

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ulises Ezequiel Loskin

EL INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS (SIMS) REVISIÓN DE SU UTILIDAD PARA LA DETECCIÓN DE SIMULACIÓN DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

2018

Citar como: Loskin, U. E. (2018). El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) revisión de su utilidad para la detección de simulación de trastornos psiquiátricos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Resumen

El presente trabajo pretende realizar una revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones que han utilizado el SIMS hasta la actualidad, con el objetivo de demostrar su utilidad en la detección de simulación de trastornos mentales en el ámbito pericial forense, penal, civil, laboral y previsional, a tal efecto se analizaron 31 estudios, en base a los resultados de búsqueda obtenidos en PubMed y PsycINFO. Esta búsqueda se realizó con "Structured Inventory of Malingered Symptomatology" y "SIMS" como entradas. Se tomaron diez (10) estudios realizados en poblaciones conocidas conformadas por demandantes o litigantes en causas civiles, acusados, acusados que alegaban incapacidad para declarar en juicio, prisioneros en unidades psiquiátricas y sujetos de baja laboral. De forma conjunta se analizaron otros 24 estudios de simulación, en grupos con simuladores experimentales.

A diferencia de la práctica asistencial, en algunos entornos como el pericial y el laboral, las circunstancias suelen ser diferentes, muchas veces las personas buscan obtener algún tipo de beneficio secundario y por lo tanto, crean, exageran o mantienen en el tiempo su patología. Los sujetos que simulan o fingen un trastorno mental, suelen hacerlo con un objetivo, ya sea de obtener ganancias materiales o escapar del deber formal o la responsabilidad.

Puede concluirse que el SIMS es capaz de diferenciar bien entre los simuladores experimentales y los respondedores honestos; se obtienen puntajes más elevados en grupos que se sabe que tienen una prevalencia elevada de fingir (por ejemplo, delincuentes que reclamar amnesia relacionada con el crimen); puede sobrestimar el hecho de fingir en pacientes que sufren esquizofrenia, discapacidad intelectual o convulsiones psicogénicas no epilépticas. Asimismo el poder de diagnóstico de los puntajes de corte tradicionales del SIMS (es decir, >14 y >16) no está tan limitado por su sensibilidad, que es satisfactoria, sino más bien por su especificidad estándar. Esto, sin embargo, puede solucionarse combinando el SIMS con otros instrumentos y elevando el puntaje de corte, aunque la última solución se sacrifica sensibilidad por especificidad, sin embargo esta última opción es adecuada en relación al uso que se le pretenda dar al inventario.

Palabras clave: Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas; (SIMS); Simulación de Psicopatología, Simulación de trastornos mentales en el entorno laboral.

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. Planteamiento del Problema	7
3.1 El Concepto de Simulación en el DSM	7
3.2 Método	13
3.3 Descripción del Instrumento	13
4. Resultados	15
4.1 Estudios de grupos conocidos	15
4.2 Estudios de simulación	15
4.3 Precisión diagnóstica del SIMS	16
4.4 Limitaciones del SIMS	18
4.5 Punto de Corte Óptimo	19
4.6 Enfoque de Métodos Múltiples	20
5. Conclusiones	21
6. Bibliografía	22
7. Anexos	31

1. Introducción

Las ciencias de la salud descansan implícitamente en la asunción de que el paciente es un participante voluntario del proceso que proporciona información veraz y honesta en la medida de sus posibilidades y capacidades (Rogers, 1984). Sin embargo, en algunos entornos, como el pericial, y el laboral, las circunstancias suelen ser diferentes, muchas veces las personas buscan obtener algún tipo de beneficio secundario y por lo tanto, crean, exageran o mantienen en el tiempo su patología. Los sujetos que simulan o fingen un trastorno mental, suelen hacerlo con un objetivo, ya sea de obtener ganancias materiales o escapar del deber formal o la responsabilidad.

En 1997, Smith y Burger presentaron el Inventario estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) (*del inglés Structured Inventory of Malingered Symptomatology*). El SIMS tiene como objetivo detectar la simulación de trastornos psicopatológicos.

En su desarrollo, se puso a prueba la hipótesis que los encuestados suelen aducir síntomas extraños, raros, atípicos o extremos en un cuestionario cuando intentan simular o exagerar los síntomas. Por lo tanto, el SIMS presenta a los pacientes, los demandantes, los demandados o los participantes en la investigación una lista de 75 síntomas o declaraciones inverosímiles que deben ser respondidas por verdadero o falso. El SIMS testea un amplio espectro de síntomas. Sus ítems aluden a depresión atípica, problemas de memoria improbables, síntomas pseudoneurológicos, afirmaciones dudosas de experiencias psicóticas y signos hiperbólicos de retraso mental. Cada una de estas cinco categorías está representada por una subescala que comprende 15 elementos. Los sujetos pueden responder por verdadero algunos ítems, pero aquellos que afirman sufrir de una gran cantidad de ítems en general, fingen psicopatología.

Smith y Burger (1997) propusieron que valores superiores a 14 puntos se consideran resultados de prueba positivos, significando que la persona finge, miente o exagera los síntomas que presenta o dice presentar.

Los autores advirtieron que las subescalas del SIMS no son adecuadas para detectar la psicopatología fingida, y solo sirven para evaluar qué tipo de psicopatología intenta fingir el entrevistado, en los casos que se haya establecido que el puntaje total excede el límite por sobre el punto de corte.

En 2005, y luego de varios años de utilización del SIMS, se publicó un manual de uso (Widows & Smith, 2005).

El presente trabajo pretende realizar una revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones que han utilizado el SIMS hasta la actualidad, con el objetivo de demostrar

su utilidad en la detección de simulación de trastornos mentales en el ámbito pericial forense, penal, civil, laboral y previsional.

Se pretenderá demostrar la capacidad del SIMS para discriminar entre simuladores y no simuladores, dando cuenta de sus virtudes, así como defectos y limitaciones, describiendo las mismas y proponiendo la forma correcta de utilización del instrumento, asimismo, determinar la utilidad del SIMS y de sus distintas escalas en diferentes patologías y contextos en población.

Si bien una prueba puede indicar que una persona simula, finge o exagera los síntomas, no puede aclarar por qué lo hace (Boone, 2007). Por esta razón el proceso de detección de simulación incluye una exhaustiva evaluación y entrevista clínica así como el uso de instrumentos accesorios, entre los cuales el SIMS ha llegado a ocupar un lugar destacado.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar la utilidad del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) en la detección de simulación de trastornos psiquiátricos.

2.2 Objetivos Específicos

Evaluar la utilidad del (SIMS) para diferenciar entre los simuladores instruidos y los respondedores honestos.

Evaluar la utilidad del (SIMS) para detectar simulación de trastornos mentales en grupos conocidos.

Demostrar las diferencias en sensibilidad y especificidad obtenidas en los distintos estudios.

Proponer distintos puntos de corte específicos, en relación al uso que se le pretenda dar al (SIMS).

3. Planteamiento del problema

La exageración o simulación de la patología no parece ser un hecho aislado o espurio, tal y como erróneamente se ha concebido en ocasiones. La literatura científica informa de tasas del 7% en la práctica clínica general y de entre un 14 y un 30% en casos de solicitud de discapacidad o indemnización laboral (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002; Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998).

Estas prevalencias hacen que la correcta determinación de la veracidad de los síntomas informados por el paciente sea un primer paso necesario en muchos contextos. Particularmente, se recomienda evaluar la posible presencia de simulación en aquellos casos que los resultados de la evaluación tengan implicaciones relevantes para la vida del paciente (Bush et al., 2005; Rogers, 2008a). Además, este problema no solo afecta a la práctica profesional sino a la investigación y a la creación de conocimiento científico.

3.1 El concepto de simulación en el DSM

El concepto de simulación aparece referido por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III), publicada en 1980. Su definición y criterios de sospecha no han sufrido grandes variaciones desde la versión inicial hasta el actual DSM-5 (APA, 2013). La definición resalta cuatro componentes clave: la invención o exageración de síntomas, la magnitud requerida, la finalidad utilitaria para obtener beneficios externos y la voluntad consciente del engaño.

El primer componente determina que la simulación puede ser debida tanto a la invención de síntomas falsos como a su exageración. Resnick (1997) diferenciaba, a este respecto, la simulación pura (fingimiento de un trastorno no existente) de la simulación parcial (exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado). Asimismo, Lipman (1962) clasificaba la simulación de síntomas como inventados (la persona no tiene ningún síntoma pero representa que lo tiene de manera engañosa), exagerados (la persona refiere síntomas más graves de los reales) o perseveración (los síntomas que en algún momento estuvieron presentes han cesado, pero se continúa alegando su presencia).

Podríamos considerar, por lo tanto, que los simuladores pueden: (a) simular ex novo sus síntomas y sus correlatos clínicos; (b) exagerar de forma flagrante la discapacidad o alteración causada por una patología real, motivo de cierto grado de compensación o discapacidad, o (c) atribuir fraudulentamente determinados síntomas reales a una causa o condición que pueda ser indemnizable o compensable (Rogers, Payne, Berry y Granacher, 2009).

Es importante remarcar, por tanto, que se considera simulación, tanto su presentación en su forma más pura (no existe ningún síntoma y se inventan o generan), como en su forma parcial (existiendo algún síntoma se exagera, persevera o atribuye erróneamente). El segundo componente (la magnitud requerida) remarca que lo que se pretende detectar es la asignación o reconocimiento de múltiples y muy marcados síntomas psicológicos. En otras palabras, no se considera simulación una leve exageración o una relación de síntomas aislados (Rogers, 2008).

Los otros dos componentes incluidos en la definición del DSM, presencia de incentivos externos y requisito de intencionalidad, establecen criterios diferenciales con respecto a los trastornos facticios y somatomorfos, respectivamente. A diferencia de los trastornos facticios, que se caracterizan por la meta de asumir el papel de enfermo, en la simulación, el objetivo perseguido por la persona debe ser un beneficio externo. En cuanto a los trastornos somatomorfos, la diferencia con la simulación viene marcada por el último componente requerido, la intencionalidad de la conducta. La simulación debe ser realizada intencional y conscientemente.

Al igual que lo hacía el DSM-IV-TR, el DSM-5 añade a la definición anterior cuatro criterios que deben hacer sospechar de simulación:

- Presentación en un contexto médico-legal
- Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica;
- Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito
- Presencia de trastorno antisocial de la personalidad

No obstante, estos criterios adicionales parecen haber resultado poco específicos para ser fiables en la detección de simulación (Gerson, 2002). La principal crítica que han recibido es que, si bien son características comunes a los simuladores, no son distintivas de estos. Esto es, son criterios que con frecuencia se dan en simuladores, pero que también se dan en otras personas no simuladoras, sin que resulten suficientemente discriminativos. De hecho, su uso de forma única puede llegar a incrementar dramáticamente el número de falsos positivos (Rogers y Vitacco, 2002; Rogers, 1990b).

Todas las personas en algún momento de su vida es probable que hayan simulado una dolencia para conseguir algo a cambio ya fuera un día de descanso del colegio, el retraso de una tarea o, incluso, algo más de atención o cuidado de familiares o amigos. La mentira parece ser un proceso de interacción social cotidiano, siendo un acto habitual de la vida diaria, más que un hecho extraordinario (DePaulo, Kashy, Kirkendol, Wyer y Epstein, 1996).

Por lo general, se aprende a engañar a edades muy tempranas y es una conducta que aparece en todos los estatus socioeconómicos. En definitiva, forma parte de la conducta adaptativa que el ser humano adquiere en su desarrollo. De acuerdo a este modelo, la conducta de simulación será, lógicamente, más probable en aquellos casos en que los incentivos sean mayores, el contexto sea más adverso y no haya otras vías alternativas disponibles o accesibles. Diversos estudios han encontrado estas relaciones entre los síntomas observados y las ganancias posibles (v.g. Binder y Rohling, 1996; Cassidy et al, 2000; Øverland et al., 2008; Robinson y Loeser, 2012). No es de extrañar, por tanto, que, tal y como afirman Echeburúa, Amor y Corral (2003) o Iverson (2010), las causas más frecuentes de simulación sean alegar irresponsabilidad penal por un delito cometido, rehuir obligaciones, conseguir indemnizaciones (p. ej., tras un accidente de coche) u obtener algún tipo de invalidez o discapacidad. Un análisis de casos de simuladores a partir de 220 expertos forenses, encontró esta evaluación de coste-beneficios en contextos adversos como prototípico de simuladores (Rogers et al., 1998).

En síntesis, podría afirmarse que el modelo adaptativo predice la presencia de simulación en la medida en que aparezcan tres condiciones:

- La persona percibe el contexto de evaluación como adverso
- La persona considera que tiene algo que ganar si simula
- La persona percibe no percibe otro medio más efectivo para conseguir la meta perseguida.

Ante la aparición de un acontecimiento vital crítico (p.ej., un accidente, una lesión o trastorno o una situación de conflicto laboral o personal) en el que exista la posibilidad de obtener un beneficio material externo, la opción de simular cierta sintomatología discapacitante dependerá en buena medida de que el individuo perciba claramente que la recompensa por mentir es mayor que el castigo por hacerlo. Esta percepción puede estar mediatizada por diversas variables antecedentes, como son:

- Condiciones socio-laborales adversas: diversos estudios ponen de manifiesto que los presuntos simuladores suelen realizar trabajos percibidos como motivacionalmente insatisfactorios, por los que cobran un salario bajo y con escasos incentivos económicos y limitada o nula proyección profesional; asimismo, es probable que presenten problemas socioeconómicos, cargas familiares, conflictos laborales en su empresa o con otros empleados, o se encuentren en una situación cercana a la jubilación (Samuel y Mittenberg, 2005).
- Condiciones personales (intrapsíquicas) facilitadoras: aunque en este aspecto no existe clara investigación empírica disponible, algunos estudios forenses vinculan

ciertos estilos de personalidad específicos con una mayor tendencia a la simulación (Mohíno Justes et al., 2004; Wise, 2002). En esta línea, Meyers (2002) y Aguerrevere, Greve, Bianchini y Meyers (2008) observaron que los simuladores, además de puntuaciones elevadas en las escalas propias de exageración de síntomas, presentaban puntuaciones extremadamente bajas en la escala suplementaria Fuerza del yo (Es). Tal y como sugieren dichos autores, esto podría deberse a que ciertas características intrapsíquicas -como la baja responsabilidad, la baja afabilidad, la hipereactividad, la dramatización de los problemas personales, el estilo evitativo de afrontamiento, la dependencia de los demás, la incapacidad para manejar estresores cotidianos y los sentimientos de inutilidad e incapacidad para llevar a cabo la actividad laboral- junto con la actitud favorable a la realización de conductas de engaño, mentira y actos deshonestos podrían resultar variables moduladoras significativas en la conducta de simulación.

- Menor inteligencia y un peor rendimiento de las funciones ejecutivas. De esta manera ya O'Connell (1960) sugirió en los albores de la investigación en este campo que la baja inteligencia se asociaba a las alegaciones de amnesia tras la comisión de un crimen, argumentando que este tipo de estrategia podría ser una maniobra defensiva atractiva para gente con menos recursos cognitivos, dada su simplicidad y aparente escapatoria fácil a la condena.
- Variables contextuales facilitadoras: en virtud de las leyes del aprendizaje social, resultará más probable que un individuo simule si se ha educado en el contexto de modelos culturales permisivos con las conductas de engaño, mentira, ocultación y simulación y, más aún, si en su repertorio de aprendizaje han existido modelos de conducta centrados en la mentira y el engaño, como estrategia de solución de problemas personales.

Finalmente, como dice Rogers (1996) *"...es más probable que la simulación se produzca si la conducta no tiene coste inmediato de respuesta; esto es, si el simulador queda impune por su simulación. Como ocurre con toda conducta humana, el reforzamiento y el mantenimiento de la simulación en el tiempo tiene que ver con la percepción del individuo de que los beneficios superan a los perjuicios o, simplemente, con la percepción selectiva de los beneficios y no de los perjuicios potenciales que el mantenimiento de dicha conducta pueda acarrearle..."*

Se puede considerar que existen tres grandes ámbitos o áreas de simulación: la simulación de trastornos mentales, la simulación de deterioro cognitivo y la simulación de síntomas psicosomáticos (Greene, 2008; Rogers, Sewell y Gillard, 2010). Cada uno de ellos tiene sus particularidades, tanto en los métodos de detección como en las propias características de la simulación (Cercy, Schretlen y Brandt, 1997).

El simulador de trastornos mentales debe centrar su atención en crear un conjunto de síntomas creíbles y coherentes, incluyendo su comienzo y desarrollo, su grado de consciencia sobre los mismos, así como el nivel de impacto en su vida diaria. Por el contrario, el simulador de trastornos cognitivos no se centra tanto en esta organización de síntomas, sino en mostrarse incapaz de resolver tareas cognitivas, teniendo que determinar en qué medida falla (con qué frecuencia y qué grado) y cómo le afecta a su vida diaria. Ante las tareas cognitivas, deben aparentar poner todo su esfuerzo en resolverlas y, aún así, fallarlas. Finalmente, la simulación de quejas médicas es más compleja que los otros dominios por la diversidad de formas en que puede manifestarse. Puede centrarse en un único síntoma incapacitante (p. ej., dolor), puede retratar una constelación de síntomas relativamente comunes que causan malestar (p. ej., dolor de cabeza, fatigas y problemas gastrointestinales) o especializarse en síndromes complejos (p. ej., fibromialgia).

Aunque frecuentemente los simuladores entremezclan las áreas que simulan (p. ej., puede simular dolor junto con trastornos afectivos y alteraciones cognitivas), es importante destacar que, dadas las diferencias entre los dominios, las escalas de detección son relativamente específicas a cada uno de ellos (Nelson, Sweet, Berry, Bryant y Granacher, 2007). Esto es, los resultados negativos en un test de simulación psicopatológica no descartan la presencia de simulación en las áreas cognitiva o médica o, a la inversa, su presencia no es reflejo de que el individuo esté simulando en todas ellas (Berry y Granacher, 2009).

Los avances en el área de la detección de simulación de trastornos mentales y trastornos cognitivos han sido notables en los últimos años. No obstante, los progresos en el ámbito de la detección de la simulación de problemas médicos han sido sustancialmente menores, siendo un área que generalmente ha sido obviada en la investigación (Berry y Nelson, 2010; Rogers et al., 1998) y considerada el próximo reto en este campo (Rogers y Correa, 2008). En un escenario en el que la detección de la simulación se ha realizado tradicionalmente en función de criterios clínicos subjetivos y poco específicos (respaldados por la falsa creencia en el "ojo clínico" y en la experiencia), se hace necesario establecer una lista sistemática y empíricamente verificable de qué características ha de cumplir una estrategia para poder ser considerada como de detección de la simulación.

En este marco de trabajo, una estrategia de detección puede ser definida como un método estandarizado, fundamentado conceptualmente y validado empíricamente, que permite la diferenciación sistemática de un estilo específico de respuesta (p. ej., exageración de síntomas) frente a otros (p. ej., respuesta honesta) (Rogers et al., 2010).

De esta conceptualización se desprenden los siguientes requisitos que debe cumplir una estrategia de detección de la simulación para considerarse válida: Método estandarizado: ¿Está suficientemente operativizada la estrategia como para ser aplicada y corregida de forma fiable y sistemática? La aplicación o valoración subjetiva de reglas no detalladas carece del requerido rigor científico.

Fundamentada conceptualmente: ¿Está respaldada por un marco teórico o conceptual en el que se incluye? La justificación de la estrategia dentro de un marco teórico o conceptual es requisito indispensable para la construcción y desarrollo de un adecuado corpus científico.

Validada empíricamente: ¿Ha sido validada empíricamente usando la metodología establecida? Tal y como se expondrá en el capítulo referido a metodología, los métodos establecidos incluyen distintos tipos de diseños.

Diferenciación sistemática: Cuando se emplea la estrategia, ¿cuál es la magnitud de la diferencia? La existencia de diferencias estadísticamente significativas no es suficiente por sí misma, es requisito que sean relevantes clínicamente para lo cual su tamaño del efecto debe ser moderado o grande (de acuerdo a los criterios que se expondrán en el capítulo referido a metodología).

Estilo específico de respuesta: ¿Ha sido validada la estrategia para un estilo de respuesta específico usando grupos clínicos relevantes de comparación? Es absolutamente indispensable que se haya validado empleando grupos clínicos de comparación que permitan determinar las diferencias entre los clínicos genuinos y los simuladores de trastornos mentales. Incluir comparaciones de simuladores frente a población normal no permite establecer ninguna diferenciación relevante ya que no posibilita investigar si la técnica diferencia entre los grupos realmente importantes, es decir, los pacientes reales frente a los pacientes simuladores.

3.2 Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando el término SIMS en PubMed y PsycINFO. Esta búsqueda se realizó con "Structured Inventory of Malingered Symptomatology" y "SIMS" como entradas. Los estudios publicados desde la introducción del SIMS (1997) hasta la redacción de este artículo fueron inspeccionados. Además de los artículos anglosajones, se incluyeron artículos en español.

Se incluyeron todos los estudios identificados que informaron datos relativos a la precisión diagnóstica y poder predictivo del SIMS en la detección de simulación de síntomas.

Estos estudios se enumeran en la tabla 1 (estudios de grupos conocidos) y la tabla 2 (estudios de simulación).

3.3 Descripción del Instrumento

El SIMS (Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas; Smith y Burger, 1997; Widows y Smith, 2005) es un instrumento de evaluación que consta de 75 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que puede ser aplicado en aproximadamente 10-15 minutos. Su objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter psicopatológico y neuropsicológico y puede resultar útil aplicado como medida de screening aislada o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada en un amplio rango de contextos (p. ej., evaluaciones forenses, neuropsicológicas y médico-legales) y condiciones (ingreso, instituciones psiquiátricas o penitenciarias, clínicas, etc). Dentro de las estrategias que emplea para la detección de síntomas simulados, incluye síntomas improbables (p. ej., "A veces cuando escribo un número de teléfono, me doy cuenta de que los números salen al revés aunque yo no lo intente."), síntomas infrecuentes ("Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel"), severidad de los síntomas ("Rara vez me río") y combinación de síntomas inverosímiles ("Tengo dolor de cabeza y mareos justo cuando olvido algo").

Una de las características relevantes del SIMS es que, aparte de la puntuación Total, ofrece puntuaciones en cinco escalas específicas, tal y como se observa en la tabla 3.5. Su estructura factorial ha sido analizada en distintos estudios tanto en su versión original americana (Widow y Smith, 2005) como en su adaptación española (González-Ordi y Santamaría, 2009), así como se ha indagado en sus resultados de fiabilidad tanto para la puntuación total como para cada una de las escalas en distintas muestras clínicas y de simuladores tanto de psicopatología como de dolor crónico (González-Ordi, Capilla,

Santamaría y Casado Morales, 2012; González-Ordi & Santamaría, 2009; Merckelbach & Smith, 2003; Widows & Smith, 2005).

La utilidad de sus escalas específicas reside en que en la práctica profesional, resulta difícil predecir qué dominios de funcionamiento puede fingir el evaluado como alterados o afectados. Por este motivo, siempre es recomendable cubrir las distintas áreas posibles en una primera evaluación. Así, las escalas específicas del SIMS permiten un amplio barrido de síntomas de las distintas áreas de simulación: aspectos físicos (escala Deterioro neurológico), cognitivos (escala Baja inteligencia y Trastornos amnésicos) y psicopatológicos (escala Psicosis y Trastornos afectivos). Los resultados obtenidos permiten determinar el grado de sospecha de simulación y las áreas donde se presenta, para poder profundizar posteriormente en la evaluación de las mismas si se considera oportuno.

4. Resultados

4.1 Estudios de grupos conocidos

La tabla 1 resume los datos de 10 estudios en los que se utilizó un criterio externo para definir muestras de sujetos que fingían deliberadamente y sujetos que respondieron de forma honesta. Con la excepción de González Ordi, Santamaría Fernández y Fernández Marín (2010), las muestras consistieron en personas que estaban involucradas en procedimientos legales, ya sea como demandantes en casos de compensación, como acusados en procedimientos penales o detenidos dentro de una institución penitenciaria.

En la mayoría de los estudios, los puntajes de la Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (SIRS, Rogers, Bagby y Dickens, 1992) sirvieron como criterios externos. El SIRS consta de 172 preguntas que cubren múltiples estrategias para detectar psicopatología fingida, como síntomas absurdos, combinaciones poco probables de síntomas, síntomas informados versus síntomas observados y severidad anormal de los síntomas.

La conclusión general que puede extraerse de la tabla 1 es que el SIMS es bastante eficaz para discriminar entre grupos de respuesta fingida y honesta: los tamaños del efecto (d s de Cohen) varían de 1.1 a 3.0. La sensibilidad para los puntos de corte comúnmente empleados (es decir, > 14 y > 16) es adecuada, que oscila entre 0,75 y 1,00. Las tasas de especificidad correspondientes son muy divergentes (rango: .37 a .93).

4.2 Estudios de simulación

La Tabla 2 proporciona una descripción general de 24 estudios de simulación. Las poblaciones se trataron en su mayoría de alumnos de pregrado. En la mayoría de estos estudios, a los participantes se les pidió que finjan psicopatología o respondan con honestidad. En las condiciones de fingimiento, a los participantes se les presentaba típicamente una viñeta de caso que describía a un individuo con un motivo destacado y fuerte para simular síntomas patológicos. Antes de administrar el SIMS, se solicitó a los participantes que se identificaran con el personaje principal en el escenario del caso y se les pidió que finjan síntomas psiquiátricos o cognitivos de manera convincente.

En gran parte de los estudios, los participantes fingieron síntomas sobre la base de sus propios puntos de vista ingenuos. Sin embargo, algunos estudios emplearon condiciones en las cuales los participantes fueron advertidos sobre síntomas genuinos y no creíbles.

Otros estudios reclutaron participantes que ya poseían conocimiento clínico en virtud de su experiencia profesional o psiquiátrica. Varios estudios agregaron explícitamente una advertencia sobre las pruebas de validez y la información sobre la razón detrás de las pruebas, como el SIMS. Proporcionar a los participantes esa información técnica equivale a la capacitación o entrenamiento, circunstancia que es posible en los casos en los que una persona pretenda simular una patología específica y busque la información o la recia por parte de un asesor.

La conclusión general que puede extraerse de la tabla 2 es, una vez más, que el SIMS hace un trabajo razonablemente bueno al diferenciar entre simuladores experimentales y respondedores honestos: los tamaños del efecto (d s de Cohen) varían entre .5 y 4.7. El rango de tamaños del efecto es notablemente amplio. Esto se debe en gran parte a las diferencias en el tipo de grupos de control. Algunos estudios emplearon pacientes como controles (por ejemplo, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008; Graue y otros, 2007; Peters, Jellic, Moritz, Hausschildt y Jelinek, 2013), mientras que otros recurrieron a controles no clínicos. Esta variedad en los niveles sintomáticos habrá contribuido a las diferencias en las puntuaciones SIMS entre los grupos de control. Además, algunas afecciones pueden hacer que los pacientes sean particularmente susceptibles de producir puntajes SIMS elevados (por ejemplo, discapacidad intelectual, Graue et al., 2007).

4.3 Precisión diagnóstica del SIMS

La tabla 3 muestra la precisión diagnóstica del SIMS para la investigación de grupos conocidos (tabla 1) y los estudios de simulación (tabla 2). La tabla 3 permite las siguientes conclusiones. Para empezar, usar un puntaje de corte > 14 (como lo recomiendan Smith & Burger, 1997) da como resultado una sensibilidad que gira alrededor de .97. Incluso cuando el límite se eleva a > 16 , la sensibilidad del SIMS para detectar síntomas fingidos, como la mostrada por los acusados que intentan fingir locura o incompetencia para someterse a juicio, sigue siendo excelente (es decir, por encima de 0,90). Las tasas de sensibilidad en los simuladores experimentales (tabla 2) son similares a los de los demandantes (tabla 1). Esto sugiere que los fingidores experimentales son un modelo válido para demandantes y acusados que fingen síntomas.

En segundo lugar, las tasas de especificidad en muestras de pacientes honestos, demandantes y acusados que utilizan puntajes de corte > 14 y > 16 variaron ampliamente (.37 a .70) e indican que SIMS puede producir altas tasas de falsos positivos en estos grupos (es decir, clasificar incorrectamente respondedores honestos como simuladores). Las tasas de especificidad en grupos de controles no clínicos son altas, pero no perfectas, lo cual

es decepcionante dado que estos encuestados presumiblemente no simulan ni experimentan ninguna forma de psicopatología. La marcada diferencia en las tasas de especificidad entre los controles clínicos y no clínicos subraya la importancia de emplear muestras de pacientes honestos, demandantes o demandados como grupos de control al estimar los índices de exactitud diagnóstica de "Prueba de validez diagnóstica" (SVT) (del inglés *Symptom validity test*).

En tercer lugar, aunque algunos estudios encontraron puntuaciones bajas de síntomas psicóticos (por ejemplo, Vitacco, Rogers, Gabel, y Munizza, 2007), otros estudios señalaron que la exactitud diagnóstica de la SIMS parece estar limitado en pacientes con esquizofrenia (Peters et al., 2013) y personas que padecen convulsiones psicogénicas no epilépticas (Benge et al., 2012) o discapacidad intelectual (Graue et al., 2007). La proporción no trivial de pacientes con puntajes por encima del punto de corte sugiere que la falta de especificidad es excesivamente pronunciada en estos grupos clínicos.

La tabla 4 proporciona una visión general de cinco estudios que emplearon un diseño diferencial para explorar las cualidades del SIMS. Las muestras varían desde pacientes neurológicos y litigantes de fibromialgia hasta prisioneros que reclaman amnesia relacionada con el crimen. La idea de que la psicopatología fingida es más prevalente entre los pacientes que informan quejas psicogénicas que entre pacientes con síntomas neurológicos es *prima facie* plausible. Lo mismo se aplica a la suposición de que fingir es más común entre los acusados que reclaman amnesia relacionada con el crimen que entre los demandados sin dichos reclamos. De forma similar, es seguro suponer que el fingir ocurre con mayor frecuencia entre los litigantes que entre los no litigantes.

La tabla 4 ilustra que la puntuación SIMS media de los litigantes es sustancialmente más alta que la de los pacientes no litigantes (Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008). Además, los puntajes del (SIMS) por encima del límite son más prevalentes en las muestras de pacientes con quejas psicógenas o amnesia relacionada con el crimen por un factor promedio de 4.9 en comparación con los grupos de control relevantes. Tomados en conjunto, los datos sugieren que el SIMS es sensible a la prevalencia diferencial. Además, esta sensibilidad parece manifestarse con mayor fuerza a medida que se eleva el límite (Benge et al., 2012).

4.4 Limitaciones de SIMS

A pesar de su sólida consistencia interna, el SIMS presenta de varias limitaciones. Smith y Burger (1997) desarrollaron el SIMS para fines de detección forense, como consecuencia, el SIMS cubre una serie de disfunciones extremas (en particular con respecto al reclamo de retraso mental y síndrome amnésico) que los acusados pueden fingir en el contexto de los alegatos de menor responsabilidad penal, por ejemplo.

Las premisas del SIMS no abordan los deterioros cognitivos más leves y menos discapacitantes, por lo tanto, la sensibilidad del SIMS puede estar limitada en la evaluación forense civil, donde los reclamos de deterioro moderado o incluso leve son mucho más comunes.

Un punto relacionado es que los ítems del (SIMS) se enfocan principalmente en los síntomas extraños y atípicos. La ausencia de ítems que cubran síntomas genuinos hace que sea difícil determinar si los puntajes elevados podrían estar relacionados con psicopatología genuina. De manera similar, sin elementos de control no es posible identificar patrones de respuesta irrelevantes tales como la afirmación indiscriminada o respuestas desinteresadas o a azar. Por lo tanto, su dependencia exclusiva de la *"pseudopsicopatología"* impide que el SIMS diferencie entre el comportamiento de prueba fingido y aberrante.

Hay otras premisas del SIMS que pueden relacionarse a psicopatología genuina, en particular, # 15 (problemas de memoria), # 20 (lesión en la cabeza) y # 44 (tinnitus).

Otra fuente de error de medición podría ser la redacción de algunos ítems: en particular, el ítem n. ° 65 ("Cuando escucho..."), que contiene una doble negación, es difícil de entender para algunas personas. Además, el ítem n. ° 21 ("Hay seis ...") es, estrictamente hablando, un razonamiento lógicamente correcto, aunque endosarlo sería una indicación para fingir.

Un activo del SIMS es su baja dificultad de comprensión; no requiere un alto nivel de lectura. Podría ser que las personas con discapacidad intelectual obtengan puntajes elevados debido a su capacidad disminuida para comprender algunas premisas. Sin embargo, también podría ser que la baja inteligencia predisponga a las personas a participar en formas más transparente (Solomon et al., 2010).

4.5 Punto de corte óptimo

Con el objetivo principal del (SIMS), y las considerables consecuencias que puede implicar desacreditar la psicopatología genuina en pacientes, demandantes o acusados, es importante utilizar métodos de diagnósticos altamente específicos. El SIMS tiene poca especificidad con los puntajes de corte de (> 14 y > 16), los cuales suelen ser utilizados frecuentemente (Rogers et al., 2014). El punto de corte óptimo dependerá del propósito por el cual se utiliza el SIMS. Cuando se usa como una medida de cribado global de la validez de los síntomas, de modo que los puntajes que exceden el límite conducen a pruebas de seguimiento concluyentes, la especificidad subóptima es defendible. Si, por otro lado, el SIMS se emplea como parte de una batería SVT multiproceso que se utiliza para la evaluación concluyente de la psicopatología fingida, entonces la especificidad deficiente asociada con los puntajes de corte de >14 o >16 es peligrosa. En ese caso, sería más apropiado un puntaje de corte de >19 (Clegg et al., 2009) o, cuando se requiere aún más certidumbre diagnóstica, >24 (Wisdom et al., 2010). Por supuesto, las ganancias en cuanto a la especificidad debido a la elevación del límite se producen a costa de la sensibilidad. Por lo tanto, establecer el límite en >19 o >24 dará lugar a identificaciones más seguras de psicopatología fingida, de modo que el SIMS solo identificará las formas más evidentes de simulación y, por lo tanto, perderá su calidad como instrumento de cribado. Otro enfoque sería utilizar un límite de > 19 y definir una zona de menor certeza en cuanto a las clasificaciones individuales. La tabla 5 muestra una taxonomía tentativa. Por lo tanto, el punto de corte óptimo varía según los fundamentos del uso del SIMS (es decir, el cribado frente a la evaluación concluyente). El intercambio entre el poder de detectar psicopatología fingida (es decir, sensibilidad) y la capacidad de evitar falsos positivos (es decir, especificidad) obliga a los médicos a decidir de antemano si la especificidad debe tener prioridad sobre la sensibilidad. Si el objetivo es detectar posibles casos de notificación de síntomas no válidos, entonces una puntuación de corte de > 16 es suficiente. Sin embargo, sí es crucial evitar falsos positivos (como sería el caso en muchos casos de evaluación clínica o forense), entonces se requiere una puntuación de corte de al menos >19 . En poblaciones con puntuaciones de SIMS particularmente elevadas debido a una genuina psicopatología (por ejemplo, esquizofrenia, discapacidad intelectual), serían muy recomendables puntajes de corte de >19 para el cribado y >24 para una evaluación concluyente.

En resumen, la selección de un punto de corte particular debe considerarse cuidadosamente y de antemano.

4.6 Enfoque de métodos múltiples

En general, las personas que fingen psicopatología tienden a generalizar en exceso: pueden fingir tanto síntomas psiquiátricos como deficiencias cognitivas (es decir, pueden informar en exceso los síntomas y tener un rendimiento inferior en las pruebas cognitivas). Sin embargo, las personas también pueden ser muy selectivas en los síntomas o deficiencias que simulan. Los simuladores astutos o informados incluso limitarán sus quejas a signos y síntomas específicos de un trastorno o discapacidad en particular. Por lo tanto, es esencial que la evaluación de la validez de los síntomas incluya diferentes técnicas de cribaje de la sintomatología durante la evaluación (Boone, 2009; Heilbronner et al., 2009). Aunque el SIMS evalúa varias áreas de la psicopatología, es aconsejable combinarlo con otras SVT. Usar el SIMS junto con otras pruebas de validez permite una reducción significativa en el riesgo falso positivo; es decir, a través de la adhesión a la regla de que un encuestado debe fallar al menos dos pruebas de validez para poder clasificarse como simulador (Giger et al., 2010). Se aconseja a los médicos e investigadores que deciden emplear el SIMS que tengan presente esta regla, también conocida como la regla de los dos fracasos (Victor et al., 2009).

Debido a que su administración es simple y breve, el SIMS es un candidato justo para su inclusión en un enfoque de métodos múltiples para la evaluación de la validez de los síntomas. Una ventaja de utilizar el SIMS como técnica de cribaje principal es que sus subescalas pueden proporcionar una indicación del tipo de psicopatología que un encuestado podría simular, lo que podría facilitar la selección de pruebas de validez que se adaptan a una psicopatología específica.

5. Conclusiones

A diferencia de la práctica asistencial, en algunos entornos como el pericial y el laboral, las circunstancias suelen ser diferentes, muchas veces las personas buscan obtener algún tipo de beneficio secundario y por lo tanto, crean, exageran o mantienen en el tiempo su patología. Los sujetos que simulan o fingen un trastorno mental, suelen hacerlo con un objetivo, ya sea de obtener ganancias materiales o escapar del deber formal o la responsabilidad.

El SIMS presenta a los pacientes, los demandantes, los demandados o los participantes en la investigación una lista de 75 síntomas o declaraciones inverosímiles que deben ser respondidas por verdadero o falso los cuales tienen como objetivo detectar la simulación de trastornos psicopatológicos.

El SIMS testea un amplio espectro de síntomas. Sus ítems aluden a depresión atípica, problemas de memoria improbables, síntomas pseudoneurológicos, afirmaciones dudosas de experiencias psicóticas y signos hiperbólicos de retraso mental.

En base a la evidencia existente, y los estudios realizados, puede decirse que el SIMS es una prueba con alta sensibilidad para detectar simulación de síntomas.

Una debilidad seria del SIMS es su escasa especificidad cuando se emplean los puntajes de corte originales (>14 y >16).

La especificidad por debajo del estándar de los puntajes de corte originales del SIMS puede resolverse combinando los SIMS con otros instrumentos de screening o cribaje. Del mismo modo, elevando el punto de corte, aunque esta última solución sacrifica la sensibilidad por la especificidad.

Es de importancia que los profesionales adopten una posición de escepticismo respetuoso hacia los encuestados con una calificación SIMS elevada. Aunque una suposición de honestidad puede ser ingenua, por ejemplo, en un contexto forense, la carga de la prueba para la conclusión de que un individuo finge síntomas recae en los hombros de los expertos en diagnóstico. Una calificación SIMS desviada sola no cumple con la carga de la prueba, pero debería ser un impulso para profundizar en la evaluación a realizar.

6. Bibliografía

- Alwes, Y. R., Clark, J. A., Berry, D. T. R., & Granacher, R. P. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 133–140.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bauer, L., & McCaffrey, R. J. (2006). Coverage of the Test of Memory Malingering, Victoria Symptom Validity Test, and Word Memory Test on the Internet: Is test security threatened? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 121–126.
- Beaber, R. J., Marston, A., Michelli, J., & Mills, M. J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1478–81.
- Benge, J. F., Wisdom, N. M., Collins, R. L., Franks, R., Lemaire, A., & Chen, D. K. (2012). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology for identifying psychogenic non-epileptic events. *Epilepsy & Behavior*, 24, 439–444.
- Berthelson, L., Mulchan, S. S., Odland, A. P., Miller, L. J., & Mittenberg, W. (2013). False positive diagnosis of malingering due to the use of multiple effort tests. *Brain Injury*, 27, 909–916.
- Boone, K. B. (2007). A reconsideration of the Slick et al (1999) criteria for malingered neurocognitive dysfunction. In K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 29–49). New York, NY: Guilford.
- Boone, K. B. (2009). The need for continuous and comprehensive sampling of effort/response bias during neuropsychological examinations. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 729–741.
- Boone, K. B. (2013). *Clinical practice of forensic neuropsychology: An evidence-based approach*. New York, NY: Guilford.
- Brennan, A. M., & Gouvier, W. D. (2006). Are we genuinely studying malingering? A profile and comparison of feigned and suspected malingerers. *Applied Neuropsychology*, 13, 1–11.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2: Manual for administration, scoring and interpretation* (rev ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H., & Santamaría Fernández, P. (2008). Detección de simulación en dolor crónico. In H. González Ordi & P. Santamaría Fernández (Eds.), *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS Manual [Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS Manual]* (pp. 72–77). Madrid: Tea Ediciones.

- Chen, D. K., Izadyar, S., Collins, R. L., Benge, J. F., LeMaire, A. W., & Hrachovy, R. A. (2011). Induction of psychogenic nonepileptic events: Success rate influenced by prior induction exposure, ictal semiology, and psychological profiles. *Epilepsia*, 52, 1063–1070.
- Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., & Hrachovy, R. A. (2014). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55, 156–166.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., & Merckelbach, H. (2003). Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome [Structured Inventory of Malingered Symptomatology]. *Nervenarzt*, 74, 977–986.
- Cima, M., & van Oorsouw, K. (2013). The relationship between psychopathy and crime-related amnesia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 23–29.
- Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 239–254.
- Cumming, G. (2012). *Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York, NY: Routledge.
- Dandachi-FitzGerald, B., & Merckelbach, H. (2013). Feigning ≠ feigning a memory disorder: The Medical Symptom Validity Test as an example. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 46–63.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V., & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 812–828.
- Davis, J. J., & Millis, S. R. (2014). Examination of performance validity test failure in relation to number of tests administered. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 199–214.
- Drane, D. L., Williamson, D. J., Stroup, E. S., Holmes, M. D., Jung, M., Koerner, E., Miller, J. W. (2006). Cognitive impairment is not equal in patients with epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 47, 1879–1886.
- Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to maling psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387–396.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88, 33–42.

- Fox, D. D. (2011). Symptom validity test failure indicates invalidity of neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 488–495.
- Freeman, T., Powell, M., & Kimbrell, T. (2008). Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 158, 374–380.
- Geraerts, E., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2006). Symptom over-reporting and recovered memories of childhood sexual abuse. *Law and Human Behavior*, 30, 621–630.
- Giger, P., & Merten, T. (2013). Swiss population-based reference data for six symptom validity tests. *Clínica y Salud*, 24, 153–159.
- Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H., & Oswald, M. (2010). Detection of feigned crime-related amnesia: A multi-method approach. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 440–463.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P., Santamaría Fernández, P., & Casado Morales, M. I. (2012). Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica [A multidisciplinary approach to the detection of malingering in chronic lower back pain]. *Trauma*, 23, 145–154.
- González Ordi, H., & Santamaría Fernández, P. (2008). Detection of malingering in clinical, medicolegal, and forensic settings. In H. González Ordi & P. Santamaría Fernández (Eds.), *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS Manual [Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS Manual]* (pp. 60–66). Madrid: Tea Ediciones.
- González Ordi, H., & Santamaría Fernández, P. (2009). *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS Manual [Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS Manual]*. Madrid: Tea Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría Fernández, P., Blasco Saiz, J.L., & Pallardó Durá, L. (2008). Estudio de patrón de exageración de síntomas en contextos médico-legales [Study concerning the pattern of symptom exaggeration in medico legal contexts]. In H. González Ordi & P. Santamaría Fernández (Eds.), *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS Manual [Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS Manual]* (pp. 69–71). Madrid: Tea Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría Fernández, P., & Fernández Marín, P. (2010). Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS en el contexto medicolegal [Predictive accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS in the medicolegal setting]. *Edipsykhé*, 9, 3–22.
- González Ordi, H., Santamaría Fernández, P., & Matalobos Veiga, B. (2008). Inventario estructurado de simulación de síntomas – SIMS. Una medida de screening de simulación de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos [Structured Inventory of Malingered

Symptomatology – SIMS. A screening measure for feigned psychopathological and neuropsychological symptoms]. In H. González Ordi & P. Santamaría Fernández (Eds.), *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS Manual* [Structured Inventory of Malingered Symptomatology – SIMS Manual] (pp. 54–60). Madrid: Tea Ediciones.

Graue, L. O., Berry, D. T. R., Clark, J. A., Sollman, M. J., Cardi, M., Hopkins, J., & Werline, D. (2007). Identification of feigned mental retardation using the new generation of malingered detection instruments: Preliminary findings. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 929–942.

Green, D., & Rosenfeld, B. (2011). Evaluating the gold standard: A review and meta-analysis of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment*, 23, 95–107.

Green, D., Rosenfeld, B., Belfi, B., Rohlehr, L., & Pierson, A. (2012). Use of measures of cognitive effort and feigned psychiatric symptoms with pretrial forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 181–190.

Green, P. (2003). *Green's Word Memory Test for Windows: User's manual*. Edmonton, Canada: Green's Publishing.

Greene, R. L. (1988). The relative efficacy of F-K and the obvious and subtle scales to detect overreporting of psychopathology on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 152–159.

Hartman, D. E. (2002). The unexamined lie is a lie worth fibbing: Neuropsychological malingering and the Word Memory Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 709–714.

Heintz, C. E. J., van Tricht, M. J., van der Salm, S. M. A., van Rootselaar, A. F., Cath, D., Schmand, B., & Tijssen, M. A. J. (2013). Neuropsychological profile of psychogenic jerky movement disorders: Importance of evaluating noncredible cognitive performance and psychopathology. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84, 862–867.

Heinze, M. C., & Purisch, A. D. (2001). Beneath the mask: Use of psychological tests to detect and subtype malingering in criminal defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1, 23–52.

Inman, T. H., Vickery, C., Berry, D., Lamb, D., Edwards, C., & Smith, G. (1998). Development and initial validation of a new procedure for evaluating adequacy of effort given during neuropsychological testing: The Letter Memory Test. *Psychological Assessment*, 10, 120–127.

Jelicic, M., Ceunen, E., Peters, M. J. V., & Merckelbach, H. (2011). Detecting coached feigning using the Test of Memory Malingering (TOMM) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 850–855.

Jelicic, M., Hessels, A., & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A study of coached and

uncoached feigners. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 28, 19–22.

Jelicic, M., Merckelbach, H., Candel, I., & Geraerts, E. (2007). Detection of feigned cognitive dysfunction using special malingering tests: A simulation study in naïve and coached malingerers. *International Journal of Neuroscience*, 117, 1185–1192.

Jelicic, M., Peters, M. J. V., Leckie, V., & Merckelbach, H. (2007). Basic knowledge of psychopathology does not undermine the efficacy of the Structured Inventory of Malingered Psychopathology (SIMS) to detect feigned psychosis. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 107–110.

Jelicic, M., van Gaal, M., & Peters, M. J. V. (2013). Expert knowledge doesn't help: Detecting feigned psychosis in people with psychiatric expertise using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 38–77.

Kunst, M., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2011). Recalled peritraumatic reactions, self-reported PTSD, and the impact of malingering and fantasy proneness in victims of interpersonal violence who have applied for state compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2186–2210.

Larrabee, G. J. (2008). Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 666–679.

Larrabee, G. J. (2014). False-positive rates associated with the use of multiple performance and symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29, 364–373.

Lewis, J. L., Simcox, A. M., & Berry, D. T. R. (2002). Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Psychological Assessment*, 14, 170–176.

Lilienfeld, S. O., & Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 488–524.

Meade, A. W., & Craig, S. B. (2012). Identifying careless responses in survey data. *Psychological Methods*, 17, 437–455.

Merckelbach, H., & Collaris, J. (2012). Mother Theresa doesn't help here: Lack of moral priming effects on malingered symptom reports and what we can learn from it. *Psychologica Belgica*, 52, 201–215.

Merckelbach, H., Jelicic, M., & Pieters, M. (2011). The residual effect of feigning: How intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 131–139.

Merckelbach, H., Smeets, T., & Jelicic, M. (2009). Experimental feigning: Type of malingering scenario makes a difference. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*,

20, 378– 386.

Merckelbach, H., & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145–152.

Merten, T., Diederich, C., & Stevens, A. (2008). Vorgetäuschte Beschwerden nach Distorsions trauma der Halswirbelsäule: Eine experimentelle Feigningsstudie [Feigned symptoms after whiplash injury: An experimental feigning study]. *Aktuelle Neurologie*, 35, 8–15.

Merten, T., Friedel, E., Mehren, G., & Stevens, A. (2007). Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung [On the validity of personality profiles in psychiatric assessment]. *Nervenarzt*, 78, 511–520.

Merten, T., Friedel, E., & Stevens, A. (2007). Die Authentizität der Beschwerdenschilderung in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung: eine Untersuchung mit dem Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome [Authenticity of symptom report in independent neurological and psychiatric examinations: A study with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology]. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17, 140–154.

Merten, T., Lorenz, R., & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic Stress Disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry*, 13, 140–149.

Merten, T., & Merckelbach, H. (2013). Symptom validity testing in somatoform and dissociative disorders: A critical review. *Psychological Injury and Law*, 6, 122–137.

Merten, T., Thies, E., Schneider, K., & Stevens, A. (2009). Symptom validity testing in claimants with alleged posttraumatic stress disorder: Comparing the Morel Emotional Numbing Test, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology, and the Word Memory Test. *Psychological Injury and Law*, 2, 284–293.

Meyer, M. W., & Gupta, V. (1994). The performance paradox. *Research in Organizational Behavior*, 16, 309–369.

Nelson, N. W., Sweet, J. J., Berry, D. T. R., Bryant, F. B., & Granacher, R. P. (2007). Response validity in forensic neuropsychology: Exploratory factor analytic evidence of distinct cognitive and psychological constructs. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 440–449.

Nies, K. J., & Sweet, J. J. (1994). Neuropsychological assessment and malingering: A critical review of past and present strategies. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 9, 501–552.

Pareés, I., Kassavetis, P., Saifee, T. A., Sadnicka, A., Bhatia, K. P., Fotopoulou, A., & Edwards, M. J. (2012). Jumping to conclusions' bias in functional movement disorders.

Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 83, 460–463.

Pareés, I., Saifee, T. A., Kassavetis, P., Kojovic, M., Rubio-Agusti, I., Rothwell, J. C., & ... Edwards, M. J. (2012). Believing is perceiving: Mismatch between self-report and actigraphy in psychogenic tremor. *Brain*, 135, 117–123.

Peters, M. J. V., Jelacic, M., Moritz, S., Hausschildt, M., & Jelinek, L. (2013). Assessing the boundaries of symptom over-reporting using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in a clinical schizophrenia sample: Its relation to symptomatology and neurocognitive dysfunctions. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 64–77.

Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). The Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Rogers, R., Hinds, J. D., & Sewell, K. W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, 67, 244–257.

Rogers, R., Jackson, R. L., & Kaminski, P. L. (2005). Factitious psychological disorders: The overlooked response style in forensic evaluations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 5, 21–41.

Rogers, R., Robinson, E. V., & Gillard, N. D. (2014). The SIMS screen for feigned mental disorders: The development of detection-based scales. *Behavioral Sciences and the Law*, 32, 455–466.

Ruiz, M. A., Drake, E. B., Glass, A., Marcotte, D., & van Gorp, W. G. (2002). Trying to beat the system: Misuse of the Internet to assist in avoiding the detection of psychological symptom dissimulation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 294–299.

Ruocco, A. C., Swirsky-Sacchetti, T., Chute, D. L., Mandel, S., Platek, S. M., & Zillmer, E. A. (2008). Distinguishing between neuropsychological malingering and exaggerated psychiatric symptoms in a neuropsychological setting. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 547–564.

Santamaría Fernández, P. (2013, June). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in civil forensic evaluations. Paper presented at the Third European Symposium on Symptom Validity Assessment, Würzburg, Germany.

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150, 42–50.

Schagen, S., Schmand, B., de Sterke, S., & Lindeboom, J. (1997). Amsterdam Short-Term Memory Test: A new procedure for the detection of feigned memory deficits. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 43–51.

Slick, D. J., Hopp, G., Strauss, E., & Spellacy, F. J. (1996). Victoria Symptom Validity Test:

Efficiency for detecting feigned memory impairment and relationship to neuropsychological tests and MMPI-2 Validity Scales. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 18, 911–922.

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, I. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545–561.

Smith, G. P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.). (pp. 323–339). New York: Guilford.

Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law*, 25, 180–183.

Solomon, R. E., Boone, K. B., Miora, D., Skidmore, S., Cottingham, M., Victor, T., & Zeller, M. (2010). Use of the WAIS-III Picture Completion Subtest as an embedded measure of response bias. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 1243–1256.

Stevens, A., Schneider, K., Liske, B., Hermle, L., Huber, H., & Hetzel, G. (2014). Is subnormal cognitive performance in schizophrenia due to lack of effort or to cognitive impairment? *German Journal of Psychiatry*, 17, 1–9.

Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering (TOMM)*. Toronto: Multi-Health Systems.

van Beilen, M., Griffioen, B. T., Gross, A., & Leenders, K. L. (2009). Psychological assessment of malingering in psychogenic neurological disorders and non-psychogenic neurological disorders: Relationship to psychopathology levels. *European Journal of Neurology*, 16, 1118–1123.

van Egmond, J., & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting treatment outcome. *European Psychiatry*, 17, 46–54.

van Egmond, J., Kummeling, I., & van Balkom, T. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry*, 20, 416–421.

van Thiel, S., & Leeuw, F. L. (2002). The performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review*, 25, 267–281.

Victor, T. L., Boone, K. B., Serpa, J. G., Buehler, J., & Ziegler, E. A. (2009). Interpreting the meaning of multiple symptom validity test failure. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 297–313.

Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known-groups comparison. *Law and*

Human Behavior, 31, 249–260.

Vossler-Thies, E., Stevens, A., Engel, R. R., & Licha, C. (2013). Erfassung negativer Antwortverzerrungen mit der deutschen Fassung des "Personality Assessment Inventory", dem "Verhaltens- und Erlebensinventar" [Capturing negative response distortion with the German version of the Personality Assessment Inventory]. *Diagnostica*, 59, 73–85.

Widder, B. (2011). Beurteilung der Beschwerdenuvalidität [Evaluation of symptom validity]. In B. Widder, & P. W. Gaidzik (Eds.), *Begutachtung in der Neurologie* (2nd ed., pp. 64–92). Stuttgart: Thieme.

Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Wisdom, N. M., Callahan, J. L., & Shaw, T. G. (2010). Diagnostic utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology to detect malingering in a forensic sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 118–125.

Zimmermann, P., Kowalski, J. T., Alliger-Horn, C., Danker-Hopfe, H., Engers, A., Meermann, R., & Hellweg, R. (2013). Detection of malingering in the assessment of occupational disability in the military. *German Journal of Psychiatry*, 16, 54–60.

7. Anexos

Tabla 1. Precisión diagnóstica del (SIMS) en grupos de estudio conocido.

Autores	Población	Tamaño	Criterio de sospecha Simulación	Prevalencia de Simulación	Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
Alwes et al. (2008)	Demandante	308	TOMM VSVT LMT	Psiquiátrico: 7% Cognitivo: 24% (Total: 31%)	>16 >16	.96 .75	.67 .60
Clegg et al. (2009)	Demandante	56	SIRS	31%	>14 >16 >19	1.0 0 .95 .90	.37 .51 .69
Edens et al. (2007)	Prisioneros en Unidad Psiquiátrica	56	SIRS Juicio Clínico	45% 46%	>14 >14	1.0 0 .85	.52 .40
González Ordi, Santamaría Fernández, Blasco Saiz, & Pallardó Durá (2008)	Demandantes	305	MMPI-2 (F-K $\geq$ 5 or	10%	>14 >16	1.0 0 .97	.61 .75
González Ordi et al. (2010)	Enfermos de baja laboral	61	Juicio Clínico	56%	>14	.88	.81
Heinze & Purisch (2001)	Acusados imposibilitados de declarar en juicio	57	Juicio Clínico, por equipo interdisciplinario	13% ^a	>13	.87	N/A
Lewis et al. (2002)	Acusados	55	SIRS	44%	>16	1.0 0	.61
Vitacco et al. (2007)	Acusados	100	SIRS	21%	>14	1.0 0	.65
Vossler-Thies et al. (2013)	Demandantes	95	Slick	Definitivo 31% Probable: 22% Total: 53%	>16 >16 >16	NR NR NR	NR NR NR
Wisdom et al. (2010)	Demandantes	33	Slick	67%	>14	.96	.64

NR = No reportado, datos insuficientes para calcular. N/A = No aplicable. LMT = Letter Memory Test (Inman et al., 1998). MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Second Edition (Butcher et al., 2001). SIRS = Structured Interview of Reported Symptoms (Rogers et al., 1992). Slick = criteria for malingering as formulated by Slick, Sherman, and Iverson (1999). TOMM = Test of Memory Malingering (Tombaugh, 1996). VSVT = Victoria Symptom Validity Test (Slick, Hopp, Strauss, & Spellacy; 1996). ^aMuestra inicial de 438 acusados que fueron declarados incompetentes para declarar en juicio. ^bCalculado usando la información disponible.

Tabla 2. Precisión Diagnóstica del Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) en estudios de simulación.

Autores	Muestra	Simuladores experimentales	Respondedores honestos	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Cima et al. (2003)	Pacientes Alumnos	– 135	62 69	>16 >16	N/A .87	.73 1.00
Dandachi-FitzGerald & Merckelbach (2013)	Alumnos	42	20	>16	.91	1.00
Edens et al. (1999)	Alumnos	196	196 ^a	>14	.96	.91
Edens et al. (2007)	Prisioneros	29	30	>14	.90	.97
Giger et al. (2010)	Voluntarios Ingenuos Advertidos	20 20	20 --	>16 >16	.95 .65	.95 N/A
González Ordi & Santamaría Fernández (2008)	Pacientes	– 326 ^c	152 --	>14 >16	.92 .96	.40 .48
González Ordi, Santamaría Fernández, & Matalobos Veiga (2008)	Alumnos	326 ^c	147	>14 >16	.96 .92	.95 .97
Graue et al. (2007)	Retraso mental Grupo control	– 25	26 10	>16 >16	N/A .88	.23 NR
Jelicic et al. (2006)	Alumnos – Ingenuos – con conocimiento clínico – con conocimiento clínico y advertidos Total	15 ^b 15 ^b 15 ^b 45	15 - - 15	>16 >16 >16 >16	.93 1.00 .80 .91	1.00 N/A N/A (2.9) ^d
Jelicic et al. (2011)	Alumnos – con conocimiento clínico – con conocimiento clínico y advertidos Total	29 ^b 28 ^b 47	29 - 29	>16 >16 >16	.93 .86 .89	1.00 N/A 1.00

Jelicic, Merckelbach, et al. (2007)	Alumnos: – Ingenuos - Con conocimiento y advertido	30 30	30 -	>14 >14	.90 .90	1.00 N/A
Jelicic, Peters, et al. (2007)	Alumnos: – Ingenuos - Con conocimiento	30 31	30 ^a 31 ^a	>16 >16	.97 1.00	1.00 1.00
Jelicic et al. (2013)	Clínicos expertos Alumnos	23 24	23 ^a 24 ^a	>16 >16	.87 .96	1.00 1.00
Merckelbach & Collaris (2012)	Alumnos: – Ingenuos - Advertidos de SVT - Honestos TOTAL	15 ^b 15 ^b 15 ^b 45	15 15 15 45	>16 >16 >16 >16	NR NR NR NR	NR NR NR NR
Merckelbach & Smith (2003)	Pacientes Alumnos Total	- 57 57	10 231 241	>16 >16 >16	N/A .93 .93	NR NR .98
Merten et al. (2008)	Voluntarios Ingenuos Advertidos	16 16	- -	>16 >16	.94 .63	N/A N/A
Merten et al. (2010)	Voluntarios Ingenuos C/Conocimiento o Advertidos C/Conoc y Adv. Total	20 ^b 20 ^b 20 ^b 20 ^b 80	– – – – –	>16 >16 >16 >16 >16	.90 .90 .85 .70 .84	N/A N/A N/A N/A N/A
Peters et al. (2013)	Esquizofrénicos Control	- -	41 43	>16 >16	N/A N/A	.71 1.00
Rogers et al. (1996)	Pacientes del ámbito forense C/conocimiento o clínico	– 53	53 ^a –	>16 >16	N/A .70 ^d	.83 ^d N/A
Rogers et al. (2005)	Alumnos: Simulador Simulador demandante Simulador acusado Total	17 ^b 18 ^b 14 ^b 49	16 -- -- --	>16 >16 >16 >16	NR NR NR NR	NR NR NR NR

Rogers et al. (2014)	Pacientes de trauma	53	54	>14	.93	.28
Smith & Burger (1997)	Alumnos	208	30	>14	.96	.88
Vossler-Thies et al. (2013)	Voluntarios	25	–	>16	.92	N/A
Zimmermann et al. (2013)	Pacientes militares	–	96	>16	N/A	.72
	Personal Militar	40	-	>16	1.00	N/A

NR = No reportado, datos insuficientes para calcular. N/A = Not applicable.^a Participantes (test-retest). ^bLa diferencia en las puntuaciones medias del SIMS entre estos grupos no fue estadísticamente significativa ($p > .05$). ^c Los datos de este grupo fueron empleados tanto por González Ordi y Santamaría Fernández (2008) como por González Ordi, Santamaría Fernández y Matalobos Veiga (2008). ^dCalculado usando la información disponible.

Tabla 3. Precisión diagnóstica del SIMS

Población	Cantidad de estudios	Total de participantes	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Demandantes	4	455	>14	.98	.61
Grupos Conocidos	4	730	>16	.91	.70
Acusados	2	156	>14	1.00	.60
Grupos conocidos	2	108	>16	1.00	.67
Pacientes Honestos	2	206	>14	N/A	.37
Pacientes Honestos	5 ^a	377	>16	N/A	.59
Adultos Voluntarios	10	1222	>14	.96	.93
Grupos Experimentales	25	1487	>16	.92	.99
Simuladores con conocimiento clínico	6	171	>16	.87	N/A
Simuladores Advertidos	3	56	>16	.72	N/A
Simuladores Advertidos y con conocimiento clínico	4	88	>16	.82	N/A

a. Se asume la honestidad de estos pacientes, pero no se establece a través de la prueba de validez de los síntomas.

Tabla 4. Prevalencia diferencial de los puntajes del (SIMS) en muestras clínicas y forenses.

Autores	Población	Tamaño	Punto de Corte	Prevalencia del puntaje total SIMS por sobre el punto de corte	Media de puntaje SIMS
Benge et al. (2012)	Pacientes con convulsiones no epilépticas	91	>16	71%	22.4
	Pacientes con Convulsiones epilépticas	29	>19	31%	14.4
Cima & van Orsouw (2013)	Prisioneros que aducen amnesia	12	>16	33%	12.5
	Prisioneros sin amnesia	19	>16	5%	6.9
Chen et al. (2011)	Pacientes con convulsiones inducidas por placebo	51	>14	80%	NR
Capilla Ramírez et al. (2008) Psychogenic patients	Demandantes con Fibromialgia	30	>16	80%	25.5
	Demandantes con Dolor Crónico	30	>16	NR	14.1
	Pacientes con Dolor Crónico, no demandantes	25	>16	NR	6.9
van Beilen et al. (2009)	Pacientes con Trastornos psicósomáticos	26	>16	23%	11.5
	Pacientes Neurológicos	26	>16	4%	7.8
	Control Clínico	18	>16	0	4.6

NR = No reportado

Tabla 5. Puntos de corte sugeridos para el SIMS, en relación al uso que se le pretenda dar.

Puntaje Total	Consideraciones
> 16	Recomendado cuando el SIMS se emplea como una herramienta de cribaje para la psicopatología fingida. Investigar cuidadosamente y posiblemente excluya las clasificaciones de falsos positivos.
> 19	Recomendado cuando el SIMS se emplea como parte de una batería de pruebas que se utilizan para evaluación concluyente de la psicopatología fingida. Se obtiene una menor sensibilidad, pero mayor especificidad (riesgo reducido de clasificación falsamente positiva).
> 16 - >19	Cortes combinados. Utilice puntajes del 17 al 19 como indicativo de una posible simulación
>24	Solo se recomienda cuando el SIMS se emplea como parte de una batería de pruebas, en poblaciones con puntajes SIMS particularmente elevados debido a la existencia de psicopatología (por ejemplo, esquizofrenia, discapacidad intelectual). Da alta especificidad, pero baja sensibilidad (alto riesgo de clasificación falsamente negativa).
Advertencia	Los puntajes SIMS elevados no reflejan necesariamente una psicopatología fingida: también podrían ser el resultado de respuestas irrelevantes debido, por ejemplo, a la fatiga, la frustración, la indiferencia, desafío o incomprensión