

Evaluación del daño moral: Procedimiento para discriminar realidad y simulación

Evaluating psychological injury in motor vehicle accidents (MVA): Development and validation of a protocol for detecting simulation

Arce R.¹, Fariña F.², Novo M.¹

¹ Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela

² Departamento AIPSE, Universidad de Vigo

RESUMEN

Dado que en la evaluación forense ha de sospecharse simulación (American Psychiatric Association, 2002) y que la Sala de Justicia nos demanda la evaluación del daño moral en accidentes de tráfico (Ley 30/1995), diseñamos un estudio para contrastar el potencial de simulación de daño moral de los sujetos tanto en una tarea de conocimiento, la entrevista clínica forense (Arce y Fariña, 2004), como de reconocimiento, el MMPI-2, así como de los instrumentos de control de la simulación y de sus combinaciones. Para ello tomamos 105 sujetos, legos en psicopatología, que cumplimentaron el MMPI-2 bajo las instrucciones estándar descartándose patología en ninguno de ellos. Posteriormente, fueron instruidos en la tarea de simulación de daño moral y, una semana después, evaluados a través de una entrevista clínica-forense y, transcurrida otra semana, en el MMPI-2. Los resultados mostraron que los participantes instruidos para que simularan daño moral simulaban en el MMPI-2 la huella psíquica del mismo tanto en las medidas indirectas (hipocondriasis, depresión e histeria) como en las directas, las Escalas de Trastorno de Estrés Postraumático, PS y PK, cifrándose la simulación efectiva en el 64,9%. En la tarea de conocimiento, sólo 4 (3,8%) participantes lograron simular la huella psíquica propia de un accidente de tráfico. El estudio de los instrumentos y procedimientos de control de la validez de las respuestas de los sujetos puso de ma-

ABSTRACT

Bearing in mind that simulation must be suspected in forensic evaluations (American Psychiatric Association, 2002) and that forensic experts are required by courts to assess the psychological injury in a motor vehicle accident (MVA) «moral damage» according the Spanish Law (Spanish Law 30/1995), a study was designed to assess the feigning of moral damage using a cognition task (the forensic clinical interview of Arce and Farina, 2004), and a recognition task (the MMPI-2). A total of 105 subjects lay in psychopathology, responded to the MMPI-2 in line with the standard instructions, no pathology was observed in any of the subjects. Thereafter, subject were trained to feign moral damage generated by a MVA prior to being evaluated using a clinical-forensic interview a week later, and responding to the MMPI-2 another week later. The results show that 64,9% of the subjects were able to effectively feign moral damage on the MMPI-2 both in terms of the indirect measures (hypochondria, depression and hysteria) as well as the direct ones, the posttraumatic stress disorder, PS and PK scales. In the cognition task, however, only 4 subjects (3,8%) were able to feign the moral damage of a MVA. The analysis of the instruments and procedures for the validation of subject responses revealed that neither the original validity control scales of the MMPI-2 (? , L, F, K Scales), nor its combinations that have been found to be effective for the detection of feigning, the

Correspondencia:

R. Arce

Departamento de Psicología Social

Facultad de Psicología

Universidad de Santiago de Compostela

15872 Santiago de Compostela. A Coruña

nifiesto que ni las escalas originales de control de la validez del MMPI-2 (Escala T, L, F, K), ni las combinaciones con implicaciones para la detección de la simulación, el índice de Gough y el perfil en «V invertida», ni el análisis de las estrategias de simulación en la entrevista clínica-forense, permiten aisladamente identificar a todos los simuladores. No obstante, la combinación de todas estas medidas de control sí se muestra totalmente efectiva. Como consecuencia, se propone un protocolo basado en una aproximación multimétodo que permite detección de la simulación de daño moral.

Palabras clave:

Simulación, daño moral, accidente de tráfico, MMPI-2, trastorno de estrés postraumático.

Gough profile indexes «inverted V», or the analysis of feigning strategies in the forensic clinical interview, permit the individual identification of all the feigners. Nevertheless, collectively, all the control measures and procedures were effective for the detection of feigning. Therefore, a protocol based on a multimethod approach for the detection of feigning of moral damage has been proposed.

Key words:

Feigning, psychological injury, motor vehicle accident (MVA), MMPI-2, posttraumatic stress disorder (PSTD).

MAPFRE MEDICINA, 2007; 18 Supl. II: 00-00

INTRODUCCIÓN

La Ley 30/1995, del 8 de noviembre, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor introdujo, por primera vez en España, la valoración del daño psíquico como uno de los elementos a tasación a través del concepto de daño moral. El daño moral se incluye dentro de la categoría del daño no patrimonial, que se define como aquél «cuya valoración en dinero no tiene la base equivalencial que caracteriza a los patrimoniales, por afectar precisamente a elementos o intereses de difícil valoración pecuniaria» (1). Dentro del daño no patrimonial se distingue entre el daño a la salud y el daño moral. Éste último se concreta como aquel que afecta a la víctima como consecuencia de haber experimentado una vivencia traumática que necesariamente no ha de acarrear consecuencias dolosas de carácter patrimonial o físicas (a la salud), mermando en mayor o menor medida, al desempeño de las actividades de la vida diaria -trabajo, relaciones sociales, ocio, relaciones familiares- que pueden verse afectadas hasta el punto que el sujeto se vea en la obligación de abandonarlas debido a la incapacidad que experimenta para llevarlas a cabo con éxito (2). Si bien el legislador previamente ya entendía que las secuelas de un accidente de tráfico, además de las valoradas con anterioridad en relación con el daño patrimonial y físico, también eran de orden psíquico, éstas no se habían reflejado para su estimación sobre la base de la dificultad en la determinación de su existen-

cia como en su valoración y reparación (3 4,5,6) debido, sobre todo, a su carácter subjetivo, individual y personal (4). Este cambio se sustenta en que las mentadas carencias se han subsanado. Por un lado, se ha identificado el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEP) y las medidas indirectas del mismo (hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad) (7,8,9,10) como la huella del daño psíquico al comprobarse sistemáticamente que este trastorno estaba relacionado con situaciones traumáticas de muy diversa índole, tales como agresiones sexuales (11), desastres naturales (12), guerras (13), secuestros, tortura o accidentes (14). Por otro, se han creado instrumentos de medida fiables y válidos (p.e., SIRS, MMPI) que nos posibilitan una medida a la vez que una cuantificación objetiva (v.gr., eje V del DSM-IV-TR) del daño (15). Si bien, en todas las situaciones traumáticas se ha identificado el TEP como el trastorno de referencia, los trastornos secundarios varían de unas a otras. Así, en casos de agresiones sexuales los trastornos secundarios suelen ceñirse a depresión, inadaptación social y disfunciones sexuales en tanto, en el caso que nos ocupa, los accidentes de tráfico, el Estudio Nacional (referido a USA) de Comorbilidad (16) identificó los desórdenes en el estado del ánimo (depresión y distimia) como trastornos secundarios.

Pero, en un contexto como el que nos encontramos, el médico-legal, no es suficiente con diagnosticar un trastorno o trastornos, sino que ha de sospecharse simulación (3). Para este doble objetivo, el diagnóstico clínico y control de la si-

mulación, no es efectiva la evaluación clínica ordinaria. De hecho, la evaluación clínica tradicional nunca ha informado de simulación (15).

Por todo ello nos planteamos llevar a cabo un estudio experimental con un doble objetivo. Primero, evaluar el potencial de simulación de daño moral que tiene un sujeto como consecuencia de haber sufrido un hipotético accidente de tráfico en una tarea de reconocimiento, el MMPI-2, y en una tarea de conocimiento, la entrevista clínica forense (16). Segundo, conocer del potencial de detección del mismo de las escalas de validez del MMPI-2, de las configuraciones de las escalas de validez del mismo, del análisis de las estrategias de simulación en la entrevista clínica-forense, de la consistencia inter-medidas y de su efecto acumulativo.

MÉTODO

Participantes

Para la realización del estudio tomamos 105 sujetos legos en Psicología, 45 varones (42,86%) y 60 mujeres (57,14%), todos ellos mayores de 18 años, con un rango de edades entre los 19 y 75 años y un promedio de 24,12 ($Sx=7,07$). Profesionalmente, 74 eran estudiantes, 22 eran trabajadores por cuenta ajena, 4 parados, 1 jubilado y 4 sin profesión definida. En lo referente al nivel de estudios, 75 cursaban o habían cursado estudios universitarios, 12 estudios medios y 18 estudios primarios.

Diseño

La metodología de investigación empleada fue del tipo experimental y en un ambiente de simulación de alta fidelidad. En concreto, se planificó un diseño de medidas repetidas para conocer la capacidad de simulación de los sujetos en el instrumento psicométrico de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense (17), el MMPI-2, manipulando para ello las «instrucciones» dadas a los participantes: respuesta al MMPI-2 bajo las instrucciones estándar y respuesta al MMPI-2 bajo instrucciones de simulación de daño moral. A su vez, se planificó un contraste de la ejecución de los sujetos en dos formatos de tarea distintos: tarea de reconocimiento en el MMPI-2 (18) y tarea de conocimiento la «entrevista clínica forense» (16).

Instrumentos de medida

En la tarea de conocimiento, los sujetos fueron sometidos a una «entrevista clínica forense» (16), esto es, a una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre que se ha mostrado fiable y productiva en el contexto forense (19,20). El procedimiento consistió en pedir a los sujetos que relataran todo aquello que había cambiado en su vida (i.e., síntomas, conductas y pensamientos) en relación a antes del accidente. Si no informaban de motu propio sobre las relaciones interpersonales, el contexto de trabajo o académicos, relaciones familiares y, en su caso, de pareja, procedíamos a reinstaurar esos contextos específicos de evaluación (eje V del DSM-IV-TR). En cuanto al formato de la entrevista, se optó por éste frente a una entrevista estructurada¹ por la facilidad que supondría para una manipulación de las respuestas en instrumentos en los que los sujetos tienen que reconocer síntomas (tarea de reconocimiento) y no describirlos directamente, en función de lo que padecen (tarea de conocimiento), al ser incluidos los síntomas en las preguntas. Por la misma razón, también se descartó el recurso a checklists suficientemente contrastados como el SCL-90-R (21). La versatilidad de este instrumento recae en que, en principio, los sujetos son capaces de delimitar los síntomas, conductas y pensamientos que tienen a menos que no se muestren colaboradores (la estrategia básica de simulación recogida en el DSM-IV-TR), sufran lesiones neurológicas o padezcan una deficiencia mental (ambas contingencias se descartan en nuestro caso).

Como instrumento de medida en la tarea de reconocimiento utilizamos el MMPI-2 baremado para España por TEA (18). Dados nuestros propósitos de medida clínica del daño psíquico directo e indirecto asociado a un accidente de tráfico y de simulación, tomamos las diez escalas clínicas básicas, las dos escalas adicionales de medida del TEP, y las escalas de validez. La primera de las escalas clínicas básicas es la hipocondría (Hs), que hace referencia al estado físico general, digestión,

(1) Se entiende aquí por entrevista estructurada toda entrevista cuyo formato de preguntas puede servir al sujeto para que confirme síntomas, esto es, serían entrevistas con formatos de pregunta sugestivas.

apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos normales. La segunda, depresión (D) evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos. La tercera, la histeria de conversión (Hy) fue elaborada para diferenciar histéricos de conversión de personas normales. Sus ítems aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo. La cuarta, la desviación psicopática (Pd), mide psicopatía o personalidad asocial y los ítems se refieren a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores. La quinta, masculinidad-feminidad (Mf), es una escala que cubre un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en los que generalmente varones y mujeres difieren. La sexta, paranoia (Pa), la componen ítems que comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad acentuada. La séptima, la psicastenia (Pt); es una escala que permite diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, compuesta por ítems referidos a la ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones. La octava, la esquizofrenia (Sc), evalúa este trastorno. Los ítems se refieren a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos. La novena, la hipomanía (Ma), hace referencia a un estado maníaco moderado, ya que un estado maníaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala aluden a ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, relaciones familiares y conyugales y a algunos síntomas físicos. La décima, la escala de introversión social (Si), se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y no participar en las actividades sociales. Además, tomamos las dos escalas específicas de medi-

da del TEP: la Escala Pk de Keane, Malloy y Fairbank y la Escala Ps de Schlenger y Kulka. Para el control de la validez de los protocolos recurrimos a las cuatro escalas de validez: la escala de interrogantes, la Escala K, la Escala F y la Escala L. La puntuación interrogante, que es la suma del número de ítems dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación. La Escala K o factor de corrección se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de examen. En concreto, una puntuación elevada es propia, entre otras hipótesis, de «fingir buena imagen» en tanto una puntuación baja lo es de «fingir hacerse el enfermo». La Escala L (Mentira) se orienta a una evaluación del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación). La Escala F (Incoherencia), se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoideas, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que puntuaciones elevadas advierten de una posible simulación. Además de los indicadores originales de validez del protocolo, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con los originales, los indicadores adicionales de validez, la Escala Fb (F posterior), la Escala TRIN y la Escala VRIN. La Escala Fb tiene como objeto identificar un registro en el que el sujeto ha dejado de prestar atención o presenta un patrón de respuestas azaroso. Las escalas TRIN y VRIN miden la inconsistencia de las respuestas verdadero y respuestas variables, respectivamente. Por último, a partir de los resultados obtenidos de las escalas de validez del MMPI-2, calcularemos los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos (22): el índice F-K, y el perfil en «V invertida». El índice F-K, también conocido como «índice de Gough», se ha observado que es un indicador robusto de los intentos de proporcionar una mala imagen en tanto el perfil en «V invertida» advierte de la exageración de síntomas (23).

Procedimiento

En un primer momento, la tarea de los participantes consistió en responder al cuestionario MMPI-2 (18) bajo las «instrucciones estándar» del propio MMPI-2 para un cotejo de su estado clínico. Se les comunicó que se iba a efectuar una evaluación clínica de cada uno de ellos y que, si lo deseaban, se les haría un informe de su estado clínico. Todos ellos participaron de forma voluntaria. Los pases se produjeron individualmente. Al terminar de cumplimentar el MMPI-2, se les explicó que volveríamos a reevaluarlos transcurrida una semana. Para esta nueva medida se les instruía en lo que denominamos «instrucciones de simulación». Éstas consistían en solicitarles que se pusiesen en el lugar de una persona que, tras haber sufrido un accidente de tráfico, simulaba las secuelas psicológicas del mismo con el fin de obtener una sustanciosa indemnización económica. Se les permitió este intervalo de tiempo para que se formaran o entrenaran en lo que estimaran conveniente. Al cabo de una semana, los participantes fueron evaluados por medio de una entrevista clínica forense que fue grabada en vídeo para los subsecuentes análisis. Finalmente, en torno a una semana después, los participantes fueron evaluados de nuevo a través del MMPI-2 bajo las instrucciones de simulación. Para dotar de mayor realismo a este experimento y para lograr una mayor implicación de las participantes, recurrimos al ofrecimiento de una recompensa de tipo económico (150 Euros) a las cuatro mejores simulaciones.

Análisis de los protocolos

Las entrevistas en formato de discurso libre, tras ser grabadas en vídeo, fueron sometidas a un análisis de contenido sistemático. El objeto de este análisis de contenido era detectar criterios diagnósticos del daño psíquico. Las categorías de análisis fueron tomadas del DSM-IV-TR (3). Así, creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que se ha denominado sistemas de categorías metódicas (24). En concreto, las categorías de análisis las conformaron todos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR pero centrándonos más específicamente en el Trastorno por Estrés Postraumático como huella psíquica de un accidente de tráfico.

La detección de las categorías respondía a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos. Por ejemplo, el deterioro de memoria puede ser manifestado directamente por el sujeto o ser inferido por el codificador tras la entrevista.

A su vez, se codificaron, por los mismos evaluadores pero en distintas tareas, 8 estrategias² a las que los potenciales simuladores recurren a la hora de simular (25,15): No cooperación con la evaluación; síntomas sutiles; síntomas improbables; síntomas obvios; síntomas raros; combinación de síntomas; severidad de síntomas; y consistencia de síntomas.

Tras el análisis de contenido de la entrevista de cada sujeto, los codificadores evaluaban si, a tenor de los criterios detectados, se cumplía algún trastorno y, en su caso, si dicho trastorno era constitutivo de daño moral, esto es, si se daban los criterios del TEP.

Entrenamiento de Codificadores

En este estudio participaron dos codificadores, uno con experiencia previa en codificación de este tipo de material y con conocimientos de evaluación psicopatológica (19). Los codificadores fueron exhaustivamente entrenados en éste y otros sistemas de codificación. El entrenamiento consistió, tras presentarles y ejemplificarles cada categoría de análisis, en la ejecución con material del estudio que no iban a codificar con posterioridad, utilizando el índice de concordancia como instrumento de cotejo de la ejecución lo que permitía, constatada inconsistencia, subsanar errores de codificación a través de la homogeneización de criterios.

Las definiciones de las categorías de análisis se correspondían con las de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Por ello, los codificadores contaban en la codificación con dicho manual y otro de creación propia con ejemplos de cada ca-

(2) La escala de evaluación era de 7 puntos (de "no hay evidencia de la misma" a una "alta evidencia de uso o muy alta") según el número de observaciones de la categoría concreta (de 0 a 7 ó más) y que, posteriormente, fueron recodificadas en sí v. no). No obstante, las categorías "cooperación con la evaluación" y "consistencia de síntomas" se mostraron improductivas con lo que se codificaron sistemáticamente como "no presentes".

tegoría como referencia para la codificación y definición de las categorías de análisis.

Análisis de la fiabilidad de las codificaciones

El material se dividió en dos mitades equivalentes, de modo que cada uno codificó en torno al

50% de las entrevistas, y se distribuyó de manera aleatoria entre los codificadores. De este modo, uno de ellos analizó 57 protocolos y el otro los restantes 48.

Para calcular la fiabilidad intra-jueces, los codificadores repitieron, una semana después del fin de la codificación original, 12 (en torno al 20%)

TABLA 1. Índice de concordancia de las codificaciones

VARIABLE	INTRA1	INTRA2	INTER1-2	INTER2-1
Miedo intenso	1	1	,92	,92
Recuerdos recurrentes	,83	1	,92	,92
Sueños desagradables	1	1	,83	,92
Revivir el suceso	1	1	1	1
Malestar psicológico intenso	,83	,83	,92	,83
Reactividad fisiológica	1	1	1	1
Evitación de pensamientos	1	,92	1	1
Evitación de actividades	1	1	1	1
Amnesia	1	1	1	1
Disminución del interés	1	,92	,83	,92
Distanciamiento de los demás	,92	,83	,83	,92
Limitación en afectividad	1	1	,92	1
Futuro desolador	1	1	,92	,92
Insomnio	1	1	1	1
Irritabilidad	,92	1	,92	,92
Dificultades de concentración	,92	,92	,83	1
Hipervigilancia	1	1	1	,92
Respuestas exageradas sobresalto	1	1	,83	,92
Efectos en el trabajo	1	1	1	1
Efectos en la vida social	1	1	1	1
Efectos en el tiempo libre	1	1	1	1
Efectos en la relación de pareja	1	1	1	1
Efectos en la relación familiar	1	1	1	1
Efectos en la vida global	1	1	1	1
Combinación de síntomas	1	1	1	1
Síntomas obvios	1	1	1	1
Síntomas sutiles	1	1	1	1
Síntomas raros	1	1	1	1
Síntomas improbables	1	1	1	1
Severidad de síntomas	1	1	1	1
No cooperación con evaluación	1	1	1	1
Consistencia de síntomas	1	1	1	1

Nota: IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos). Sólo relacionamos la sintomatología propia del TEP y las estrategias de simulación por conformar nuestro objetivo de investigación. El criterio A1 del TEP «haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física» se asume en todos los casos ya que sería el accidente del que se simula el daño psíquico. Los restantes síntomas clínicos pueden solicitarse a los autores por parte del lector interesado. En todo caso, no se observó sintomatología psicótica o psicopática alguna.

TABLA 2. Prueba T para una muestra. Valor de prueba = 70. Respuestas simuladas

VARIABLE	t	p	M	Sx
Hipocondría	6,80	,000	80,23	15,42
Depresión	7,68	,000	79,09	12,12
Histeria de conversión	5,47	,000	76,75	12,66
Desviación psicopática	-1,70	,093	68,01	12,03
Masculinidad-Feminidad	-18,84	,000	52,81	9,35
Paranoia	2,81	,006	74,61	16,84
Psicastenia	4,95	,000	75,65	11,70
Esquizofrenia	7,42	,000	83,10	18,09
Hipomanía	-8,73	,000	59,71	12,07
Introversión social	-1,08	,281	68,63	12,98
T.E.P/Escala PK	4,33	,000	75,01	11,87
T.E.P/Escala PS	4,40	,000	74,85	11,28

Nota: G.L (104).

de las entrevistas que ellos mismos habían evaluado. Asimismo y para obtener la fiabilidad inter-jueces, cada codificador analizó el 10% de los protocolos que inicialmente había codificado el otro codificador.

Se consideran evaluaciones concordantes aquellas que superan el punto de corte ,80 (26), que es más restrictivo que los valores kappa³. Contrastados nuestros resultados, que pueden verse en la Tabla 1, para los criterios del TEP y las estrategias de simulación, podemos sostener que las evaluaciones son consistentes inter-, intra-evaluadores, en el tiempo e inter-contextos. En suma, los datos son fiables (27).

RESULTADOS

Estudio de la simulación en las escalas del MMPI-2

Para poder cumplir el primer objetivo de este estudio, conocer el potencial de simulación de daño moral, procedimos a comparar las respuestas de la condición de simulación con el punto de corte a partir del cual se tiene «la impresión diagnóstica» de que un sujeto es patológico, que es 70 en puntuaciones típicas (28). Los resultados (véase la Tabla 2) ponen de manifiesto que los sujetos igualan o sobrepasan significativamente

este punto en las escalas clínicas básicas de hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e introversión social. Estos resultados confirman que los participantes instruidos para que simularan daño moral presentan la huella psíquica del mismo tanto en las medidas indirectas del mismo, esto es, hipocondriasis, depresión e histeria (7,8, 9,10) como en las directas, las Escalas de Trastorno de Estrés Postraumático, PS y PK. No obstante, los mismos resultados también advierten de daños clínicos en la desviación psicopática, la tríada psicótica (paranoia, esquizofrenia y psicastenia) y la introversión social, que no están relacionadas con la huella psíquica producida por un accidente de tráfico (14,29,30). Finalmente, encontramos que los participantes, en la condición de simulación, no evidencian padecer un trastorno de género (masculinidad-feminidad) ni hipomaníaco.

(3) La kappa de Cohen mide el acuerdo entre las evaluaciones de dos jueces cuando ambos están valorando el mismo objeto. Un valor igual a 1 indica un acuerdo perfecto, en tanto 0 indica que el acuerdo no es mejor que el que se obtendría por azar. La fórmula es: $K = \frac{Po - Pc}{1 - Pc}$

Donde Po es el porcentaje de concordancia, y Pc es la probabilidad de que los dos codificadores coincidan si las puntuaciones se distribuyesen al azar.

Estudio del cambio en la evaluación clínica en el MMPI-2

Si bien de los resultados anteriores se desprende un potencial de simulación efectiva en las medidas directas e indirectas del daño psíquico relacionado con un accidente de tráfico, a la vez que confunden éste con otra sintomatología independiente, éstos no garantizan el mismo, ya que no se ha contrastado si los efectos ya estaban presentes previamente a la medida de simulación. Para poder dar respuesta a este interrogante, procedimos con un diseño de medidas repetidas a estudiar los efectos de las instrucciones en la medida clínica. Los resultados informan de un efecto multivariado mediado por el factor «instrucciones» (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación) en las escalas básicas del MMPI-2, $F_{\text{multivariada}}(10,95) = 42,69$; $p < ,001$; $\eta^2 = ,818$. Además, la potencia de la relación es tal que el factor «instrucciones» da cuenta de prácticamente el 82% de la varianza.

Los efectos univariados, que pueden verse en la Tabla 3, nos indican que los participantes incrementan las puntuaciones en la dirección patológica en todas las medidas clínicas en la condición de «instrucciones de simulación», en contraste con la respuesta bajo «instrucciones estándar», donde encontramos normalidad clínica (Ms en torno a 50). Asimismo, el estudio de casos descarta patología entre los participantes en la condición de «instrucciones estándar». En suma, los sujetos siguen como táctica general de simulación «reconocer como padecida toda la sintomatología presentada».

En relación con la medida directa del TEP, encontramos que, en las Escalas PK y PS (ver Tabla 4), se produce un incremento significativo mediado por el factor instrucciones. Sucintamente, en las instrucciones estándar no se constata un TEP ($M = 49.98$ y 49.61 para PK y PS, respectivamente), esto es, la población es sana en lo que se refiere a este trastorno, en tanto en

TABLA 3. Contrastes univariados. Efecto de las instrucciones en las escalas básicas del MMPI-2.
Pruebas de los efectos intra-sujetos

Escalas clínicas básicas	MC	F	p	Eta ²	Mes	Msi	1-B
Hipocondría	48184,58	303,58	,000	,74	49,93	80,23	1
Depresión	46622,10	308,43	,000	,75	49,28	79,09	1
Histeria	36221,73	330,26	,000	,76	50,49	76,75	1
Desviación psicopática	12404,74	119,75	,000	,53	52,64	68,01	1
Masculinidad-feminidad	376,00	8,04	,005	,07	50,13	52,81	,802
Paranoia	34560,17	291,79	,000	,74	49,99	75,65	1
Psicastenia	32091,50	196,17	,000	,65	49,88	74,61	1
Esquizofrenia	59068,97	287,43	,000	,73	49,56	83,10	1
Hipomanía	3108,88	39,74	,000	,28	52,02	59,71	1
Introversión social	20562,30	158,61	,000	,60	48,84	68,63	1

Nota: GL (1,104). Mes= Media de las respuestas bajo «instrucciones estándar»; Msi= Media de las respuestas bajo «instrucciones de simulación».

TABLA 4. Pruebas intra-sujetos para el factor efecto de las instrucciones en las escalas de medida del TEP

Escalas	MC	F	p	Eta ²	Mes	Msi	1-B
TEP/Escala PK	32887,54	307,76	,000	,747	49,98	75,01	1,000
TEP/Escala PS	33440,48	318,41	,000	,754	49,61	74,85	1,000

Nota: GL (1,104). Mes= Media de las respuestas bajo «instrucciones estándar»; Msi= Media de las respuestas bajo «instrucciones de simulación».

TABLA 5. Contrastes univariados. Efecto de las instrucciones en las escalas de control del MMPI-2. Pruebas de los efectos intra-sujetos

Escalas de control de la validez	MC	F	p	eta ²	Mes	Msi	1-B
Escala? (No Respuestas)	43,886	10,51	,002	,092	1,91	,99	,895
Escala L (Mentira)	1029,64	1,28	,260	,012	48,81	53,24	,202
Escala F (Incoherencia)	53536,23	132,88	,000	,561	49,19	81,12	1
Escala K (Factor Corrector)	2558,97	49,60	,000	,323	50,24	43,26	1

Nota: G.L. (1,104). Mes= Media de las respuestas bajo «instrucciones estándar»; Msi= Media de las respuestas bajo «instrucciones de simulación».

la condición de simulación no sólo se observa un incremento significativo de los valores de estas medidas del trastorno sino que entran dentro de la región patológica ($T \geq 70$, ver Tabla 2). Complementariamente, en el estudio de casos no hallamos sujeto alguno con TEP en la condición «instrucciones estándar». Estos datos vienen a confirmar la capacidad de simulación de la huella psíquica directa de un accidente de tráfico con la especificación, además, de que previamente la población no padecía el trastorno, con lo que el efecto es debido totalmente a su capacidad de simulación.

Estudio de la simulación en las escalas de validez del MMPI-2

Estudio del cambio en las escalas originales de validez del MMPI-2

Mediante un contraste multivariado encontramos que las escalas de control de la validez de las respuestas son sensibles a la manipulación del factor simulación (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación), $F_{\text{multivariada}}(4,101)=35,63$; $p < ,001$; $\eta^2 = ,577$. Además de la significatividad del efecto, encontramos que dicho factor explica casi el 60% de la varianza.

Los contrastes univariados (ver Tabla 5) informan de un aumento significativo en los valores de la Escala F (Incoherencia), de un descenso en la Escala K (Factor Corrector), de un decremento en la Escala ? (Escala de No Respuestas), mientras que la escala L (Mentira) se mantiene constante. Estos resultados alertarían de una posible funcionalidad de las escalas de validez ?, F y K y en este contexto forense.

Estudio de la potencia estadística y de clasificación clínica de las escalas originales de validez

Conocido el posible potencial de uso de estas escalas de validez para la detección de la simulación de daño moral por accidente de tráfico, el siguiente paso a dar era averiguar la potencia estadística y la direccionalidad de la sensibilidad mostrada ante la simulación, a la vez que la robustez en la clasificación de casos, esto es, con diseños de $n=1$ tal y como es propio en la práctica forense.

El modelo criminológico explicativo de la simulación asume como estrategia básica del simulador la no respuesta o no cooperación en la evaluación (25,3). En el MMPI-2, ésta se mide a través de la Escala de Interrogantes (o, lo que es lo mismo, de no respuestas), cuyo punto de corte para anular un protocolo se establece en 30 ó más ítems sin respuesta. En nuestro caso, ninguno de los participantes, en la condición de respuestas bajo «instrucciones de simulación», fue detectado por este indicador como simulador. Aún es más, la tendencia observada estadísticamente incide en la dirección contraria: un descenso en el número de ítems no contestados en la condición de simulación (ver Tabla 5).

En la escala de validez L, que no es una medida de simulación sino de disimulación, puntuaciones muy altas ($T \geq 70$) estarían advirtiendo que el sujeto estaría manipulando su imagen hacia la deseabilidad social. Obviamente, esta estrategia es contraria a los intereses del simulador con lo que no deberían presentar puntuaciones en esta línea. Los datos nos advierten que los simuladores no obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión, o lo que es lo mismo, que no manipulan las

respuestas hacia la deseabilidad social, ($M=53,23$; $Sx=38,58$), $t(104)=-22,137$; $p<,001$. No obstante, el estudio de casos informa que 4 de los sujetos presentan un estilo de respuestas propio de la deseabilidad social, o sea, de acuerdo con este indicador, estarían ocultando síntomas.

El contraste de la media observada en la Escala F ($M=81,12$; $Sx=26,97$), que mide características difícilmente aceptables por personas atentas, con el punto a partir del cual se obtiene la «impresión diagnóstica» de simulación ($T\geq 70$), nos advierte que estamos ante un indicador fiable de simulación, $t(104)=4,226$; $p<,001$. Ahora bien, el estudio de casos puso de manifiesto que sólo el 59,05 % de los sujetos simuladores (62 sujetos) era clasificado correctamente por esta escala como simulador, lo que no lo convierte en un indicador de simulación mejor que el azar, $\chi^2(1)=3,44$; ns. En resumen, la escala de validez F es un indicador de simulación fiable estadísticamente pero no es robusto en la clasificación de casos.

La escala K, que es muy útil a la hora de detectar a sujetos que fingen tener serias dificultades emocionales, previene de una potencial simulación en puntuaciones bajas ($T<50$) y en altas ($T\geq 70$) de disimulación. El contraste de la media observada ($M=43,26$; $Sx=8,86$) con el punto de corte a partir del cual se informa de posible simulación ($T<50$) nos indica que este estimador de la simulación es estadísticamente efectivo, $t(104)=7,8$; $p<,001$. Por su parte, el estudio de casos mostró una clasificación correcta como simuladores del 78,1% de los sujetos, con lo que es un indicador fiable de simulación, $\chi^2(1)=33,15$; $p<,001$. Ahora bien, el 22,2% de los sujetos sobrepasaría este control de validez, dato que se aparta del criterio de significación estadística ($<,05$), $Z(105)=8,09$; $p<,001$. En otras palabras, este índice permite un margen de error más allá del asumible estadísticamente. Por otro lado, el estudio de casos revela que ninguno de los sujetos en una tarea de simulación presenta una puntuación T igual o superior a 70, esto es, no utilizan una estrategia de fingir una buena imagen de sí mismos. En suma, la escala K presenta un potencial de detección de la simulación alto, pero con un margen de error también considerable.

Configuraciones de las escalas de validez

Para el estudio de la validez de los protocolos, además de las escalas originales de control del MMPI (v. gr., «interrogantes», L, K y F), también se han propuesto diversas combinaciones de las mismas. Éstas, en principio, constituyen índices más robustos con los que validar o invalidar los resultados obtenidos en el protocolo. Dos son las combinaciones de los índices de validez con implicaciones para la detección de la simulación que se han mostrado efectivas (22): el índice F-K o índice de Gough y el perfil en «V invertida». El primero de los índices, F-K, es válido para detectar el intento de proporcionar una mala imagen (23) siendo el punto de corte establecido para informar de un intento de simulación una diferencia entre F y K positiva e igual o superior a 10, en puntuaciones directas, e igual o superior a 30 si utilizamos puntuaciones T (15). De nuestros datos se desprende que la puntuación media obtenida es mayor de 30 ($M=37,87$; $Sx=32,01$), $t(104)=2,52$; $p<,05$. No obstante, el estudio de casos nos muestra que el índice de Gough sólo clasificaría correctamente al 55,2% de los simuladores, lo que no le convierte en fiable, $\chi^2(1)=1,152$; ns, ya que el valor de clasificación correcta es similar al azar. Por su parte, el perfil «V invertida» (v. gr., puntuaciones en L y K por debajo de 50 y puntuaciones $F>80$) es un indicador propuesto para la detección de intentos de exageración de síntomas. Mediante este índice constatamos que tan sólo 25 sujetos serían detectados correctamente, es decir, un 23,81% lo que le convierte en un indicador sensiblemente menos efectivo que el azar, $\chi^2(1)=28,81$; $p<,001$. En suma, el perfil en «V invertida» no es un indicador robusto de simulación. En consecuencia, las combinaciones de índices no son eficaces en la detección de la simulación de daño psíquico motivado por un accidente de tráfico.

Estudio de los indicadores adicionales de validez

Las escalas adicionales de validez TRIN y VRIN no son sensibles al factor instrucciones con lo que carecen de valor para la detección de respuestas de simulación de secuelas clínicas originadas por un accidente de tráfico. Por su parte,

TABLA 6. Efecto de las instrucciones en los indicadores adicionales de validez del MMPI-2. Pruebas de los efectos intra-sujetos

Escalas de control de la validez	MC	F	p	etaÇ	Mes	Msi	1-B
TRIN	224,23	3,21	,076	,030	50,56	48,49	,426
VRIN	3,73	,045	,832	,000	48,98	49,25	,055
Escala Fb (F posterior)	84160,08	238,73	,000	,697	48,84	88,88	1

Nota: G.L. (1,104). Mes= Media de las respuestas bajo «instrucciones estándar»; Msi= Media de las respuestas bajo «instrucciones de simulación».

en la Escala Fb observamos un incremento significativo mediado por el factor instrucciones (ver Tabla 6). Asimismo, contrastado el valor teórico de corte para la simulación (T=70) con la media obtenida en la condición “instrucciones de simulación” (M= 88,88; Sx=2,35), encontramos que este estimador de simulación es fiable, $t(104)=8,05$; $p<,001$. El estudio de casos sitúa a este indicador de simulación como robusto (71,43%), $r^2(1)=19,29$; $p<,001$, aunque el margen de error también es significativamente elevado (valor de contraste ,05), $Z(105)= 11,08$; $p<,001$. Se abre, pues, una puerta al estudio del poder discriminativo de esta escala en una tarea como la aquí propuesta.

Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores originales de validez del MMPI-2

La consistencia en los resultados de la evaluación es una condición necesaria para que se pueda concluir tanto judicialmente (31), en Sentencia del TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808 y Sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987, como en la prueba psicológico-judicial (32). Asimismo, para que un perfil sea invalidado, en nuestro caso por simulación, se requiere que, al menos, en dos de las escalas originales de validez relevantes para la simulación (F, F y K) o de sus combinaciones (F-K y Perfil en «v invertida») los sujetos presenten puntuaciones invalidantes (33,28). Por ello procedimos a estudiar el efecto acumulativo de estos índices y sus configuraciones. Los resultados, cuyas contingencias pueden verse en la Tabla 7, ponen de manifiesto un efecto acumulativo efectivo del 57.14%, que no constituye una clasificación correcta mejor que el azar, $r^2(1)=2.14$;

TABLA 7. Índices de validez y simuladores detectados

Nº de índices	Simuladores detectados
0	18
1	27
2 ó más	60

ns. Así pues, el 42,86 % (n=45) de los participantes sobrepasarían estos controles efectivamente. El análisis caso a caso de estos 45 sujetos pone de manifiesto que 14 no simulan el daño esperado y 5 presentan un perfil en diente de sierra que lo invalida. En suma, 26 participantes (24,76%) son simuladores perfectos en esta tarea.

Estudio de la simulación en una tarea de conocimiento: la entrevista clínica-forense.

En las declaraciones simuladas de daño psíquico asociado a un accidente de tráfico (ver Tabla 8), se observa que los sujetos presentan los siguientes criterios propios de un TEP más allá de lo esperado por azar (probabilidad $>,05$), o sea, constituyen sintomatología accesible: a) respuestas intensas de miedo; b) recuerdos recurrentes; c) sueños desagradables; d) conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo (*flashback*); e) malestar psicológico intenso cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; f) respuestas fisiológicas; g) evitación de actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma; h) distanciamiento de los demás; i) limitación en afectividad; j) futuro desolador; k)

TABLA 8. Análisis de la sintomatología accesible y la sutil

VARIABLE	Proporción observada	Z	p
CRITERIO A			
Temor intenso	,276	10,61	,001
CRITERIO B			
Recuerdos recurrentes	,286	11,08	,001
Sueños desagradables	,295	11,5	,001
Revivir el suceso	,638	27,61	,001
Malestar exposición estímulos	,429	17,79	,001
Respuestas fisiológicas	,295	11,5	,001
CRITERIO C			
Evitación de pensamientos	,057	,032	ns
Evitación de actividades	,333	13,29	,001
Amnesia	,0	---	---
Disminución del interés	,533	22,67	,001
Distanciamiento de los demás	,701	30,56	,001
Limitación en afectividad	,438	18,21	,001
Futuro desolador	,352	14,18	,001
CRITERIO D			
Dificultades con sueño	,438	18,22	,001
Irritabilidad o ira	,486	20,47	,001
Dificultades de concentración	,486	20,47	,001
Hipervigilancia	,009	-1,92	,05
Respuestas exageradas de sobresalto	,038	,056	ns
CRITERIO F			
Deterioro laboral	,752	32,96	,001
Deterioro social	,695	30,28	,001
Deterioro en la relación de pareja	,438	18,22	2,05
Deterioro en la relación familiar	,59	25,35	,064
Malestar clínico significativo	,876	38,78	,001

Nota: G.L.(1). El criterio A1 del TEP «haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física», se asume en todos los casos ya que sería el accidente del que se simula el daño psíquico.

dificultades para conciliar o mantener el sueño; l) irritabilidad/ataques de ira; m) respuestas de alarma exagerada; y n) un deterioro significativo consecuencia del accidente de tráfico en las áreas de trabajo, vida social, relación familiar, relación de pareja y malestar clínico significativo. En resumen, en términos de la evaluación diagnóstica del TEP del DSM-IV-TR, resultan accesibles a la simulación los Criterios A (v. gr., son el accidente en sí y haber respondido con un temor, una desesperanza o un terror intensos); cinco de los Criterios B (recuerdos recurrentes, sueños desagra-

dables, episodios de flashback, malestar ante la exposición estímulos asociados al trauma; y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos asociados al trauma); cuatro de los Criterios C (p. e.j., evitación actividades, distanciamiento de los demás, limitación en afectividad y futuro desolador); se confirman tres de los Criterios D (i.e., dificultades para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, y dificultades para concentrarse); y el Criterio F en su totalidad (malestar clínico significativo y deterioro en la actividad social, laboral, familiar y de pareja). En tér-

minos operativos, son accesibles a la simulación los criterios A (los dos síntomas), B (más de un síntoma), C (tres o más síntomas), D (uno o más) y F con lo que, en general, la simulación de TEP como secuela de un accidente de tráfico es asequible.

De estos mismos datos (ver Tabla 8) también se desprende que hay una sintomatología sutil ($p \leq 0,05$): evitación de pensamientos, amnesia, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

El estudio de casos clínicos nos advierte que 4 (3,8%) de los participantes fueron capaces de simular efectivamente la sintomatología vinculada con las secuelas psíquicas de un accidente de tráfico. En suma, la accesibilidad de la simulación en la tarea de conocimiento es inferior a la significatividad estadística ($,05$) y el grado de dificultad de simulación es mayor en la tarea de conocimiento ($,038\%$) que en la de reconocimiento ($,649$), $Z(105)=242,66$; $p<,001$.

Estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica-forense

El primer dato reseñable es que ninguno de los sujetos recurre a la estrategia general descrita en el modelo criminológico (3) «la no cooperación con la evaluación» (medida a través de la evitación de la evaluación o no respuesta) y, contrariamente a la propuesta de algunos autores (25), no fue advertida en ningún caso la falta de consistencia entre los síntomas manifestados por el sujeto en su evaluación y lo observado por el codificador. Entre las categorías productivas encontramos (véase la Tabla 9) que la referencia a

sintomatología obvia, es decir, síntomas que se relacionan popularmente con la locura (34), conforma una estrategia efectiva en la detección de los simuladores de accidentes de tráfico. Asimismo, los simuladores informan de síntomas sutiles (esto es, advierten padecer problemas cotidianos que no son propios de la huella psíquica que deja un accidente de tráfico). También señalan que presentan síntomas raros o, lo que es lo mismo, síntomas que difícilmente se observan incluso en poblaciones psiquiátricas. Además, observamos que los simuladores se valen de la combinación de síntomas que es muy poco probable que se den conjuntamente. A su vez, los resultados muestran un impacto significativo en los protocolos de simuladores de la estrategia síntomas improbables; en otras palabras, relatos de síntomas con carácter fantástico o ridículo. Finalmente, los simuladores confieren a los síntomas informados una alta severidad. Por su parte, los simuladores acuden con una frecuencia significativa ($>,05$) a las estrategias de simulación «síntomas obvios», $Z(105)=8,4$; $p<,001$, «síntomas sutiles», $Z(105)=28,97$; $p<,001$, «síntomas raros», $Z(105)=2,58$; $p<,05$, y severidad de síntomas, $Z(105)=7,04$; $p<,001$, en tanto no se valen de las estrategias «combinación de síntomas», $Z(105)=,36$; ns, y «síntomas improbables», $Z(105)=,99$; ns, menos o igual de lo esperado por azar ($\leq,05$). Acumulativamente, los participantes utilizaron alguna de las estrategias habituales de simulación en el 76,2% de los protocolos con lo que este indicador de simulación es más fiable que el azar ($p=,5$), $\chi^2(1, n=105)=28,81$; $p<,001$.

TABLA 9. T para una muestra, valor de prueba 0 y probabilidad de detección de simulación

Estrategia	t	p	M	Sx	pDC
Síntomas obvios	4,22	,000	,37	,9	,229
Síntomas sutiles	11,99	,000	1,51	1,29	,667
Síntomas raros	3,12	,002	,29	,94	,105
Combinación de síntomas	1,82	,072	,09	,48	,038
Síntomas improbables	1,64	,105	,1	,6	,029
Severidad de síntomas	4,86	,000	,54	1,14	,200

Nota: G.L.(104); pDC= probabilidad de detección correcta de simulación. La estrategia consistencia de síntomas fue totalmente improductiva.

Estudio global de la detección de la simulación

El estudio de casos pone de manifiesto que de los 4 sujetos que lograron simular un TEP en la entrevista, de los que 3 fueron capaces de simular un TEP en la medida psicométrica a la vez que los efectos secundarios (depresión). En otras palabras, 3 participantes fueron diligentes a la hora de simular la huella psíquica del daño moral inter-instrumentos de medida. Ahora bien, la consistencia inter-instrumentos no fue total. De hecho, en la medida psicométrica también habían simulado otros daños clínicos en la tríada psicótica e incluso desviación psicopática que no aparecen en la entrevista. Finalmente, estos 4 sujetos fueron detectados como simuladores tanto por las medidas de la consistencia interna de la entrevista (i.e., estrategias de simulación) como del instrumento psicométrico (K, F, F-K, Perfil en V invertida). En concreto, no menos de 6 de estos indicadores informaban de simulación.

DISCUSIÓN

Previamente al establecimiento de unas conclusiones e inferencias de los resultados aquí mostrados es preciso llevar a cabo una reflexión sobre el alcance y limitaciones de los mismos. Dos son las precisiones que merece el presente estudio al respecto. Primero, la tarea que desempeñan los sujetos no es real, esto es, no sufren las consecuencias de un accidente ni van a recibir las compensaciones económicas por el daño padecido. Asimismo, tampoco son simuladores en un contexto real. Por todo ello, la implicación y circunstancias psicológicas que rodean al caso son distintas con lo que las inferencias de nuestros resultados no pueden extrapolarse directamente, sino que deben tomarse con cierta cautela y deben ser contrastadas en casos reales. Segunda, nuestros sujetos son sólo simuladores con lo que no disponemos de verdaderos enfermos para contrastarlos con los simuladores y acercarnos a los «falsos positivos». Tercera, dado que diferentes procesos de victimación provocan secuelas clínicas diferentes, los resultados no pueden extrapolarse a otros contextos forenses que no sean los relacionados con accidentes.

Con estas matizaciones en mente, de los anteriores resultados se pueden dibujar las siguientes con-

clusiones. Primera, las personas, con independencia de sus conocimientos sobre psicopatología (esto es, la metasimulación no es sólo accesible a los expertos sino también a los legos), son capaces de simular, en una tarea de reconocimiento, el daño psíquico, tanto en sus medidas directas como indirectas, consecuencia de un accidente de tráfico. Segunda, en general, los indicadores originales de validez del MMPI son sensibles a la simulación. Tercera, de los indicadores de validez del MMPI se pueden derivar dos estrategias a seguir en la detección de simulación: los criterios positivos y los negativos. Cuarta, son criterios positivos aquellos que nos informan de que posiblemente estemos ante sujetos no simuladores. En nuestro caso, serían aquellos indicadores de disimulación por ser ésta contraria a la simulación. Dos son los criterios positivos disponibles: L ($T \geq 70$) y K ($T \geq 70$). De acuerdo con nuestros datos, los valores de la Escala L indicadores de disimulación no son totalmente efectivos con los simuladores de daño psíquico derivado de un accidente de tráfico. Así, algunos simuladores son, de acuerdo con esta escala, disimuladores mientras simulan efectivamente el daño psíquico originado por un accidente de tráfico. Por su parte, el criterio de puntuaciones $K \geq 70$ sí es totalmente insensible a la simulación, dado que ningún sujeto es etiquetado por este índice como disimulador. En consecuencia, puntuaciones $K \geq 70$ son indicadores muy robustos de no simulación. Quinta, los criterios negativos evaluados suman un total de cinco (puntuaciones derivadas de las Escalas ?, F, y K, y de las configuraciones F-K y perfil en «V invertida»). De ellos sólo dos son estadísticamente efectivos: puntuaciones bajas ($T < 50$) en la Escala K (78,1% de aciertos) y puntuaciones elevadas ($T \geq 70$) en la Escala F (59,05% de aciertos). Aún así, la probabilidad de no rechazos correctos (esto es, no identificar como simulador a uno que lo es) es significativa. Los tres criterios restantes no son efectivos en la identificación correcta del simulador. Sexta, dado el margen de error de los diversos índices y para ganar en fiabilidad a través de la medida de la consistencia inter-medidas (24), pusimos a prueba el efecto acumulativo de los diversos índices. Sobre la base de la significatividad de dos de estos índices consideramos la consistencia entre dos o más indicadores como garante de fiabilidad (33,28), o como aparece reflejada en jurisprudencia, a saber, Sentencia del

TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808 y Sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987. Este procedimiento no garantiza una efectividad mayor que el azar, el 57,14%. Séptima, habida cuenta este amplio margen de error, estudiamos otros procedimientos complementarios que podrían ayudar a identificar a los simuladores tales como el análisis de las estrategias seguidas en la respuesta (p.e., simulación en forma de dientes de sierra o la capacidad discriminativa) o de ineficacia en la simulación (v.gr., no simulación de daño). Si bien estas nuevas estrategias permitían identificar a más sujetos, no identifica a todos. Octava, los índices complementarios VRIN y TRIN son totalmente inefectivos y no productivos. Por su parte, el índice Fb es efectivo estadísticamente y productivo en la clasificación de simuladores pero serían necesarios nuevos estudios para poder sustituir la escala original F por ésta que ha sido creada con el mismo procedimiento y objetivo. Novena, en la tarea de conocimiento la simulación del cuadro completo del trastorno de estrés postraumático es poco accesible para los simuladores, 3,8%, pero alguna sintomatología es obvia, con lo que se puede diagnosticar erróneamente daño psíquico a través de los subsíndromes, esto es, si no se observa el cuadro completo. Décima, los sujetos acuden a las estrategias de simulación en la entrevista «síntomas obvios», «síntomas sutiles», «síntomas raros», y «severidad de síntomas» con una frecuencia significativa y, acumulativamente, 3

de cada 4 simuladores son detectados por haber recurrido a alguna de estas estrategias de simulación. Undécima, la consistencia inter-instrumentos en la evaluación del daño psíquico es muy efectiva pero no totalmente eficaz; de hecho, sólo 3 sujetos fueron capaces de simular el daño esperado en ambos instrumentos de medida. Duodécima, el efecto acumulativo de todas las medidas sí se señala como totalmente productivo en la detección correcta del simulador. De facto, los participantes con un potencial de simulación de daño inter-instrumentos, condición sine qua non para concluir judicialmente la existencia de daño psíquico, fueron detectados por, al menos 6, de los indicadores de validez de los protocolos como simuladores.

No obstante, aún resta un problema por resolver. Estas conclusiones sólo son válidas para la detección de la simulación con lo que cabría preguntarse ¿qué ocurrirá con los realmente enfermos? ¿serán detectados como simuladores? Para controlar esta contingencia, es preciso combinar estas medidas con el Modelo de Decisión Clínica de Cunnien, cuyo objetivo es minimizar el número de «falsos positivos» (auténticos enfermos clasificados como simuladores). Como conclusión final resaltamos que estos resultados vienen a corroborar la validez del protocolo para la evaluación de simulación de enajenación mental (19), en el contexto de la evaluación de daño moral, en casos de accidente de tráfico.

Referencias bibliográficas

1. Santos Iglesias JI. Algunas reflexiones sobre la nueva Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. *Actualidad Civil*. 1996; 45: 971-1000.
2. J. Los daños morales y su incidencia en el derecho de la circulación. 1989; RDP: 828.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
4. Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona: civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: Colex; 1999.
5. Muller P. Douleur et évaluation du dommage corporel. *Reveu Française du Dommage Corporel*. 1995; 21(2) : 207-11.
6. Pérez PB, García BM. Manual de valoración y baremación del daño corporal. Granada: Comares; 1991.
7. Bryant RA, Harvey AG. Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*. 1995; 15: 721-38.
8. Echeburúa E, Corral P. Trastorno de estrés postraumático. En: Belloch A, Sandín B y Ramos F, editores. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 1995. Vol. 2, p. 171-86.
9. Taylor S, Koch WJ. Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*. 1995; 15: 721-38
10. Vallejo-Pareja M. Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1998.

11. Echeburúa E, Corral P de, Zubizarreta I, Sarasua B. Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. A Coruña: Fundación Paideia; 1995.
12. Hodgkinson PE, Joseph S, Yule W, Williams R. Measuring grief after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Personality and Individual Differences*. 1995; 18: 805-08.
13. Albuquerque, A. Tratamiento del estrés postraumático en excombatientes. En: Echeburúa, editor. *Avances del trastorno psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide; 1992. p. 171-87.
14. Blanchard, EB, Hickling, HJ. What are the psychosocial effects of MVAs on survivors?. En: Blanchard EB, Hickling EJ, editores. *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents 2ª ed.*, Washington, DC: American Psychological Association; 2004. p. 57-97.
15. Rogers R. *Clinical assessment of malingering and deception*. Nueva York: Guilford Press; 1997.
16. Arce R, Fariña F. Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En: Buela-Casal G, Bunce D y Jiménez E, editores. *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2006. p. 563-601
17. Butcher JN, Miller KB *Personality assessment in personal injury litigation*. En: Hess AK, Weiner IB, editores. *The handbook of forensic psychology*. 2ª ed. Nueva York: John Wiley and Sons; 1999. p. 104-26.
18. Hathaway SR, Mckinley JC. *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA; 1990.
19. Arce R, Fariña, F, Pampillón Mª del C. Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*. 2002; 33(3): 385-408.
20. Arce, R, Fariña, F, Carballal, A, Novo, M, Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 2002; 18(2): 278-83.