



Fibromialgia: ¿exageración o simulación?

Pilar Capilla Ramírez^{a*}, Héctor González Ordi^b, Pablo Santamaría^c, Miguel Angel Pérez Nieto^d y María Isabel Casado Morales^b

^aCentro Integral Psicosomático, Madrid, España

^bUniversidad Complutense de Madrid, España

^cTEA Ediciones, Madrid, España

^dUniversidad Camilo José Cela, Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 31/07/2013

Revisión recibida: 14/08/2013

Aceptado: 31/08/2013

Palabras clave:

Simulación
Exageración
Fibromialgia
Evaluación médica
Evaluación psicológica

ABSTRACT

Se presenta un estudio multidimensional de la exageración de síntomas en pacientes con fibromialgia. El objetivo principal es detectar patrones discriminantes de simulación de discapacidad relacionada con el dolor con el fin de desarrollar un protocolo detallado para la evaluación de sospecha de simulación en los casos con síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos. La muestra total ($N = 113$) estuvo compuesta por cuatro grupos: pacientes con fibromialgia no litigantes ($n = 36$), pacientes con fibromialgia en situación de litigancia ($n = 26$), participantes análogos ($n = 21$) y grupo control ($n = 30$). Se administraron diferentes pruebas médicas y psicológicas a los participantes, incluyendo pruebas médicas complementarias, la adaptación española de la Escala de Auto-Eficacia (Baessler y Schwarzer, 1996), la Escala de Satisfacción Personal Vital (González Ordi, Santamaría y Casado Morales, 2012), la adaptación española del Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ, Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004), la versión española de la Encuesta de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995), la adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS, González Ordi y Santamaría, 2009) y la adaptación española del Inventario de Personalidad de Minnesota- 2- Formulario Reestructurado (MMPI-2-RF, Ben-Porath y Tellegen, 2008a). Se presentan datos sobre las diferencias entre grupos y la precisión de predicción de los instrumentos utilizados. También se aborda un protocolo para la detección de la simulación en base a los resultados del perfil diferencial entre la fibromialgia no litigante y litigantes.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Fibromyalgia: Exaggeration or malingering?

ABSTRACT

A multidimensional study on symptom exaggeration in fibromyalgia patients is presented. The main aim is to detect discriminant patterns of malingered pain-related disability in order to develop a detailed protocol for the assessment of suspected malingering in cases of false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms motivated by external incentives. Overall sample ($N = 113$) consisted of four groups: fibromyalgia patients not involved in litigation ($n = 36$), fibromyalgia patients involved in litigation ($n = 26$), analogue fibromyalgia-instructed participants ($n = 21$), and control group ($n = 30$). Several medical and psychological tests were administered to participants, including medical complementary tests, the Spanish adaptation of the General Self-Efficacy Scale (Baessler & Schwarzer, 1996), the Life Personal Self-Report Scale (González-Ordi, Santamaría, & Casado-Morales, 2012), the Spanish adaptation of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ, Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004), the Spanish version of the SF-36 Health Survey (Alonso, Prieto, & Antó, 1995), the Spanish adaptation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS, González-Ordi & Santamaría, 2009), and the Spanish adaptation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF, Ben-Porath & Tellegen, 2008a). Data on mean group differences and predictive accuracy of the instruments used are presented. A protocol for the detection of malingering based on the differential profile scores between fibromyalgia non-litigants and litigants are also addressed.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

Keywords:

Malingering
Exaggeration
Overreporting
Fibromyalgia
Medical assessment
Psychological assessment

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Pilar Capilla Ramírez.

Email: pilarcapilla@gmail.com; www.cipso.es

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó la fibromialgia (FM) en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de 1992, asignándole el código M79.0 y clasificándola como reumatismo no articular (WHO, 1992).

Dos años antes, en 1990 se publicaba, bajo la dirección del American College of Rheumatology (ACR), un gran ensayo clínico multicéntrico que estableció los criterios diagnósticos de fibromialgia que se utilizan en la actualidad. Se atribuyó a dicha definición una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81% frente al juicio de expertos (Wolfe et al., 1990). Dicho estudio define la fibromialgia como una condición clínica cuyo signo más notable es la presencia de dolor crónico (> 3 meses) de origen musculoesquelético de carácter generalizado y de etiología indeterminada. Veinte años más tarde, el ACR establece unos nuevos criterios provisionales (Wolfe et al., 2010), que no invalidan los criterios previos, considerándolos una forma alternativa y complementaria de diagnóstico.

Durante las dos últimas décadas son numerosos los trabajos realizados por diferentes grupos de investigación referentes a los múltiples síntomas físicos de la FM que parecen manifestarse en diferentes órganos y sistemas (Jennun, Drewes, Andreassen y Nielsen, 1993; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi y Palmer, 2010; Smith et al., 2009; Wolfe, Hawley, Wilson, 1996; Yunus y Aldag, 1996), a los síntomas cognitivos, como alteración en la atención (Dick, Eccleston y Crombez, 2002), déficit de memoria reciente, alteración en la expresión verbal (Park, Glass, Minear y Crofford, 2001), cogniciones consistentes con sentirse un enfermo crónico, pensamiento catastrofista y baja autoeficacia, (Pérez-Pareja et al., 2010), a los síntomas afectivos como los altos niveles de emocionalidad negativa, altos niveles de estrés percibido, alta sensibilidad a la ansiedad y miedo al dolor (Cathébras, Lauwers y Rousset, 1998; Epstein et al., 1999; estudio ESEMeD/MHE-DEA, 2004; Fietta, y Manganeli, 2007; Buskila y Cohen, 2007; Pérez-Pareja et al., 2010; Walker, Keegan, Garner, Sullivan y Bernstein, 1997), a su etiopatogenia, de la que no tenemos datos concluyentes hasta la fecha (Buskila, Neumann, Hazanou y Carmi, 1996; Clauw y Crofford, 2003; Julien, Goffaux, Arsenaault, Marchand, 2005; Mhalla, Ciampi de Andrade, Baudic, Perrot y Bouhassira, 2010; Nielsen y Henriksson, 2007; Staud, Nagel, Robinson y Price, 2009; Vierck, 2006; Yunus, 2007) y a sus clasificaciones y posibilidades terapéuticas (Alegre de Miguel et al., 2010; Peñacoba, 2012).

Pero, a pesar de la extensa literatura internacional sobre muchos de los aspectos de esta patología, son escasos los trabajos publicados sobre FM y simulación, si bien cabe destacar el de Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002), según el cual asciende al 34.7% de los casos. La incidencia estimada en población española por los profesionales expertos es aún mayor, llegando al 50% en el contexto médico-legal (Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría, 2009 y 2010), lo cual sería compatible con que en este ámbito las patologías más simuladas suelen ser aquellas cuya sintomatología resulta difícil de relacionar claramente con una base orgánica objetivable, en especial el dolor y la discapacidad (González Ordi y Capilla Ramírez, 2009).

Sí encontramos, sin embargo, autores que documentan la tendencia de los pacientes con fibromialgia a exagerar más su sintomatología y a percibir de forma más intensa, dramatizando los cambios somáticos asociados a su enfermedad. (Blasco Claros et al., 2006; Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría, 2008; González Ordi, Santamaría, Capilla Ramírez, Pérez Pareja y Sesé Abad, 2010; Pérez-Pareja et al., 2010; Yunus, Ahles, Algag y Masi 1991)

Por otra parte, sabemos que cuando un paciente recibe una compensación sus resultados a largo plazo son peores y que el efecto de la compensación se agrava cuando hay contacto con la profesión jurídica, especialmente si el paciente se encuentra en una situación de litigancia (Harris, Murgatroyd, Cameron, Young y Solomon, 2009) lo cual, unido a que la fibromialgia es una de las enfermedades que más costes totales provoca en nuestro país, (Rivera, Rejas, Esteve-Vives, y Vallejo, 2009) hace que consideremos de interés poder diferenciar al

paciente honesto del simulador en el caso de esta patología en concreto aunque, si bien de los estudios referidos parece desprenderse que el patrón de exageración de síntomas es frecuente en el paciente con fibromialgia, sabemos que no toda exageración de síntomas es en sí misma simulación (Greve, Ord, Bianchini y Cutis, 2009) y que las conductas aprendidas de dolor no deben considerarse erróneamente como simulación Turk (1996).

Por esa razón, nosotros propusimos un protocolo de detección del paciente simulador en dolor crónico que es multimétodo y multidisciplinar, multidisciplinar y basado en inconsistencias (Capilla Ramírez y González Ordi, 2009), que en el caso de la fibromialgia se llevaría a cabo utilizando diferentes pruebas médicas, evaluación de la discapacidad y calidad de vida, del dolor y la personalidad, así como la evaluación conductual (para una descripción detallada del protocolo de detección de simulación en fibromialgia el lector puede consultar Capilla Ramírez y González Ordi, 2012) No obstante, el patrón de exageración de síntomas presentado aparentemente (según los estudios referidos) por los pacientes con fibromialgia nos obliga a ser extremadamente cautelosos en el caso de esta patología concreta y valorar exquisitamente los puntos de corte de las diferentes pruebas.

De este planteamiento nace este estudio, cuyo objetivo es el abordaje multidisciplinar del patrón de exageración de síntomas en FM con la finalidad de obtener indicadores discriminantes en dolor y discapacidad para aquellos casos en los que el profesional de la salud detecta la existencia de criterios de simulación.

Método

Muestra y diseño

Se trata de una muestra incidental compuesta por 113 personas de edades comprendidas entre 24 y 66 años, clasificados en cuatro grupos: 1) grupo control, 2) grupo de pacientes no litigantes 3) grupo de pacientes litigantes con sospecha clínica de simulación y 4) grupo de sujetos análogos.

Se trata, por tanto, de un estudio con diseño multigrupo 1 x 3 más un grupo control para valorar la capacidad de discriminación de los instrumentos en el rango de la respuesta de exageración de síntomas (Rogers y Bender, 2003).

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes:

1) Grupo control: sujetos sanos sin diagnóstico de ninguna patología dolorosa que fueron reclutados mediante el método "bola de nieve" entre los padres de los alumnos del último curso y postgrado de la UCM.

2) Grupo de pacientes no litigantes (FNL): pacientes diagnosticados de FM en el Sistema Público de Salud (SPS), por un servicio de reumatología hospitalario y que no se encontraban en situación de incapacidad temporal (IT), y por tanto sin beneficio externo manifiesto, reevaluados por nuestro equipo para confirmar el diagnóstico y procedentes de diversas asociaciones de pacientes con FM.

3) Grupo de pacientes litigantes con sospecha clínica de simulación (FML): pacientes diagnosticados de FM en un servicio de reumatología del SPS, en situación de IT y/o pendientes de valoración por el equipo de valoración de incapacidades (EVI) con sospecha clínica de simulación en base a los criterios descritos por González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga (2008) y que estaban en seguimiento de su patología en FREMAP por miembros de nuestro equipo de investigación.

4) Grupo de simuladores análogos (FA): sujetos adultos sanos a los que les instruyó deliberadamente para que mintieran y simularan síntomas consistentes con el diagnóstico de FM. El empleo de grupos análogos en el estudio empírico de la simulación está ampliamente documentado (Rogers, 2008; González Ordi, Santamaría y Capilla Ramírez, 2012). Las instrucciones que recibieron los sujetos de este grupo para la realización de las diferentes pruebas de autoinforme fueron las siguientes:

“A continuación vas a responder a una prueba de evaluación psicológica. Imagina que para acceder a una serie de ventajas económicas y laborales o conseguir un subsidio o pensión afirmas que te encuentras psicológica y físicamente muy afectado porque sufres dolores intensos en distintas partes de tu cuerpo, como las articulaciones, los brazos, las piernas y otras zonas. Quieres aparentar que el dolor es bastante fuerte y continuo, que lo sufres a diario, que te irrita, te angustia y te deprime. Insistes en sentirte triste, angustiado, apático, sin ilusiones, sin esperanzas y con muchas dificultades para hacer cualquier cosa por muy sencilla que ésta sea, y por eso decides pedir un subsidio, porque trabajar te resulta cada vez más difícil y penoso. Ahora te van a evaluar para comprobar la existencia de dichos problemas. Deberás simularlos lo mejor posible, ya que de ello dependerá que consigas tu objetivo, tan importante para ti en este momento. Contesta a la prueba sin perder de vista esta intención, intentando que tus respuestas sean lo más convincentes posibles, pero sin que puedan detectar que estás mintiendo”.

Instrumentos

1) Exploración física y pruebas médicas

Todos los pacientes con fibromialgia habían sido diagnosticados en un Servicio de Reumatología del Sistema Público de Salud. Todos ellos tenían múltiples pruebas físicas antes de llegar a este diagnóstico, en especial analíticas reumatológicas que facilitan el diagnóstico diferencial con procesos reumatológicos tales como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, etc. Todos los informes fueron revisados y explorados los “puntos sensibles” por nosotros, de manera que se confirmara el diagnóstico siguiendo los criterios del American College of Rheumatology (Wolfe et al., 1990).

2) Valoración personal vital y autoeficacia percibida

Elaboramos un instrumento de *screening* específicamente para nuestras investigaciones (González Ordi, Capilla Ramírez, Santamaría y Casado Morales, 2012), que constaba de siete ítems con un formato de respuesta escalar (1 = muy mala y 5 = muy buena), que preguntaban acerca del grado de satisfacción con su pareja, situación social, familiar, laboral, sexual y salud física y psicológica, tal y como puede observarse en la figura 1.

La autoeficacia percibida se evaluó mediante la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General - EAG, de Baessler y Schwarzer (1996). La EAG es una escala de diez ítems que exploran la capacidad percibida para resolver problemas, asumiendo que si el individuo se cree capaz de resolver eficazmente un problema se mostrará más inclinado a actuar y se sentirá más confiado en sus propias posibilidades. El formato de respuesta es escalar, donde 1 = incorrecto y 4 = totalmente cierto. El rango de respuestas oscila entre 10 y 40, siendo diez el menor nivel de autoeficacia percibida. Presen-

ta una aceptable consistencia interna (α de Cronbach = .81). Se puede obtener también una puntuación promediada con un rango de 1 a 4, siguiendo la misma escala de respuesta, de 1 = baja autoeficacia a 4 = alta autoeficacia.

3) Instrumentos específicos de autoinforme para fibromialgia

Utilizamos el Cuestionario sobre el Impacto de la Fibromialgia - FIQ (Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004). El FIQ es el único instrumento específico para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y calidad de vida adaptado al castellano en la actualidad. El coeficiente de fiabilidad para la puntuación total es de .81.

4) Instrumentos de valoración general del estado de salud y la calidad de vida.

Se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995). En este estudio se ha tenido en cuenta solamente la puntuación total en el SF-36.

5) Personalidad clínica y exageración de síntomas

Para la exploración de los posibles patrones de exageración de síntomas entre los grupos del estudio se utilizaron dos instrumentos de autoinforme adaptados al castellano, distintos pero convergentes, ampliamente conocidos en el campo de la simulación: el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada - MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008a, 2008b; Santamaría, 2009) y el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS (González Ordi y Santamaría, 2009).

Procedimiento

Tras la lectura y aceptación del consentimiento informado se procedió a aplicar a los sujetos del estudio, en dos sesiones de evaluación, la batería de pruebas físicas y psicológicas.

Los análisis de datos se han llevado a cabo utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.0, mediante una serie de cálculos. 1) La estimación de la fiabilidad de las pruebas aplicadas a las muestras de nuestro estudio, mediante el cálculo de la consistencia interna a través del α de Cronbach. 2) La comparación entre las puntuaciones medias de los tres grupos establecidos (litigante con sospecha de simulación, no litigante y análogo) con relación a las puntuaciones obtenidas en las escalas de valoración personal vital, autoeficacia percibida, los instrumentos específicos de autoinforme (FIQ), cuestionario de salud SF-36, personalidad clínica (MMPI-2-RF) y exageración de síntomas (SIMS), se ha llevado a cabo mediante la aplicación de análisis de la varianza unifactorial. Para ello se ha comprobado previamente el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene en cada uno de los casos. El estadístico de contraste *post hoc* utilizado ha sido el HDS de Tukey. 3) Cálculo del tamaño del efecto de las diferencias encontradas mediante la *d* de Cohen, siguiendo el criterio de Rogers (2008), quien sugirió que en el contexto concreto de valoración de la capacidad discriminativa de instrumentos de simulación se emplearan criterios más exigentes que los descritos por Cohen (1988), de manera que consideramos : valores de *d* entre 0.75 y 1.24 como moderados, valores entre 1.25 y 1.50 como grandes y valores superiores a 1.50 como muy grandes. 4) Análisis de la validez predictiva de las variables discriminantes obtenidas en el paso 2 y , mediante la obtención de la curva característica del receptor (COR), los valores del área bajo la curva y los puntos de corte para determinar la sensibilidad y especificidad por pruebas y patologías en no litigantes versus litigantes.

Resultados

De un total de 172 pacientes estudiados, cumplieron criterios de inclusión en la muestra 113, con edades comprendidas entre 24 y 66 años, de los cuales 30 eran controles y 83 fibromialgia (26 FL, 36 FNL y 21 FA). En la tabla 1 quedan reflejados los estadísticos descriptivos por sexo y edad.

Lea las siguientes frases y conteste con una “X” en la casilla que se ajuste mejor a usted, siendo 1 = muy mala, 2 = mala, 3 = normal, 4 = buena y 5 = muy buena.

Frases	1	2	3	4	5
Mi situación de pareja en los últimos tiempos es					
Mi situación social en los últimos tiempos es					
Mi vida familiar en los últimos tiempos es					
Mi vida laboral en los últimos tiempos es					
Mi vida sexual últimamente es					
Mi salud física últimamente es					
Mi estado psicológico últimamente es					

Figura 1. Escala de Valoración Personal Vital

Tabla 1
Estadísticos descriptivos por sexo y edad en cada uno de los grupos

	N	% mujeres	Edad media (DT)	Rango de edad
Fibromialgia litigante	26	84.6	48.7 (8.7)	31-60
Fibromialgia no litigante	36	97.2	48.5 (8.4)	28-66
Fibromialgia análogo	21	90.5	41.1 (10)	24-55
Control	30	43.3	48.8 (7.4)	33-61
TOTAL	113			

Las escalas y subescalas que presentan diferencias entre medias estadísticamente significativas entre los distintos grupos son las escalas de Valoración Personal Vital (VP), Autoeficacia Percibida (AP), las puntuaciones medias totales el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia - FIQ, el Cuestionario de Salud SF-36, las escalas del MMPI-2-RF, FBS-R (validez de los síntomas), EID (alteraciones emocionales o internalizadas), RCd (desmoralización), RC2 (escasez de emociones positivas) y HLP (indefensión/desesperanza), y la escala Dn (deterioro neurológico) del SIMS, como queda reflejado en la tabla 2.

En base a los datos reflejados en la tabla 2, a continuación iremos desglosando las diferencias encontradas en las diferentes pruebas.

Valoración personal vital y autoeficacia percibida

Se obtuvieron resultados significativamente diferentes en la puntuación promedio de valoración personal de acuerdo al grupo de fibromialgia. El análisis a posteriori de las diferencias empleando el test de Tukey indicó que la media para la condición no litigante difería significativamente tanto de la condición de litigante como de la condición de análogo. Sin embargo estas dos últimas condiciones (litigante y análogo) no diferían significativamente entre sí. Igualmente, son significativamente diferentes los resultados obtenidos en la puntuación promedio de autoeficacia percibida de acuerdo al grupo de fibromialgia. El análisis *post hoc* de las diferencias empleando el test de Tukey indicó que la media para la condición no litigante difería significativamente tanto de la condición de litigante como de la

Tabla 2
Estadísticos descriptivos, pruebas *post hoc* (HSD de Tukey) y tamaño de las diferencias (*d* de Cohen) en las distintas escalas y subescalas que presentan diferencias significativas entre grupos

Escalas/ Subescalas	Descriptivos por Grupos Media (desviación típica)				ANOVA (grupos fibromialgia)			HDS de Tukey (significación estadística)			<i>d</i> de Cohen	
	Fibriomialgia no litigante (FNL)	Fibromialgia litigante (FL)	Fibromialgia análogo (FA)	Control	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	FNL vs. FL	FL vs. FA	FNL vs. FA	FL vs. FNL	FA vs. FNL
VP†	3 (0.75)	2.2 (0.65)	24 (1.07)	3.5 (0.64)	8.413	2	.001	< .001	.873	.01	1.13***	0.78**
AP†	2.6 (0.57)	2.2 (0.63)	2.04 (0.54)	2.9 (0.65)	7.786	2	.001	.006	.900	.003	0.80**	1.02*
SF-36-Total	44.7 (16.05)	21.5 (12.87)	17.9 (11)	-----	31.961	2	.001	< .001	< .654	.001	1.58***	1.89***
FIQ -Total	57.3 (15.1)	79.9 (15.37)	78.5 (9.32)	-----	23.935	2	.001	< .001	.942	< .001	1.48***	1.74***
SIMS - Dn	5.1 (2.98)	7 (2.33)	7.9 (2.56)	0.7 (0.92)	8.016	2	.001	.027	.513	< .001	0.71***	1.01***
MMPI-2-RF - FBSr	72.5 (10.4)	79.9 (14.2)	83 (9.3)	-----	5.921	2	.004	.051	.624	.005	0.75**	1.06
MMPI-2-RF - EID	56.2 (10.2)	67.7 (13.3)	72.2 (12.4)	-----	12.729	2	< .001	< .001	.410	< .001	1.02***	0.35
MMPI-2-RF - RCd	56.7 (9.8)	65.7 (10.5)	68.4 (10.0)	-----	9.985	2	< .001	< .001	.654	< .001	0.91***	0.26
MMPI-2-RF - RC2	58.5 (10.7)	68.9 (12.6)	76.9 (13.5)	-----	14.617	2	< .001	< .001	.007	< .001	0.86***	0.61
MMPI-2-RF - HLP	56.3 (9.5)	66.4 (11.5)	66.2 (11.9)	-----	8.575	2	< .001	< .001	.999	.003	0.95***	0.01

Nota. VP = Valoración Personal Vital; AP = Autoeficacia Percibida; FIQ = Cuestionario de Impacto de Fibromialgia; SF-36 = Cuestionario de Salud SF-36; SIMS-Dn = Escala de Deterioro Neurológico del SIMS; MMPI-2-RF-FBSr = Escala de Validez de los Síntomas del MMPI-2-RF; MMPI-2-EID = Escala de alteraciones emocionales o internalizadas del MMPI-2-RF; MMPI-2-RF-RCd = Escala de desmoralización del MMPI-2-RF; MMPI-2-RF-RC2 = Escala de escasez de emociones positivas del MMPI-2-RF; MMPI-2-RF-HLP = Escala de Indefensión/Desesperanza del MMPI-2-RF; FL = Fibromialgia Litigante; FNL = Fibromialgia No Litigante; FA = Fibromialgia Análogo.

† Valoración personal total promediada: 1 = muy mala - 5 = muy buena; Autoeficacia Percibida total promediada (1 = baja autoeficacia - 4 = alta autoeficacia).

Las pruebas FIQ, SF-36 y MMPI-2-RF se administraron solamente a los grupos de lumbalgia.

p* < .05, *p* < .01, ****p* < .001

condición de análogo. Sin embargo estas dos últimas condiciones (litigante y análogo) no diferían significativamente entre sí. Es particularmente interesante señalar que, en cuanto a la valoración personal general de su situación vital y la autoeficacia percibida, los fibromiálgicos litigantes presentan significativa y discriminantemente una peor valoración personal de su situación vital (figura 2) y, en menor medida, una peor autoeficacia percibida que los fibromiálgicos no litigantes (figura 3) Debemos señalar que tanto la valoración personal vital como la autoeficacia percibida correlacionan significativamente (.60, *p* < .01, *n* = 113), lo que puede constituir un indicativo de convergencia entre ambas pruebas.

Cuestionario de impacto de fibromialgia - FIQ

Se obtuvieron resultados significativamente diferentes en la puntuación FIQ-total de acuerdo al grupo de fibromialgia. El análisis *post hoc* de las diferencias empleando el test de Tukey indicó que la media para la condición no litigante difería significativamente tanto de la condición de litigante como de la condición de análogo. Sin embargo estas dos últimas condiciones (litigante y análogo) no diferían significativamente entre sí. Los fibromiálgicos litigantes presentan significativa y discriminantemente una mayor puntuación total en la escala FIQ, lo que supone una menor capacidad funcional y peor calidad de vida autoinformada que el grupo de fibromialgia no litigante. Estas diferencias son también significativas y discriminantes entre el grupo de fibromialgia análogo y fibromialgia no litigante. Finalmente, el FIQ presenta correlaciones significativas, de altas a moderadas, con el SF-36 (.832, *p* < .01, *n* = 113), con la valoración personal vital (.604, *p* < .01, *n* = 113) y con autoeficacia percibida (.543, *p* < .01, *n* = 113). La distribución muestra para cada grupo de fibromialgia puede apreciarse en el diagrama de cajas y bigotes de la figura 4.

Cuestionario de Salud SF-36

Se obtuvieron resultados significativamente diferentes en la puntuación total del SF-36 de acuerdo al grupo de fibromialgia. El análisis a posteriori de las diferencias empleando el test de Tukey indicó que la media para la condición no litigante difería significativamente

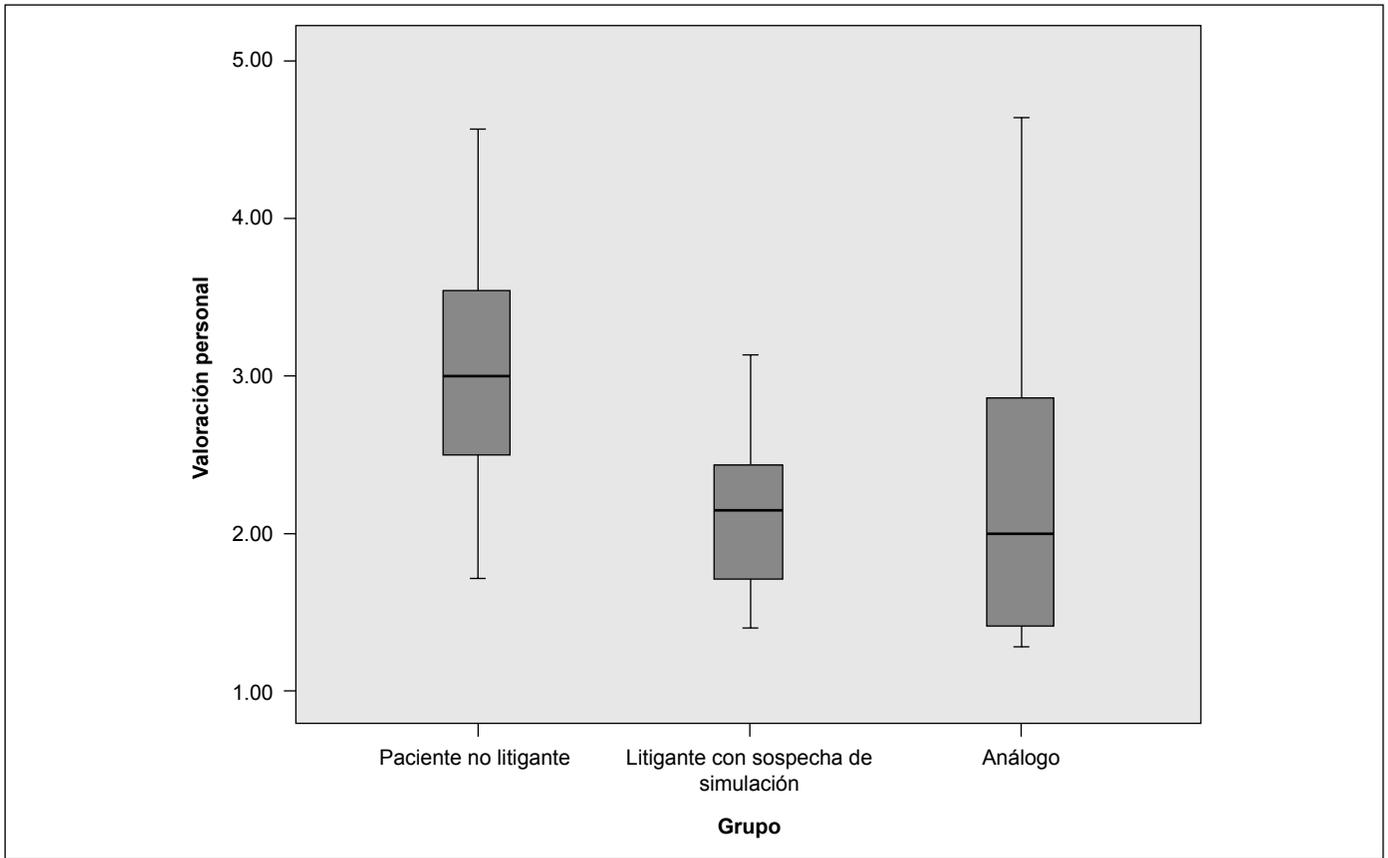


Figura 2. Diagrama de cajas y bigotes de la valoración personal

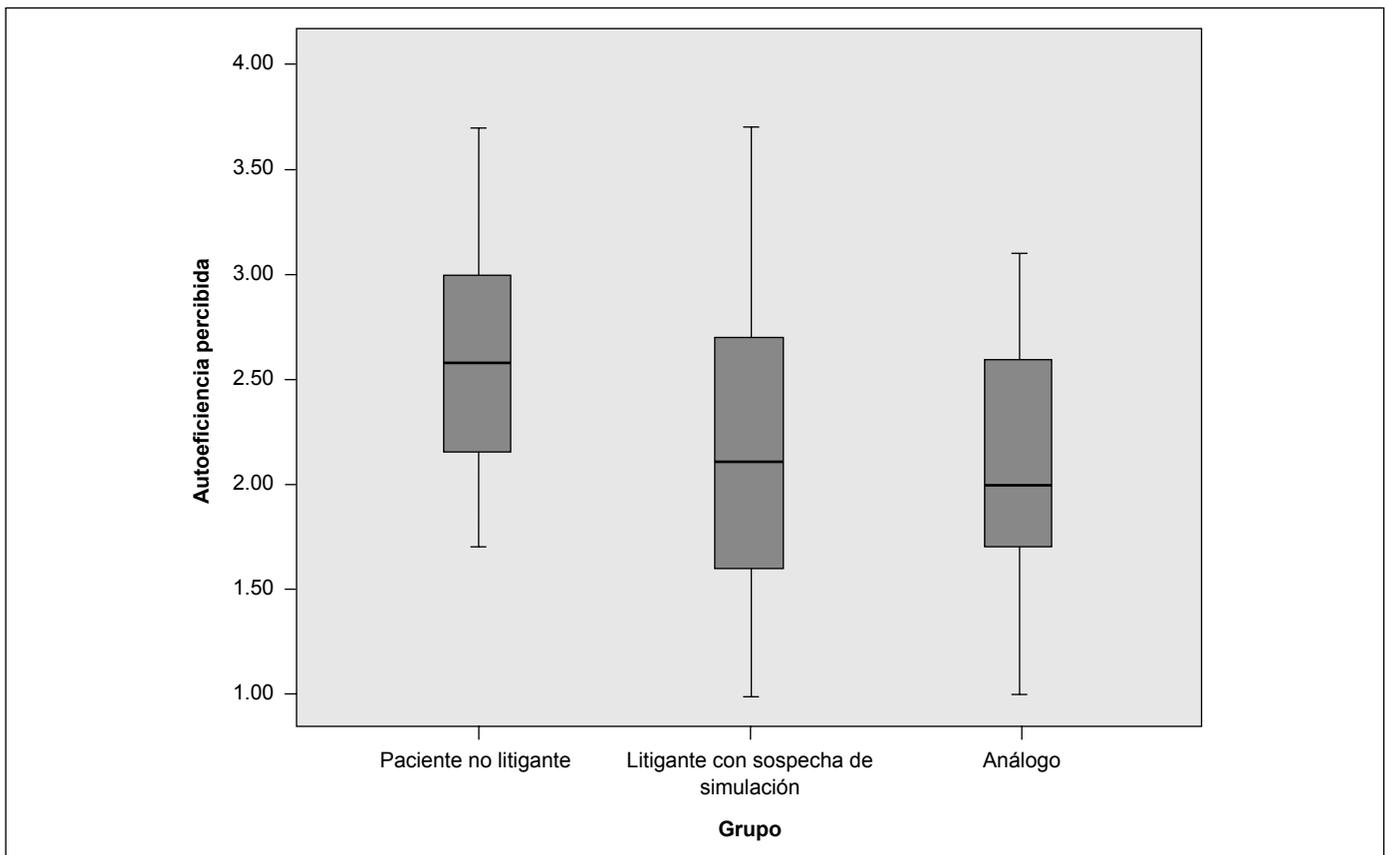


Figura 3. Diagrama de cajas y bigotes de la autoeficacia percibida

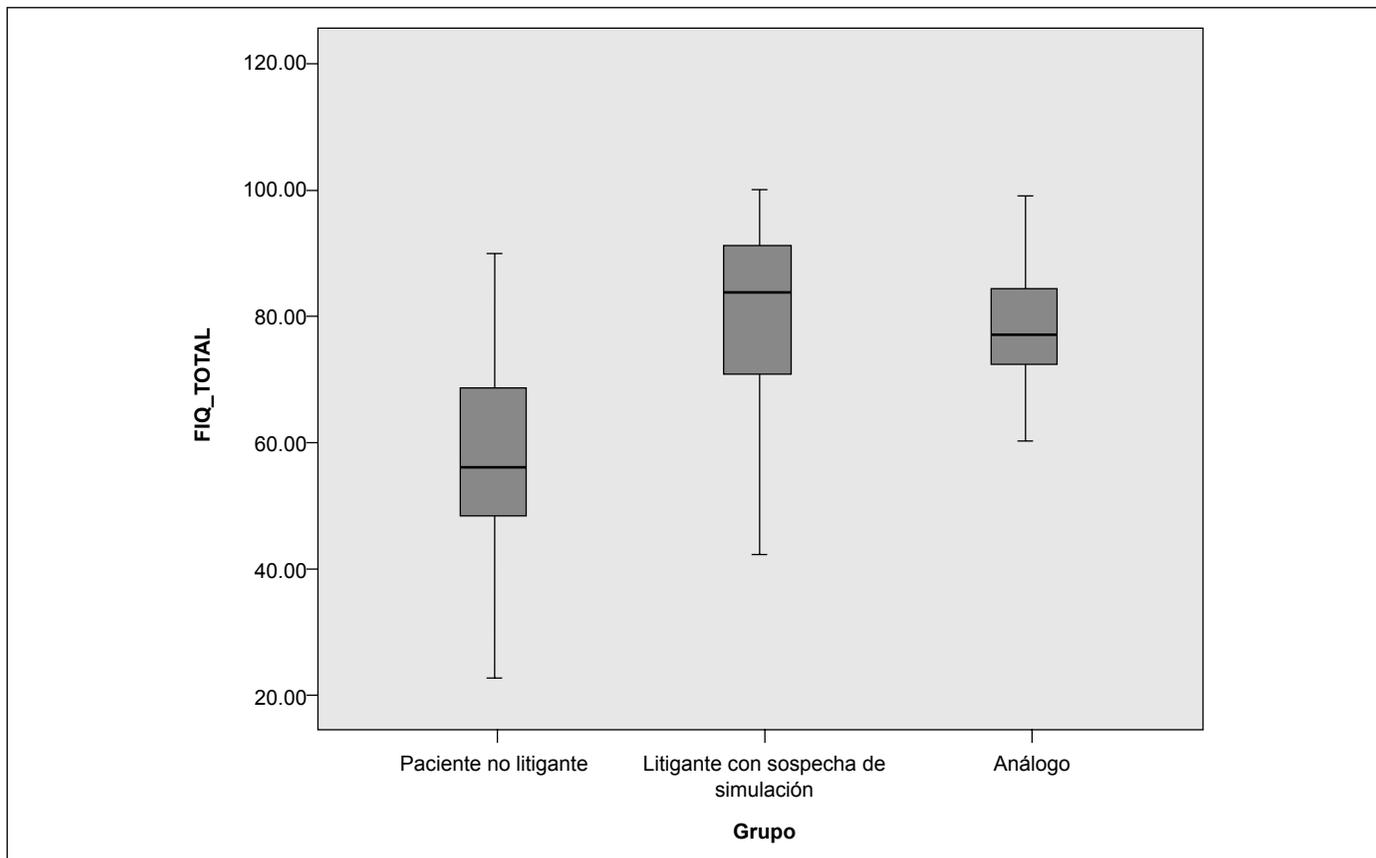


Figura 4. Diagrama de cajas y bigotes para FIQ total en los grupos de fibromialgia

tanto de la condición de litigante como de la condición de análogo. Sin embargo estas dos últimas condiciones (litigante y análogo) no diferían significativamente entre sí. Los fibromiálgicos litigantes presentan peor puntuación total de forma significativa y discriminante en el cuestionario de salud SF-36 que los fibromiálgicos no litigantes, autoinformando de un peor estado de salud (figura 5). Para finalizar, hay que tener en cuenta que las correlaciones entre FIQ y SF-36 nos indican que los litigantes con sospecha de simulación son muy consistentes en su imagen de discapacidad, respondiendo en la misma dirección a dos pruebas con formato de respuesta diferente y puntuaciones inversas. Esta consistencia no se produce de forma tan marcada ni en los no litigantes y ni siquiera en los análogos, que mienten deliberadamente a tal efecto.

Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota 2 Forma reestructurada (MMPI-2-RF)

MMPI-2-RF: escalas de validez. Se obtuvieron resultados significativamente diferentes de acuerdo al grupo de fibromialgia en las escalas de validez: Fr, $F(2, 70) = 4.382, p = .016$; Fpr, $F(2, 72) = 3.694, p = .03$; Fs, $F(2, 74) = 3.652, p = .031$; FBS-r, $F(2, 71) = 5.921, p = .004$ y RBS $F(2, 80) = 3.556, p = .033$. El análisis a posteriori de las diferencias empleando el test de Tukey señaló una serie de diferencias. 1) En la escala Fr solo resultaron significativamente diferentes las puntuaciones entre los grupos de no litigante y análogo ($p = .014$), no siendo significativas las diferencias entre no litigantes y litigantes ($p = .236$) y entre litigantes y análogos ($p = .426$). 2) En la escala Fpr solo resultaron significativamente diferentes las puntuaciones entre los grupos no litigante y litigante ($p = .025$), no siendo significativas las diferencias entre no litigantes y análogos ($p = .286$) y entre litigantes y análogos ($p = .558$). 3) En la escala Fs no resultaron significativas ninguna de las diferencias entre los grupos considerados. 4) En la escala FBS-r solo resultaron significativamente diferentes las puntuaciones

entre los grupos no litigante y análogo, no siendo significativas las diferencias entre no litigantes y litigantes y entre litigantes y análogos (tabla 2). 5) En la escala RBS solo resultaron significativamente diferentes las puntuaciones entre los grupos no litigante y análogo ($p = .026$), no siendo significativas las diferencias entre no litigantes y litigantes ($p = .375$) y entre litigantes y análogos ($p = .401$). De hecho, las escalas de validez sensibles a la exageración de síntomas Fr, Fpr, Fs, FBSr y RBS muestran una capacidad discriminativa reducida entre fibromialgia no litigante (FNL) y litigante (FL), con tamaño del efecto pequeño o moderado. Aunque las puntuaciones medias del grupo litigante son superiores a las de los no litigantes en todas las escalas de exageración de síntomas, el tamaño del efecto de estas diferencias disminuye su capacidad para establecer juicios discriminantes suficientemente fiables (figura 6).

MMPI-2-RF: escalas de contenido. Respecto a las escalas de contenido, asumiendo los niveles de mayor exigencia posible, solamente hemos tenido en cuenta aquellas que presentaran diferencias entre medias significativas y discriminantes con un tamaño del efecto grande (d de Cohen > 0.80). Según esto, las escalas de contenido que discriminan entre no litigantes (FNL) y litigantes (FL) son EID (alteraciones emocionales o internalizadas), RCd (desmoralización), RC2 (escasez de emociones positivas) y HLP (indefensión/desesperanza), con tamaños del efecto 1.02, 0.91, 0.86 y 0.95 respectivamente, con una significación $p < .001$. A su vez, estas escalas no presentan diferencias significativas y discriminantes entre el grupo de fibromialgia litigante (FL) y fibromialgia análogo (FA) (tabla 2).

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS

El análisis de las puntuaciones del SIMS indicó que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al grupo de fibromialgia en el total: $F(2, 77) = 2.491, p = .089$; Ps, $F(2, 77) = 2.739, p = .071$; Bi, $F(2, 77) = 1.897, p = .157$ y Am, $F(2, 77) = 0.895, p =$

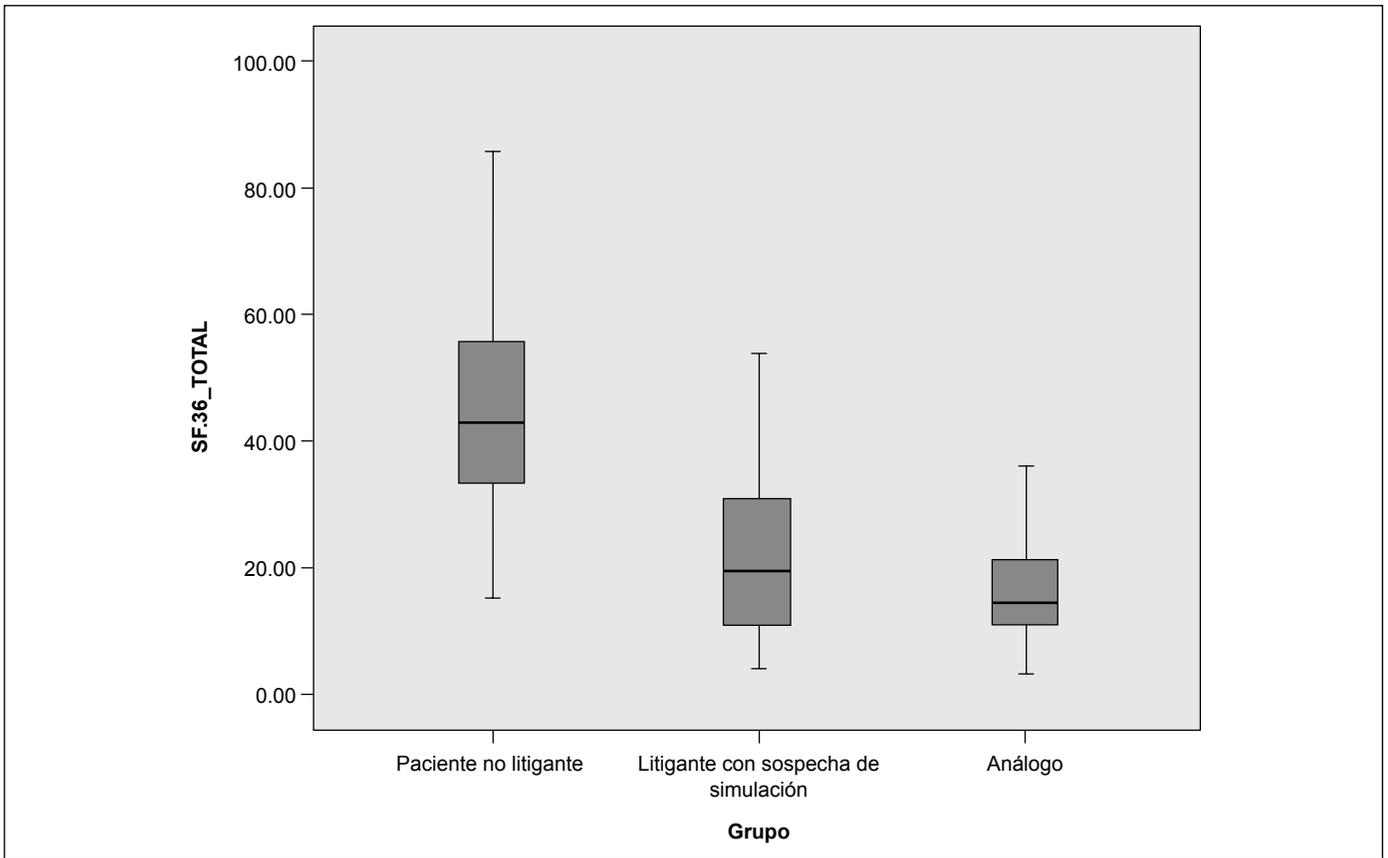


Figura 5. Diagrama de cajas y bigotes de SF-36 total promediada en los grupos de fibromialgia

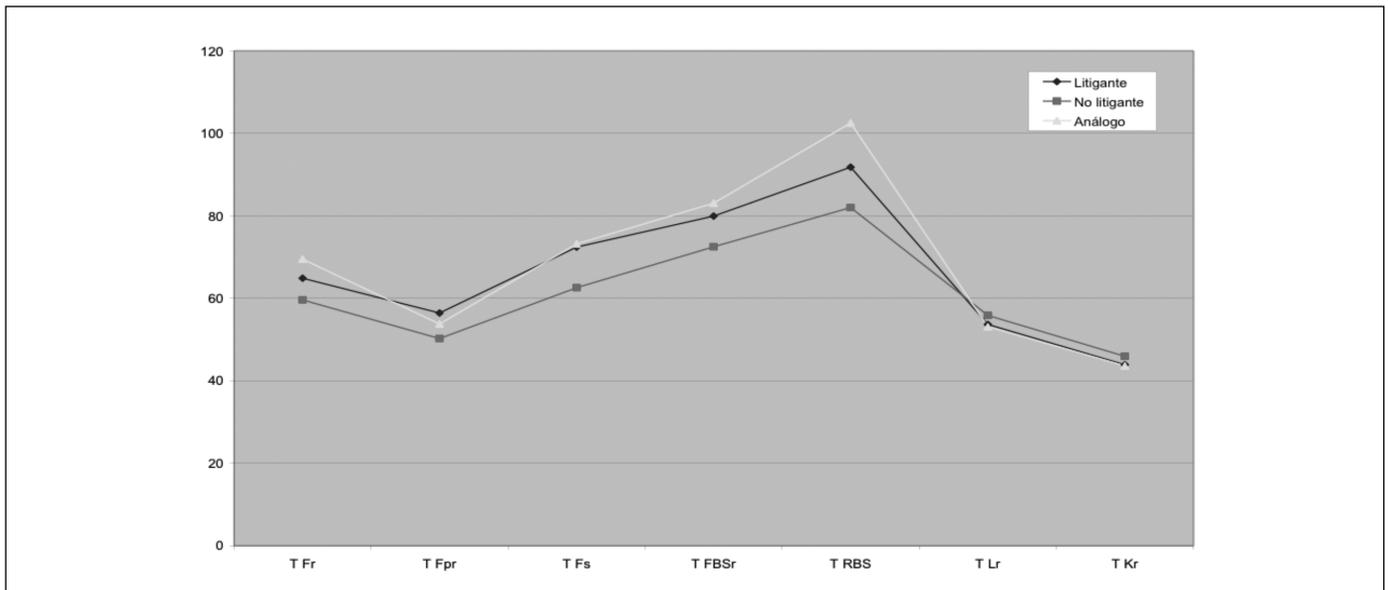


Figura 6. Gráfico de escalas de validez del MMPI-2-RF para fibromialgia

.413. Por el contrario, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en Dn (tabla 2). El análisis *post hoc* de las diferencias empleando el test de Tukey señaló una serie de diferencias. 1) En la escala Dn, la media para la condición de litigante no difería significativamente tanto de la condición de litigante como de la condición de análogo; sin embargo estas dos últimas condiciones (litigante y análogo) no diferían significativamente entre sí. 2) En la escala Ta solo resultaron significativamente diferentes las puntuaciones

entre los grupos de no litigante y análogo ($p = .017$), no siendo significativas las diferencias entre no litigantes y litigantes ($p = .299$) y entre litigantes y análogos ($p = .439$).

La puntuación total del SIMS no resulta significativa ni discriminante entre fibromialgia litigante y no litigante (d de Cohen = 0,34). Más aún, las puntuaciones medias tanto en litigantes (20.7) como no litigantes (18.6) superan el punto de corte sugerido en la adaptación española de la prueba para sospecha de exageración de síntomas (\geq

16). Tan sólo son destacables tamaños significativos pero moderados del efecto en la subescala de deterioro neurológico, aunque las medias de ambos grupos también superan el punto de corte establecido (≥ 3) y las diferencias más grandes se producen con el grupo análogo, que ha sido instruido para exagerar fibromialgia pero sin presentar la patología realmente (figura 7).

Validez Predictiva

Los valores resultantes del área bajo la curva (AUC) para los instrumentos utilizados nos indican que aquellos que parecen presentar mayor exactitud global (Zweig y Campbell, 1993) a la hora de clasificar a los sujetos fibromiálgicos no litigantes frente a los litigantes son el SF-36, el FIQ total y la escala de valoración personal vital; le siguen las escalas de contenido del MMPI-2-RF (EID, RCd, HLP y RC2) y la escala de autoeficacia percibida, para terminar con la escala de deterioro neurológico del SIMS y la escala de validez de los síntomas del MMPI-2-RF (FBSr).

Para determinar los puntos de corte clasificatorios para cada uno de los instrumentos (tabla 3), tuvimos en cuenta el hecho de que, a excepción de la escala de deterioro neurológico del SIMS, los instrumentos empleados en este estudio no están diseñados específicamente para la detección de exageración de síntomas sino para la evaluación clínica general. Por ello primamos los valores de especificidad frente a los de sensibilidad. Además, teniendo en cuenta que la fibromialgia es una patología que parece implicar *per se* cierta tendencia a la exageración de los síntomas (Capilla Ramírez, 2011; González Ordi et al., 2010; Pérez-Pareja et al., 2010), es especialmente importante asegurarnos que el porcentaje de falsos positivos sea lo más reducido posible, de ahí que hayamos extremado los puntos de corte para excluir correctamente a la mayor cantidad de pacientes fibromiálgicos no simuladores, aun asumiendo que la capacidad para

detectar mayor porcentaje de posibles simuladores se vea considerablemente mermada; no obstante, aquellos sujetos que superen los puntos de corte recomendados serán con bastante probabilidad posibles simuladores, especialmente si además existe convergencia entre las diversas pruebas. Inversamente, el SIMS es un instrumento de *screening* para la detección de la exageración de síntomas y su principio básico es el cribaje inicial de posibles sujetos exageradores, por lo que solamente en este caso primamos valores de sensibilidad frente a especificidad, es decir, buscamos detectar el mayor porcentaje de sujetos que exageran síntomas y que la escala de deterioro neurológico pueda actuar como “señal de alarma”, que luego puede verse confirmada o refutada en una evaluación posterior más detallada.

Tabla 3

Puntos de corte, sensibilidad y especificidad en fibromialgia (no litigantes vs. litigantes)

Variables resultado de contraste	Puntos de corte	Sensibilidad	Especificidad
Valoración Personal Vital*	≤ 21	.42	.91
Autoeficacia percibida*	≤ 1.8	.27	.91
SF-36 (total)*	≤ 15.6	.42	.97
FIQ(total)*	≥ 84	.52	.97
SIMS-Dn*	≥ 3.5	.96	.39
MMPI-2-RF FBSr**	≥ 90	.26	.97
MMPI-2-RF EID**	≥ 82	.13	.97
MMPI-2-RF RCd**	≥ 75	.17	.93
MMPI-2-RF RC2**	≥ 84	.13	.97
MMPI-2-RF HLP**	≥ 74	.35	.93

*Puntuaciones directas, ** puntuaciones *T* uniforme

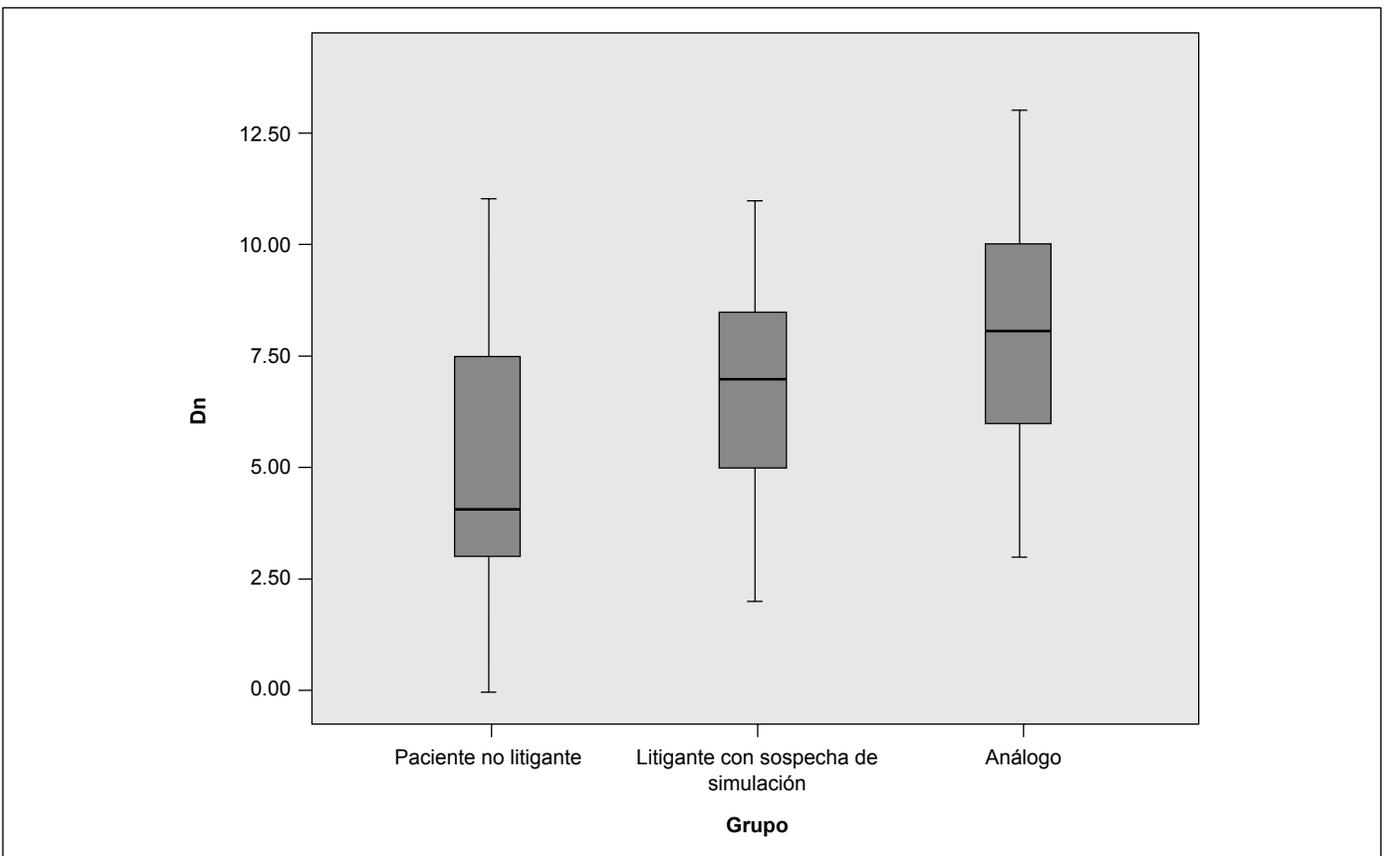


Figura 7. Diagrama de cajas y bigotes para la escala de deterioro neurológico (Dn) del SIMS en los grupos de fibromialgia

Discusión

Para buscar patrones diferenciales entre pacientes fibromiálgicos no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación hemos procurado centrarnos en aquellas variables que mostraran diferencias en los porcentajes o en las puntuaciones medias en diversas pruebas entre no litigantes y litigantes y, al mismo tiempo, estos últimos no mostraran diferencias con el grupo de análogos, es decir, detectar las variables que mostraran que el litigante respondía de forma diferente al honesto y de forma similar al análogo, que había sido instruido para que mintiera deliberadamente. Dadas las características de este estudio, a nuestro juicio este ha sido el mejor método para detectar qué patrón de respuestas presenta un paciente que miente, cuando miente. Según este criterio, el *perfil diferencial* obtenido entre sujetos no litigantes y litigantes con sospecha clínica de simulación es el siguiente:

1) Los pacientes litigantes presentan una menor autoeficacia percibida. Según Baessler y Schwarzer (1996) la autoeficacia percibida se refiere a un sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida. La autoeficacia y las expectativas de resultado aparecen relacionadas con un mejor afrontamiento y menor depresión y, por lo tanto, con menor inadaptación y mejor ajuste al dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002; Turk y Okifuji, 2002). Concretamente, se ha puesto de manifiesto que la autoeficacia ha resultado ser un determinante significativo del funcionamiento físico en pacientes con fibromialgia, además de un buen predictor de los cambios una vez finalizado un programa de ejercicio y del mantenimiento de los logros y mejoras a largo plazo (Oliver y Cronan, 2005). La autoeficacia genera estrategias de afrontamiento positivas ya que se tiende a no evitar situaciones y a persistir en las tareas (Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz, 2009). Con todo ello se podría contribuir a tener más nivel de actividad lo que redundaría en una mejor calidad de vida de los pacientes con fibromialgia (Gutiérrez y Gorriño, 2006). En nuestro estudio los pacientes fibromiálgicos litigantes presentan consistentemente un baja autoeficacia percibida, similar a la de los sujetos análogos, que mienten deliberadamente; no es de extrañar por tanto, que esta variable pudiera actuar como predictor del fracaso del tratamiento, porque aunque se les ofrezcan alternativas terapéuticas y nuevas estrategias de afrontamiento, simplemente no quisieran asumirlas.

2) La valoración personal que los pacientes litigantes hacen de las distintas áreas de su vida cotidiana es peor que la de los no litigantes y similar a los análogos. El instrumento de valoración personal vital, creado *ad hoc* para este estudio, se ha comportado psicométricamente de forma muy aceptable, con un alta consistencia interna y buena validez convergente con autoeficacia percibida, SF-36 y FIQ. Pensamos que este instrumento puede ser útil como herramienta de *screening* en futuros estudios, al proporcionar una imagen rápida de la valoración de la vida del individuo en tan sólo siete ítems.

3) Las puntuaciones en la escala FIQ y en SF-36 indican un mayor impacto de la enfermedad y un peor estado de salud autoinformado en los pacientes en situación de litigancia, similar a la de los análogos que mienten y mucho peor que los no litigantes. Llama la atención la correlación entre ambas pruebas, en el sentido de que entre los pacientes litigantes las puntuaciones indican un importante impacto de enfermedad y mal estado de salud y en los no litigantes se obtiene mejores puntuaciones; esta correlación entre ambas pruebas fue ya descrita por Monterde et al. (2004). Las correlaciones entre FIQ y SF-36 nos indican que los litigantes con sospecha de simulación son muy consistentes en su imagen de discapacidad, respondiendo en la misma dirección a dos pruebas con formato de respuesta diferente y puntuaciones inversas. Esta consistencia no se produce de forma tan marcada ni en los no litigantes ni tan siquiera en los análogos, que mienten deliberadamente a tal efecto.

4) Las puntuaciones en el MMPI-2-RF reflejan dos conclusiones. (1) Las escalas de validez centradas en la exageración de síntomas no

han discriminado entre los distintos grupos de fibromialgia. Esta ausencia relativa de discriminación en la exageración de síntomas entre litigantes y no litigantes en fibromialgia no es de extrañar si consideramos que la evidencia empírica señala que la exageración y dramatización de los síntomas somáticos y cognitivos son intrínsecas a esta patología (Capilla Ramírez, 2011; González Ordi et al., 2010; Pérez-Pareja et al., 2010). (2) Las escalas de contenido del MMPI-2-RF reflejan que los litigantes y análogos (que mienten deliberadamente) se diferencian de los no litigantes por la "actitud negativa ante la vida" con que se autopresentan: manifiestan un mayor nivel de malestar emocional caracterizado por una mayor presencia de experiencias emocionales negativas (EID), tristeza, infelicidad e insatisfacción con la vida (RCd), pesimismo, introsversión e inactividad social, baja energía para el cambio, falta de interés y anhedonia significativa (RC2), incapacidad para cambiar y superar sus problemas así como para alcanzar sus metas en la vida, careciendo de motivación para el cambio y piensan que la vida es injusta y una dura carga (HLP).

5) Al aplicar pruebas de *screening* (SIMS) vemos que existe una ausencia relativa de discriminación en la exageración de síntomas entre litigantes y no litigantes en fibromialgia. Los datos del SIMS van en la misma dirección y por la misma razón que los encontrados en las escalas de validez del MMPI-2-RF, donde encontramos puntuaciones no discriminantes entre situaciones de litigancia y de no litigancia, si bien las puntuaciones son más altas en litigantes.

Limitaciones de nuestro estudio

Nuestro estudio ha pretendido explorar perfiles discriminantes para ayudar a detectar simulación en la fibromialgia. No obstante, existen algunas limitaciones que debemos señalar: 1) es necesario incrementar el número de sujetos de los distintos grupos en futuros estudios con el fin de comprobar si los perfiles obtenidos hasta el momento se mantienen y puede generalizarse con más seguridad y 2) la estrategia investigadora de comparar las condiciones de no litigancia, litigancia y análogos parece fructífera, pero incrementaríamos considerablemente la seguridad de nuestras conclusiones si contáramos además con un criterio de jueces expertos para determinar un grupo de simuladores comprobados, quedando esta vía de investigación abierta.

Extended summary

A multidimensional study on symptom exaggeration in fibromyalgia patients is presented.

Aims

The main aim is to detect discriminant patterns of malingered pain-related disability related to fibromyalgia pain disorder in order to develop a detailed protocol for the assessment of suspected malingering in cases with false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms motivated by external incentives.

Groups

- Fibromyalgia patients not involved in litigation (*non-litigants*, $n = 36$). Patients diagnosed of fibromyalgia in the Public Health System with no recognized status of litigation (sick leave, economical compensation, etc).

- Fibromyalgia patients involved in litigation (*litigants*, $n = 26$). Patients diagnosed of fibromyalgia in the Public Health System on status of litigation plus clinical features of suspected malingering: (1) presence of external incentive; (2) at least one health professional involved in treatment (physicians or physical therapists) suspects that the patient could be malingering; (3) discrepancy between patient's self-reported disability and observed daily life activities; (4)

low adherence to medical and physical treatment; and (5) poor or no treatment improvements.

- Analogue fibromyalgia-instructed participants (*analogues*, $n = 21$). Health participants who were deliberately instructed by the experimenters to simulate fibromyalgia in order to obtain a financial reward or keep sick leave status along the time.

- Control group ($n = 30$)

Tests/procedure

1. Medical complementary tests: Determination of the American College of Rheumatology diagnostic criteria for fibromyalgia by a specialist (rheumatologist) (Wolfe et al., 1990).

2. The Spanish adaptation of the General Self-Efficacy Scale (Baessler & Schwarzer, 1996).

3. Vital Personal Evaluation. Seven-items Patient's self-rating scale on his/her own life's degree of satisfaction (5-points Likert scale: very bad to very good), including: sentimental, social, family, occupational, sexual, physical and psychological aspects (González-Ordi, Capilla-Ramírez, Santamaría, & Casado-Morales, 2012).

4. The Spanish adaptation of the Fibromyalgia Impact Questionnaire – FIQ (Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004).

5. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (Alonso, Prieto, & Antó, 1995).

6. The Spanish adaptation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS. Symptom exaggeration pattern: Total, Psychosis (P), Neurologic Impairment (NI), Amnesic Disorders (AM), Low Intelligence (LI), Affective Disorders (AF) (González-Ordi & Santamaría, 2009).

7. The Spanish adaptation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form – MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008a).

Data analysis

1. The means of the three FM groups (litigants, non-litigants, and analogue) in relation to the instruments used were compared with the application of the unifactorial variance analysis. To do so, the hypothesis of homogeneity of variances was verified by the Levene test and then the effect size (measured by Cohen's d) and observed power for the F -test between the means were estimated. Given that the data comply with the hypothesis of homogeneity of the variances (homoscedasticity), a posteriori contrasts (Tukey's HDS) were used to make the comparison between the groups.

2. Effect sizes. According to Rogers (2008), the following standards were used in categorizing effect sizes (Cohen's d) for the evaluation of malingering response styles: Moderate ≥ 0.75 , large ≥ 1.25 , very large ≥ 1.75 .

3. From scales and subscales that show large effect sizes, predictive accuracy analysis (ROC curves) were carried out in order to obtain tentative cut-off points, sensitivity, and specificity values of the variables that showed significant and discriminant (Cohen's d) differences between litigants and non-litigants but not between litigants and analogue instructed-participants.

Concluding remarks

Considering scales and subscales that reflect differences between litigants and non-litigants, but not between litigants and analogue participants, we can delineate the following characteristics for fibromyalgia patients with suspected malingering in cases with false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms motivated by external incentives:

1. Present poorer life's degree of satisfaction
2. Present lower general self-efficacy

3. From FIQ & SF-36 questionnaires, litigants reported more illness impact in their lives and poorer health status.

4. SIMS & MMPI-2-RF validity scales: No symptoms exaggeration scales presented large effect sizes. Symptom exaggeration is not a key feature in fibromyalgia.

5. MMPI-2-RF scales reflect that litigants present a general "life negative attitude" featured by: low level of emotional adjustment (EID), being dissatisfied with his or her current life circumstances (RCd), lack of positive emotional experience (RC2), pessimism, feelings of hopeless, and lack motivation for change (HLP).

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado gracias a una Ayuda a la Investigación de la Fundación Mapfre.

Referencias

- Alegre de Miguel, C., García Campayo, J., Tomás Flórez, M., Gómez Argüelles, J. M., Blanco Tarrío, E., Gobbo Montoya, M., ... Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 108-121.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados. *Medicina Clínica*, 104, 771-766.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008a). *MMPI-2-RF Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008b). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) user's guide for reports*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Blasco Claros, L., Mallo Caño, M., Mecía Presa, A., Franch Barceló, J., Casaus Sataman, P., Peña-Roca, J., ... Jarioz Pàmias, M. (2006). Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: A predictive index of psychological severity. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 112-122.
- Buskila, D. y Cohen, H. (2007). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 11, 333-338.
- Buskila, D., Neumann, L., Hazanov, I. y Carmi, R. (1996). Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26, 605-611.
- Capilla Ramírez, P. (2011). *Fibromialgia. Estudio de los perfiles de personalidad a través del MMPI-2-RF y el efecto de la litigancia con sospecha clínica de Simulación* (tesis doctoral no publicada). Universidad Camilo José Cela. Madrid.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20, 255-263.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2012). Fibromialgia. En H. González Ordi, P. Santamaría y P. Capilla Ramírez (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA ediciones.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. y Santamaría, P. (2008). *Detección de simulación en dolor crónico*. En libro de resúmenes: VIII Congreso de la Sociedad Española de Traumatología Laboral - SETLA. Logroño.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Tasas de prevalencia de simulación: un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos*. Comunicación presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral - SETLA. Barcelona, 26-28 de Noviembre.
- Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. y Santamaría, P. (2010). *Tasas de Prevalencia de simulación de síntomas en población española*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo, 20-24 de Junio.
- Cathébras, P., Lauwers, A. y Russet, H. (1998). Fibromyalgia. A critical Review. *Annals of Medicine Interne*, 149, 502-508.
- Clauw, D. J. y Crofford, L. J. (2003). Chronic Widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 17, 685-701.
- Dick, B., Eccleston, C. y Crombez, G. (2002). Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis and musculoskeletal pain patients. *Arthritis and Rheumatism*, 47, 639-44.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klem, D., Krupp, L., ... Zisook, S. (1999). Psychosomatic disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40, 57-63.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Fietta, P. y Manganeli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica*, 78, 88-95.

- González Ordi, H. y Capilla Ramírez P. (2009, mayo). Detección de la simulación del dolor crónico. Un enfoque multidisciplinar. *INFOCOPONLINE - Revista de Psicología*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2380&cat
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, B. S. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 393-415.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Santamaría, P. y Casado Morales, M. I. (2012). Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica. *TRAUMA*, 3, 145-154.
- González Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas - SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría, P. y Capilla Ramírez, P. (2012). La simulación como estilo de respuesta. En H. González Ordi, P. Santamaría, y P. Capilla Ramírez (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría, P., Capilla Ramírez, P., Pérez Pareja, J. y Sesé Abad, A. (2010). *MMPI-2-RF y Dolor crónico*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de psicología. Oviedo, 20-24 de Junio.
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J. y Curtis, K. L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychological evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1117-1126.
- Gutiérrez, R. y Gorriño, J. (2006). Fibromialgia. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 64, 773-786.
- Harris, I. A., Murgatroyd, D., Cameron, I., Young, J. M. y Solomon, M. J. (2009). The effect of compensation on health care utilisation in a trauma cohort. *The Medical Journal of Australia*, 190, 619-22.
- Jennun, P., Drewes, A. M., Andreassen, A. y Nielsen, K. D. (1993). Sleep and other symptoms in primary fibromyalgia and in healthy controls. *The Journal of Rheumatology*, 20, 1756-1759.
- Julien, N., Goffaux, Ph., Arsenault, P. y Marchand S. (2005). Widespread pain in Fibromyalgia is related to deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*, 114, 295-302.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., y Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 100-105.
- Mhalla, A., Ciampi de Andrade, D., Baudic, S., Perrot, S. y Bouhassira, D. (2010). Alteration of cortical excitability in patients with fibromyalgia. *Pain*, 149, 495-500.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. y Condit, D. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 24, 1094-1102.
- Monterde, S. Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31, 507-513.
- Nielsen, L. A. y Henriksson, K. G. (2007). Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): The role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21, 465, 480.
- Oliver, K. y Crona, T. A. (2005). Correlates of physical activity among women with fibromyalgia syndrome. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 44-53.
- Peñacoba, C. (2012). *Fibromialgia y Promoción de la Salud. Herramientas de intervención psicosocial*. Madrid: Dykison Ed.
- Park, D. C., Glass, J. M., Minear, M. y Crofford, L. J. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis and Rheumatism*, 44, 2125-33.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H. y Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and Chronic Pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 41-56.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J. y Vallejo, M. A. (2009). Costes económicos asociados al diagnóstico de fibromialgia en España. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 16, 417-418.
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd edition, pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. y Bender, S.D. (2003). Evaluation of malingering and deception. En A. M. Goldstein e I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology. Volume 11: Forensic Psychology* (pp. 109-129). New York: John Wiley & Sons.
- Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del MMPI-2-RF*. Madrid: TEA Ediciones.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Montagne, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J. y Mullins, P. G. (2009). Habituation and sensitization to heat and cold pain in women with fibromyalgia and healthy controls. *Pain*, 140, 420-428.
- Staud, R., Nagel, S., Robinson, M. E. y Price, D. D. (2009). Enhanced central pain processing of fibromyalgia patients is maintained by muscle afferent input: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain* 145, 96-104.
- Turk, D. C. (1996). Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 68, 423-430.
- Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Vallejo, M. A., Comeche, M. I., Ortega, J., Rodríguez, M. F. y Díaz, M. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2, 28-34.
- Vierck, C. J. (2006). Mechanisms underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia). *Pain*, 124, 242-263.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M. y Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 565-571.
- WHO. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10*. Geneva: WHO.
- Wolfe, F., Claw, D. L., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care and Research*, 5, 600-610.
- Wolfe, F., Hawley D. J., Wilson K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 23, 1407-1417.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C. Y y Goldenberg, D. L. (1990). *The American College of Rheumatology. Criteria for classification of fibromyalgia*. Report of the Multicentre Criteria Committee.
- Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36, 339-356.
- Yunus, M. B., Ahles, T. A., Algag, J. C. y Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 34, 15-21.
- Yunus, M. B. y Aldag, J. C. (1996). Restless legs syndrome and leg cramps in fibromyalgia syndrome: a controlled study. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 1339.
- Zweig, M. H. y Campbell, G. (1993). Receiver operating characteristics (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemical*, 39, 561-577.