judicial se requiere indefectiblemente la demostración de que hubo intencionalidad en ésta, algo, por otra parte, difícilmente demostrable. Sin embargo, para la decisión forense si se observa el síntoma y no se manifiesta podríamos tomarlo como real, pero no al contrario. Finalmente, los simuladores parciales requieren, a fin de depurar las consecuencias legales del engaño, de un estudio particular de la psicopatología de base para identificar si ésta pudiera mediar el engaño (e.g., autoengaño).
- 3) De las estrategias de simulación recogidas en la entrevista clínico-forense sólo resultaron productivas Síntomas Obvios, esto es, síntomas accesibles a la simulación; Síntomas Sutiles, que validan el protocolo porque son síntomas que difícilmente se vinculan con la enfermedad mental alegada, es

decir, no accesibles a la simulación; y la inconsistencia entre lo que manifiesta el evaluado y lo observado. La funcionalidad de estas estrategias es distinta. Así, la inconsistencia entre lo observado y manifestado es, salvo casos puntuales, causa suficiente para la invalidación del protocolo (American Psychiatric Association, 2002; Arce y Fariña, 2001; Cunnien, 1997); la presencia de Síntomas Obvios un indicio de simulación; y la detección de Síntomas Sutiles un criterio positivo para validar el protocolo (control de falsos positivos).

- 4) De los indicadores de interés para el estudio de la simulación de la versión comercial del MMPI-2, encontramos que las Escalas F, K, Fb y el índice F-K informan sistemáticamente de simulación entre los simuladores totales y sobresimuladores que, de acuerdo con los hallazgos de Arce et al. (2006, 2009) resultará suficiente para diagnosticar simulación (los evaluados con tres indicadores en el MMPI-2 de simulación resultaron identificados por más criterios y todos ellos son simuladores, es decir, se excluyen totalmente los falsos positivos). Por su parte, ni los simuladores parciales ni aquellos sin psicopatología manifiesta son informados por ninguno de los indicadores del MMPI, es decir, son totalmente inoperativos en estas categorías de simuladores.
- 5) En los índices de validez del SCL-90-R hallamos consistencia intermedias en la clasificación como simuladores de los simuladores totales, mientras que no son efectivos en la identificación de los simuladores parciales y sin psicopatología, y con una eficacia muy limitada en los sobresimuladores. En consecuencia, la simulación total es detectada de forma consistente y también rinde correctamente al no informar de simulación entre los sujetos sin psicopatología, pero no así en la estimación de la simulación parcial, donde fracasa en todas las medidas y casos, y en la sobresimulación, a la que prácticamente no detecta. De acuerdo con los resultados de Vilariño et al. (2009), que compararon la eficacia en la discriminación entre casos reales de daño psicológico e inventados, cuando se registran en un caso dos o más criterios de simulación siempre se confirma ésta sin la comisión de falsos positivos.

- 6) Comparativamente, los simuladores totales se caracterizan frente a las otras tipologías de simuladores por manifestar más síntomas obvios y por registrarse una mayor inconsistencia entre lo manifestado y lo observado en la entrevista; puntuaciones indicativas de simulación en las Escalas F, K, Fb y en el índice F-K del MMPI-2; y puntuaciones que advierten de una potencial simulación de severidad de daño, GSI y PSDI, en el SCL-90-R. A tenor de los resultados de otros estudios (Arce et al., 2006, 2009), cognitivamente estos simuladores deben haber optado por la acumulación indiscriminada de síntomas. En suma, seis indicadores de simulación son eficaces en la definición del perfil típico del simulador total, en tanto la inconsistencia es un criterio por sí mismo invalidante.
- 7) Los simuladores parciales se diferencian de los otros tipos de simuladores en que manifiestan más síntomas obvios, y menos inconsistencias entre lo observado y manifestado, puntuaciones inferiores en F, Fb y GSI. En términos forenses de los diferentes indicadores de simulación sólo resultaron parcialmente eficaces la falta de consistencia entre lo observado y manifestado (criterio suficiente de invalidez) y la presencia de sintomatología obvia en la entrevista. Por sí mismos, estos no son indicios suficientes para el control de este tipo de simuladores por lo que es preciso completar los criterios de invalidez de los instrumentos de medida, de acuerdo con el Sistema de Evaluación Global, con la evaluación de la consistencia inter-medidas (criterio eliminatorio), inter-contextos y la validez convergente y divergente.
- 8) Los sobresimuladores se perfilan, frente a las otras tipologías, por manifestar más síntomas obvios, registrarse más inconsistencias entre lo observado y manifestado en las entrevistas, puntuaciones inferiores en Fb, y superiores en F a los sin psicopatología. Aditivamente, son detectados como potencialmente simuladores por las Escalas F, K y Fb, y el Índice F-K del MMPI; por los índices GSI y PSDI del SCL-90-R; y por la presencia de síntomas obvios en la entrevista. Cognitivamente, todo indica que ésta tipología de simuladores opta por exagerar el daño e introducir síntomas obvios. Dado que la presencia de tres o más indicadores de invalidez son suficientes para anular el protocolo (Arce et al., 2006, 2009), los indicadores

de validez de la entrevista, MMPI y SCL-90-R, son suficientes para controlar esta tipología de simulación.

- 9) Los simuladores sin psicopatología, esto es, aquellos que no logran simular psicopatología incapacitante permanente para el desempeño laboral, se distinguen de las otras tipologías en que, en las entrevistas, se verifican menos síntomas obvios e inconsistencias entre lo observado y manifestado, así como puntuaciones inferiores en F, Fb, el índice F-K, -Fb, GSI y PSDI. En relación al efecto acumulativo de los criterios de decisión sobre la simulación, sólo la falta de consistencia entre lo observado y manifestado en algunos casos advierte de simulación (criterio invalidante por sí mismo), siendo los restantes indicadores totalmente inefectivos. Cognitivamente, estos demandantes de incapacidad no logran simularla, resultando su estrategia de engaño infructuosa, obvia e inconsistente. En consecuencia, los indicadores de engaño actúan correctamente con este tipo de población dado que no detectan engaño porque no lo hay al no lograr plasmarlo.

En conclusión, la simulación, contrariamente a como ha sido considerada en la literatura, no es unitaria, sino que se hay diferentes tipos de simuladores que requieren de aproximaciones distintas para su detección. Asimismo, nuestros resultados apoyan la validez del SEG para la evaluación forense en este contexto.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (IV Edición-Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.), *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del Siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R. (2010). El Sistema de Evaluación Global en casos de violencia de género: Huella psíquica y testimonio. *Informació Psicológica*, 99, 19-35.

- Arce, R. y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R., y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006a). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibilidad y de la huella psíquica en el contexto penal. En Consejo General del Poder Judicial (Ed.), *Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 39-103). Madrid: Consejo General de Poder Judicial.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006b). Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez, y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 563- 601). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., y Fariña, F. (2007). Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: Validación de un protocolo de medida. *Papeles del Psicólogo*, 28, 205-210.
- Arce, R., y Fariña, F. (2008). Detecting and assessing the feigning of psychological injury in motor vehicle accidents (MVAs). En G. P. Bartley (Ed.), *Traffic accidents: Causes and outcomes* (pp. 123-148). Nueva York: Nova Science Publishers, Inc.
- Arce, R., Fariña, F., y Buela-Casal, G. (2008). Assessing and detecting the ability to faking psychological injury as a consequence of a motor vehicle accident on the MMPI-2 using mock victims. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 485-496.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18, 278-283.

- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21, 241-247.
- Arce, R., Fariña, F., Novo, M., y Vázquez, M. J. (2006). *Evaluación forense de la enfermedad mental en la incapacidad temporal: Simulación y realidad*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2009, de <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/113306.pdf>
- Arce, R., Fariña F., y Suárez, A. (2006). Estudio del daño psíquico por acoso moral en el trabajo y de la simulación en el contexto legal. Recuperado el 19 de Noviembre de 2009, de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiquiatria_legal/24990/
- Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2010). Contraste de la efectividad del CBCA en la evaluación de la credibilidad en casos de violencia de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 109-119.
- Arce, R., Seijo, A., y Novo, M. (2010). Testimony validity: A comparative study of legal and empirical criteria. *Psychology in Spain*, 14, 1-7.
- Berry, D. T. R., Baer, R. A., y Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11, 585-598.
- Cattell, R. B., Cattell, A K. y Cattell, H. E. P. (1993). *Sixteen personality factor questionnaire* (5ª ed.). Champaign, ILL: Institute for Personality and Ability Testing. Inc.
- Cunnien, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fariña, F., Arce, R., y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 65-79.

- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S., y Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: LEA.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiscale personality inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed., pp. 169-207). Nueva York: Guilford Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1999). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Inda-Caro, M., Lemos, S., López, A., y Alonso, J. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo*, 26, 99-108.
- Millon, T. (1997). *MCMI-2. Inventario clínico multiaxial de Millon-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Novo, M., y Seijo, D. (2010). Judicial judgement-making and legal criteria of testimonial credibility. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2, 91-115.
- Rogers, R. Sewell, K. W., Martin, M. A. y Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, 10, 160-177.
- Rogers, R., Sewell, K. W., y Salekin, R.T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 227-237.
- Russell, M. T., y Karol, D. L. (1998). *16 PF-5. Manual* (4a. ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Vilariño, M., Fariña, F., y Arce, R. (2009). Discriminating real victims from feigners of psychological injury in gender violence: Validating a protocol for forensic settings. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 221-243.

Vilariño, Novo, M., y Seijo, D. (2011). Estudio de la eficacia de las categorías de realidad del testimonio del Sistema de Evaluación Global (SEG) en casos de violencia de género. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 1-26.

Weiner, D. N., y Harmon, L. R. (1946). *Subtle and obvious keys for the MMPI: Their development*. Minneapolis, MN: Regional Veterans Administration Office.

Instrucciones

Envíos de artículos

La *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* publica artículos en español o inglés de carácter científico en cualquier temática de la Psicología y Salud. Es, por tanto, el objetivo de la revista la interdisciplinariedad. Los artículos han de ser originales (los autores se responsabilizan de que no han sido publicados ni total ni parcialmente) y no estar siendo sometidos para su evaluación o publicación a ninguna otra revista. Las propuestas de artículos han de ser enviadas en formato electrónico por medio de correo electrónico al director o a los editores asociados acorde a la temática que coordinan. El envío por correo postal sólo se admitirá en casos debidamente justificados a la dirección de la revista (Ramón González Cabanach, Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, Universidad de A Coruña, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Campus de Oza, 15006, A Coruña, España).

Revisión

Los trabajos serán revisados en formato de doble ciego, siendo los revisores anónimos para los autores y los autores para los revisores. Los revisores serán externos e independientes de la revista que los seleccionará por su experiencia académica, científica o investigadora en la temática objeto del artículo.

Copyright

El envío de trabajos a la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* lleva implícito que los autores ceden el copyright a la revista para su reproducción por cualquier medio, si éstos son aceptados para su publicación.

Permisos y responsabilidad

Las opiniones vertidas así como sus contenidos de los artículos publicados en la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan la opinión ni la política de la revista. Asimismo, los autores se responsabilizan de la obtención del permiso correspondiente para incluir material ya publicado. Del mismo modo, los autores se responsabilizan de que los trabajos publicados estén realizados conforme a los criterios éticos que rigen la investigación o experimentación con humanos y animales, y sean acordes a la deontología profesional.

Estilo

Los trabajos deberán ajustarse a las instrucciones sobre las referencias, tablas, figures, abstract, formato, estilo narrativo, etc. descritas la 6ª edición del Publication Manual of the American Psychological Association (2009). Los manuscritos que no se ajusten al estilo APA no se considerarán para su publicación.

CONTENIDOS / CONTENTS

Artículos / Articles

- Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas
(Perceived stress, anger and burnout in Mexican housewives)
José Moral, Mónica Teresa González y René Landero 123
- Perfiles de estilos de pensamiento en estudiantes universitarios:
implicaciones para el ajuste al espacio europeo de educación superior
(Profiles of thinking styles in university students: Implications for the adjustment
to the European Space for Higher Education)
*Ana Bernardo, Estrella Fernández, Rebeca Cerezo,
Celestino Rodríguez e Inmaculada Bernardo* 145
- Sexual behavior with casual partners among university women
(Conducta sexual con parejas ocasionales en estudiantes universitarios)
Luis Enrique Fierros, Blanca Margarita Rivera y Julio Alfonso Piña 165
- Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA
(Discrimination in women living with hiv/aids)
José Moral y María Petra Segovia 185
- Evaluación de simulación de incapacidad laboral permanente
mediante el Sistema de Evaluación Global (SEG)
(Assessing malingering of a permanent work incapacity
through the Global Evaluation System (GES))
Nazaret Martínez, María Jesús Orihuela y Mariana Abeledo 207