

ACCESIT PREMIO FIDEL PAGÉS MIRAVÉ 2010

Estudio de las Bajas Temporales para el Servicio por motivos psicológicos: Mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas

García Silgo M¹, Robles Sánchez JI²*Sanid. mil. 2010; 66 (3): 154-162; ISSN: 1887-8571*

RESUMEN:

Antecedentes y Objetivos. Existen numerosas investigaciones sobre simulación de trastorno mental en diversos contextos clínico-forenses relacionados con distintos y variados trastornos. Sin embargo y a pesar de la prevalencia que puede tener el trastorno mental en el contexto de las bajas laborales no existen tantos estudios que afronten esta situación administrativa relacionándola con la simulación. Esta investigación aborda la simulación de trastorno mental en las Bajas Temporales para el Servicio en un entorno militar. **Material y Métodos.** El trabajo se enmarca dentro del ámbito forense médico militar pericial. Desde un diseño de análogos se compararán las respuestas de dos grupos de sujetos al realizar el Inventario de Evaluación de la Personalidad (Personality Assessment Inventory – PAI) de L. Morey. La muestra se compone de 91 sujetos no expertos ni en psicopatología, ni en pruebas diagnósticas. 37 de ellos estuvieron en la condición experimental A (análogos o simuladores) y 54 en la condición B (de baja médica por psiquiatría, el 47,9% diagnosticados de Trastorno Adaptativo, el 26% de Depresión, 21,8% de Ansiedad y 4,3% de otros trastornos mentales). Ambas condiciones serán comparadas en los resultados obtenidos en las escalas clínicas, de validez y simulación del PAI. Para analizar si existen diferencias en dichas escalas en función de la condición experimental asignada se realizó un diseño unifactorial intergrupo y una comparación de medias mediante T de Student con el programa informático SPSS v.15. Los datos de los participantes fueron recogidos en el primer semestre de 2009. **Resultados.** Se encontraron diferencias en todas las variables al responder al PAI excepto en las variables *Depresión* (DEP) y *Ansiedad* (ANX). Las diferencias encontradas en las escalas de simulación y psicopatología serán analizadas. **Conclusiones.** El PAI se ha mostrado como un instrumento válido en la detección de simulación en el ámbito de las FAS. La escala *Impresión Negativa* (NIM) fue la más eficaz en la diferenciación de simuladores y grupo clínico. Sin embargo, la escala *Simulación* (MAL) no clasificó al grupo de simuladores como se esperaba. Los resultados encontrados en las escalas clínicas son congruentes con los diagnósticos del grupo de baja. Los síntomas elegidos por el grupo de simuladores para dar mala imagen fueron, sobretodo, los de las escalas *Depresión* (DEP), *Paranoia* (PAR) y *Problemas con las Drogas* (DRG).

PALABRAS CLAVE: simulación, trastorno mental, Personality Assessment Inventory, baja laboral, baja temporal para el servicio.

Malingering in Mental Disorder in Sick Leaves

SUMMARY:

Background/ Previous and Object: There are many investigations about malingering in different clinical-forensic context. However and in spite of mental disorder in sick leaves prevalence there aren't that many studies about this topic being joined with malingering. This study is about mental disorder in sick leaves in a military context. **Material and Method:** This work is framed within the military medical forensic expert. It has been compared two groups responses in Personality Assessment Inventory (PAI). The sample are 91 participants, in A condition were 37 naïve malingeres and in B condition 54 people with designated disorders (47,9% Adaptative Disorder, 26% Depression, 21,8% Anxiety Disorder and 4,3% others). Both conditions will be compared in clinical, validity and malingering scales of the PAI. To know if there are differences in those scales in both conditions a univariate design intergroup has done and a T means comparison with SPSS v. 15. Data was kept in 2009 first semester. **Results:** Differences in most of the variables but non on Depression (DEP) neigther Anxiety (ANX) were found. Differences in malingering and clinical scales will be analyzed. **Conclusions:** PAI has been shown to be a valuable tool for the detection of simulation in the field of Armed Forces. Negative Impression scale (NIM) was the most effective one scale to differentiate between groups. However Malingering scale (MAL) didn't work as expected. Results are consistent with designated disorders for clinical sample. Symptoms choosed by malingering group were those from Depression (DEP), Paranoia (PAR) and Drug Problems (DRG) scales.

KEY WORDS: Malingering, mental disorder, PAI, sick leave.

¹ Cap. Psicólogo. Subdelegación Defensa. Granada. España.

² Cte. Psicólogo. Jefe Departamento Psicología. Escuela Militar de Sanidad. Madrid. España

Dirección para correspondencia: Mónica García Silgo. Subdelegación Defensa en Granada. C/ Santa Bárbara 13. 18001 Granada. España.

Recibido: 28 de junio de 2010

Aceptado: 30 de junio de 2010

INTRODUCCIÓN

No todos los soldados y marineros que son seleccionados en los Centros de Reclutamiento distribuidos por España terminarán con éxito la Fase de Instrucción. De los que consigan acabar esta fase y se incorporen a su unidad, algunos no terminarán su primer

compromiso. En ocasiones, personal de tropa y marinería se incorpora a su unidad y, pasado un tiempo (a veces de días o pocas semanas), descubren que no les gusta su profesión y que desean terminar su compromiso previamente a la fecha de finalización. Pero para que un soldado o marinero pueda romper su compromiso antes de lo firmado tiene que argumentar una serie de motivos (Art. 118 de la Ley 39/2007 de la Carrera Militar). En muchas ocasiones, este personal no cumple ninguno de estos requisitos. En estos casos, la vía alternativa empleada es la *Baja Temporal para el Servicio* administrada por su médico de cabecera o médico especialista del seguro. Se ha estimado que un alto porcentaje de los expedientes que llegan a las Juntas Médico Periciales son de esta naturaleza¹ y, normalmente, se relacionan con problemas de tipo adaptativo cuyo origen se encuentra en las exigencias físicas y psicológicas propias de la vida militar.

Esta problemática conlleva el desarrollo de una sintomatología característica que suele motivar la evitación de lo que les produce malestar, como el cuartel o cuestiones relacionadas con lo militar, en definitiva, su trabajo. Mientras estén apartados del entorno laboral-militar estos síntomas no aparecerán. Entonces, pasados unos meses (a veces años) desde que se inició la baja, pasarán por la Junta Médico Pericial Ordinaria como dicta el R.D. 944/2001 donde se determinará su aptitud psicofísica y donde se clasificará, el posible grado de minusvalía que se pueda presentar por enfermedad mental, según el baremo del R.D. 1971/1999.

Muchos de estos soldados y marineros recurren contra las Juntas solicitando la relación causa-efecto, con el fin de obtener mayores derechos pasivos² basándose en el R.D. 1186/2001, alegando que en las pruebas psicológicas que les hicieron en el Centro de Reclutamiento para entrar en el Ejército se les dio *apto*, pero al pasar por la Junta Médico Pericial se les da *no apto* para todo servicio.

Repercusiones de la problemática planteada

La situación planteada tiene ciertas repercusiones médico-legales. En primer lugar, en las pruebas de selección de personal para entrar en un trabajo (tanto civil como militar) no se puede *ver* a la persona en su totalidad ni son, estas pruebas, perfectas a la hora de predecir el comportamiento sin ningún margen de error. En segundo lugar, la selección para ingresar en el Ejército se realiza bajo un modelo psicológico clínico y no de búsqueda de aptitudes y de ajuste al puesto³. En tercer lugar, estos sujetos pueden no ser sinceros en el *Cuestionario de Salud* que realizan en el reconocimiento médico para ingresar, ocultando problemas psicológicos anteriores o pueden mostrar su agrado con la profesión militar durante la entrevista con el psicólogo del Centro de Selección (CSEL) sin ser esto cierto. Por último, una persona puede cambiar de opinión una vez ha ingresado y manifestar que no le gusta su trabajo y no se adapta a él, aunque esto no signifique que dicha persona no sirva para realizar otros trabajos, ni que este trabajo (por no adaptarse a él) le haya generado problemas de personalidad.

Aparte del gasto económico que supone mantener e indemnizar a este personal (que, en algunos casos, no han estado ni dos semanas en su unidad cuando acudieron al psiquiatra civil) hay una problemática asociada a esta situación. Esta es la de la sobrecarga por acumulación de bajas de este tipo al que llegan los

departamentos de personal de las unidades, los oficiales de sanidad de los cuarteles, las Juntas de Seguimiento de Bajas Médicas, etc.

Pero el principal problema que ocurre con el absentismo laboral provocado por las bajas de este tipo, tanto en la vida civil como en la militar, es que se están psiquiatrizando problemas menores y, lo que es más grave, esto puede terminar repercutiendo negativamente en aquellas personas que realmente presentan un problema psicológico y necesitan ayuda.

Menos importante, pero necesario de comentar, es la cuestión de la imagen, para la sanidad militar, que da este recurrir a las bajas psiquiátricas como solución a un problema administrativo. En este punto, la sanidad es un instrumento o una solución a lo que podría revisarse para resolverse de otro modo.

Por último, es importante señalar que el ejemplo que da este personal en su entorno familiar, laboral y social no colabora a crear una buena imagen social de las Fuerzas Armadas (ni fuera, ni dentro de ella).

Alternativas y soluciones posibles

Una de las sugerencias propuestas, consiste en modificar algunos de los procedimientos seguidos actualmente en los Centros de Selección (CSELES) y en las Juntas Médico Periciales. Si el *apto* en personalidad que se les da en el CSEL no formara parte del *apto* médico y fuera un *apto* en aptitudes psicológicas para desempeñar un puesto determinado, a la hora de excluirlos, se podría hacer por ausencia, o por no mostrar, las aptitudes psicológicas requeridas, sin necesidad de estar incluidos en Cuadro Médico alguno. Una posible solución sería la valoración de la aptitud psicológica en un *Cuadro de Aptitudes Psicológicas* fuera del *Cuadro de Pérdida de Aptitud Psicofísica*, lo que sin duda resolvería muchos de los problemas médico-legales actuales.

La mayoría de los casos tienen que ver con un problema de aptitudes psicológicas, incluso de gustos o de cambios de expectativas personales. Además de estos casos, nos encontramos con otros que, aprovechándose del sistema y ciertos axiomas del *Estado de Bienestar*¹, exageran o inventan sus dolencias, sus quejas, molestias laborales o sus síntomas psicopatológicos de tal modo que se encontrarían con el beneficio secundario de la baja médica psiquiátrica⁴⁻⁷. Actualmente no existe en las FAS ningún programa, ni proyecto, ni protocolo o sistema de evaluación para los casos en los que se sospecha que pueda existir simulación de trastorno mental o exageración de síntomas. Parece necesario crear un sistema de evaluación de psicopatología que cuente con recursos de detección de simulación.

Justificación del estudio

Los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público generando un coste económico de 7.019 millones de euros y representando el 1% del Producto Interior Bruto del país⁸. En Europa se estima que la carga de estos trastornos está entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto, por encima de los 183.000 millones de euros anuales, de los cuales el 54% corresponde gastos indirectos debidos a pérdida de pro-

ductividad asociada, fundamentalmente, a incapacidad laboral⁹. El impacto de la enfermedad mental sobre el Sistema Nacional de Salud representa el 7,3% del gasto sanitario público total, situando a este grupo de enfermedad en la tercera posición, tras el cáncer y las enfermedades del aparato circulatorio⁸.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los trastornos mentales y los problemas derivados de la ansiedad, la depresión y el estrés son las principales causas de incapacidad laboral que, en términos de productividad, gastos económicos, sanitarios e impacto social y personal lleva a calificar la ausencia laboral como un problema de salud pública importante y creciente¹⁰. Así mismo, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo define el estrés laboral como uno de los principales problemas para la salud generando entre el 50% y el 60% de las bajas laborales anuales.

Estos estudios y otras numerosas investigaciones no citadas en el presente documento, reflejan un panorama laboral cada vez más necesitado de medidas de prevención psicosocial integrando programas de promoción para la salud con programas de prevención de la ansiedad, la depresión y el estrés laboral. En la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental en Helsinki en 2005¹¹, se puso de manifiesto que el absentismo derivado del estrés laboral es un problema prevenible y se reflejó la importancia de adoptar medidas para la prevención de la enfermedad mental en el trabajo.

También existen medidas que aún no están siendo contempladas por estos organismos nacionales e internacionales. Investigaciones realizadas sobre prevalencia de simulación de trastorno mental en otros países ponen de manifiesto una realidad no muy analizada en España. Por ejemplo, en Estados Unidos el coste total por simulación de enfermedades, en el año 1995, se estimó en 85.3 billones de dólares¹². Se ha visto que el número de demandantes de compensación económica por Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) ha aumentado considerablemente en los últimos años, del año 1999 a 2004 se incrementó en un 80% mientras otras incapacidades creció sólo el 12% en estos mismos años¹³. En un estudio realizado en 2002 con 33.531 casos involucrados en distintos litigios¹⁴ la estimación de simulación fue del 39% de los demandantes por trastorno craneoencefálico, del 35% de los demandantes por fatiga crónica y del 31% de los que sufrían fibromialgia. En otras investigaciones, la media encontrada de simulación de trastorno mental se sitúa entre el 20% y el 40%¹⁵⁻¹⁹. Estas estimaciones no están realizadas en población española, teniendo en cuenta los altos porcentajes de simulación hallados en otros países, se considera necesario analizar la prevalencia de simulación de trastorno mental en nuestro país en población trabajadora.

Definición de simulación

El término con el que se califica a una persona cuando finge estar enferma o tener un trastorno es *simulador*. Tanto la CIE10²⁰ como el DSM-IV-TR²¹ describen la *simulación* como *la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas*. Además, el DSM-IV-TR, añade cuatro situaciones en las que se

debe sospechar simulación: 1. Presentación en un contexto médico-legal; 2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica; 3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento terapéutico y 4. Presentación de trastorno antisocial de la personalidad.

Evaluación psicológica de simulación de trastorno mental

Debido a las limitaciones de los manuales diagnósticos para evaluar simulación de trastorno mental²²⁻²⁵, distintos autores han propuesto modelos alternativos al DSM-IV y CIE10. Desde una perspectiva basada en los datos, Rogers²⁶ propone usar dos modelos a la hora de evaluar una posible simulación. El *modelo de umbral* que consiste en detectar indicadores cualitativos durante el proceso de obtención de datos y el *modelo de decisión clínica* en el que se trata de analizar los criterios explícitos presentes. Además, existe un tercer *modelo de comprobación de hipótesis*, propuesto por Rogers y Shuman²⁷ donde el diagnóstico se formula al inicio del proceso y se va confirmando o refutando a través de la evaluación.

Aunque la psicología cuenta con una gran variedad de recursos psicométricos y entrevistas para evaluar trastorno mental, debido al contexto de distorsión en el que se haya la simulación, es difícil crear una sola herramienta con la que argumentar los diagnósticos efectuados en contextos médico-legales²⁸. Parece que lo más apropiado sería adoptar una perspectiva de medida multimétodo^{26,29} teniendo en cuenta distintas áreas del sujeto y de la exploración, como son: el comportamiento durante la entrevista; las características de los síntomas; los resultados de las pruebas y test psicológicos y los aspectos del historial clínico, laboral y judicial. También se han descrito una serie de *indicadores de sospecha* que pueden emplearse para los casos en los que haya indicios de simulación³⁰⁻³³.

En cualquier caso, la investigación en el desarrollo de test de detección de simulación está creciendo considerablemente y así van surgiendo cada vez más instrumentos de medida para este fin. Dentro de las pruebas que miden esta conducta, o intención, el MMPI³⁴ es quizá la más investigada. La eficacia de esta prueba para detectar simulación en su versión original, en la revisada y en la versión para adolescentes ha sido demostrada sistemáticamente^{35,36}. De creación más reciente y requiriendo mucha atención por parte de recientes investigaciones encontramos el *Personality Assessment Investor*³⁷ (PAI) en el que se centrará la investigación propuesta y del que se hará una descripción detallada más adelante.

Dentro de las entrevistas estructuradas el *Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST)³⁸ ha demostrado que es buena para detectar simulación en algunas investigaciones³⁹. El M-FAST fue diseñado como un instrumento más dentro de un conjunto de pruebas. De este modo, si el sujeto da una puntuación por debajo del punto de corte, sugiriendo simulación, entonces se le pasarían pruebas más detalladas como la *Structured Interview of Reported Symptoms*⁴⁰ (SIRS). Distintas investigaciones avalan la validez del SIRS para evaluar simulación en general^{41,42}. Las entrevistas que fueron diseñadas con propósitos diagnósticos como la *Structured Clinical Interview* para el DSM-IV (SCID-IV) pueden

usarse para recoger información sobre la probabilidad de que el sujeto esté simulando aunque, a veces, pueden llevar a errores⁴³.

Otros test como el 16PF, el NEO-PI, el MCMI-2, el MCMI-3 o test proyectivos que actualmente se están empleando en distintos contextos periciales civiles y militares, no han demostrado ser eficaces en la detección de simulación. Prueba de ello es el escaso y, a veces, nulo interés de estas pruebas suscitado en la comunidad científica.

¿Cómo se investiga la simulación de trastorno mental?

En la investigación de los trastornos mentales se parte de la colaboración de los pacientes. Sin embargo, el paciente simulador nunca va a reconocer que lo es, lo que dificulta enormemente el trabajo. Como solución a este problema lo que se ha propuesto es crear *grupos de análogos*. Estos son grupos de sujetos normales a los que se les pide que respondan a las pruebas de evaluación mostrando psicopatología, es decir, *aparentando estar mal psicológicamente*. Las respuestas que da este grupo de análogos o simuladores se compara con un grupo de sujetos procedente del ámbito clínico (con psicopatología). De este modo se consigue crear una situación análoga a la que se pretende estudiar.

Las comparaciones realizadas son diversas. Las muestras más investigadas procedentes del ámbito clínico son: Pacientes psiquiátricos internos; pacientes psiquiátricos ambulatorios; pacientes esquizofrénicos; pacientes con psicopatología diversa; pacientes con trastorno de la personalidad y sujetos con rasgos de psicopatía. En cuanto a las muestras de análogos o simuladores es preciso analizar qué papel juega tener conocimiento en variables de psicopatología y pruebas diagnósticas a la hora de fingir un determinado trastorno. De ahí que los grupos comparados sean: Sujetos no expertos en psicopatología; sujetos expertos instruidos en psicopatología; sujetos expertos instruidos en variables de detección de simulación de los test y sujetos expertos instruidos en psicopatología y en variables de detección de simulación de los test.

Hay también investigaciones que trabajan con muestras extraídas del ámbito forense y que son sospechosos de estar simulando un trastorno mental. Estas serían las siguientes: Sujetos acusados de un delito (civil o penal) en el que presentar un trastorno mental constituye un eximente; sujetos demandantes de pensión económica por accidente laboral, accidente de tráfico o veteranos de guerra y sujetos que recibieron compensación económica que son reevaluados en estudios longitudinales para analizar la ausencia/presencia de síntomas pasado un tiempo desde que se les declaró con un trastorno mental.

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud⁴⁴ así se ha procedido a la elaboración del objetivo principal de este trabajo. Según este Consejo Interterritorial, la salud mental ha de plantearse *en positivo*, lo que implica conceptos como bienestar y habilidades para adaptarse a la diversidad. El tema de este trabajo es una mínima parte de lo que se puede hacer para cumplir el objetivo general de conseguir grupos sanos.

El planteamiento inicial de este estudio es el de ahondar en una realidad no abordada hasta ahora en las Fuerzas Armadas. Se trata de mejorar las evaluaciones psicológicas del personal que se encuentra de Baja Temporal para el Servicio, de buscar las mejores herramientas de detección de psicopatología y simulación, de ponerlas a prueba en personal militar y de valorar la posibilidad de su uso en los primeros escalones de psicología y sucesivos. Además, es deseable que al poner en marcha dicho entramado se generen trabajos consecutivos a éste sobre el tema abordado, mejorando el presente, ampliándolo y creando nuevos retos y expectativas. Los objetivos concretos podrían resumirse del siguiente modo:

- Valorar y seleccionar los test más investigados y empleados en el psicodiagnóstico pericial y forense.
- Aplicar los tests seleccionados en una muestra de militares para analizar la utilidad de estos en las Fuerzas Armadas.
- Dotar de herramientas de evaluación de simulación a los primeros escalones de psicología. De este modo, el asesoramiento al mando se hará justificadamente, basándose en instrumentos ya contrastados y validados en esta población.
- Empezar a distinguir problemáticas y tipos de bajas psicológicas.

Se considera que la presente investigación es el inicio de un proyecto mayor. Este trabajo quiere llamar la atención sobre un aspecto obviado hasta ahora y que merece ser tenido en cuenta, al menos, por las repercusiones que de él se derivan.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento

Este trabajo se enmarca dentro del ámbito forense y, en concreto, médico militar pericial. Se trata de comparar las respuestas de dos grupos de sujetos al realizar el test PAI. En la condición A tendremos a un grupo de militares con una relación de servicios con el Ejército de carácter temporal, que deberán responder al PAI bajo las instrucciones de: *tenéis que aparentar que estáis psicológicamente mal, tenéis que responder como si estuvierais de baja psicológica y tiene que resultar creíble*. El otro grupo estará en la condición B: militares de carrera de baja médica por psiquiatría que estarán siendo evaluados en revisión médico pericial para determinar su baja permanente para el servicio. Este grupo realizará el PAI de forma estándar.

En ambas condiciones los sujetos sabrán que están realizando una prueba con fines experimentales y se les pedirá su consentimiento informado (autorizado por la Comisión de Ética del Hospital Central de la Defensa). También se les explicará, en ambos casos, que la prueba que van a realizar está compuesta por escalas que miden diferentes aspectos de su persona y que una de las cosas que detecta la prueba es la impresión positiva y negativa.

Muestra

La muestra está compuesta por 91 sujetos no expertos ni en psicopatología, ni en pruebas diagnósticas. De ellos, 37 estu-

ron bajo la condición experimental A (análogos o simuladores). Los otros 54 en la condición B (de baja médica por psiquiatría, el 47% diagnosticados de Trastorno Adaptativo, el 26% de Depresión, 21,7% de Ansiedad y 4,3% de otros trastornos mentales). Los sujetos participaron de forma voluntaria y fueron seleccionados al azar. Todos los datos de los participantes fueron recogidos en el primer semestre de 2009.

La muestra del grupo de análogos está compuesta, en su totalidad, por varones. La media de edad fue de 23 años, siendo la edad mínima 19 y la máxima 31. El grupo de baja lo forman 9 mujeres (16,67%) y 45 hombres (83,33%), con una media de edad de 40 ± 7 , siendo la máxima 57 y la mínima 29.

En cuanto al tiempo que llevan trabajando en las FAS, la media para el grupo de simuladores es de 3 años y 8 meses y el tiempo mínimo de permanencia fue 10 meses y el máximo 10 años y 10 meses. El grupo de baja llevaba trabajando para las FAS el día que realizaron la prueba una media de 20 años y 9 meses y los tiempos fueron 8 años el mínimo y 36 años el máximo. El tiempo medio que llevaban de baja el día que realizaron el PAI fue de 3 años y medio. El 47,9% de ellos estaban diagnosticados de Trastorno Adaptativo, el 26% de Depresión, el 21,8% de Trastornos de Ansiedad y el 4,3% de otros trastornos mentales.

No ha sido posible calcular el tamaño muestral por no disponer de datos estadísticos sobre personal militar de Baja Temporal para el Servicio.

Instrumentos de medida

Se eligió el test PAI para esta investigación por su demostrada utilidad en contextos clínico-forenses, su renombre en la comunidad científica y por la ausencia de trabajos efectuados en España con esta prueba. Para esta investigación se empleó la versión española del PAI comercializada por la empresa norteamericana PAR.

El PAI fue diseñado por L. Morey para proporcionar información relevante para el diagnóstico, planificación de tratamiento y simulación de psicopatología. Se puede aplicar a partir de los 18 años y lleva entre 40 y 50 minutos su aplicación. Tiene 22 escalas que no se solapan. Incluye 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión Negativa, Impresión Positiva), 11 escalas clínicas (Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos Límites, Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol, Problemas con las Drogas), 5 escalas de tratamiento (Agresión, Ideación Suicida, Estrés, Falta de Apoyo, Rechazo al Tratamiento) y 2 interpersonales (Dominancia, Calidez). Diez de estas escalas se subdividen posteriormente en 31 escalas distintas conceptualmente. Los coeficientes Alfa de consistencia interna para las 22 escalas tuvo una media de .81, media de .82 y media de .86 para las muestras normativa, de estudiantes universitarios y clínica. Las correlaciones inter ítem fueron bajas, indicando la independencia de contenido en la mayoría de los ítems dentro de cada escala. La media de los coeficientes test-retest en 2-4 semanas mostraron estabilidad con unas alfas medias que sobrepasaban .80.

Inicialmente el PAI contaba con cuatro escalas de validez útiles para detectar simulación entre las que se encontraba la escala de

Impresión Negativa (NIM) específica de exageración de síntomas, la escala de *Infrecuencia* (INF), la de *Inconsistencia* (ICN) y la de *Impresión Positiva* (PIN). Posteriormente, se añadieron las escalas *Defensiveness Index* (DEF)^{45,46}, la *Malingering Index* (MAL)^{45,46}, la *Cashel Discriminant Function* (CDF)⁴⁷ y la *Rogers Discriminant Function* (RDF)³¹.

Para unos autores la escala que demuestra más eficacia a la hora de distinguir entre simuladores y no simuladores es la NIM^{48,49}. Pero otros han encontrado que la mejor escala para distinguir entre simuladores y pacientes es la escala RDF, luego la MAL y, por último la NIM^{50,51}. Además, se ha demostrado la equivalencia y precisión en la versión española del PAI⁵².

Diseño Experimental y Análisis de Datos

Para analizar si los grupos de la condición A y B se diferencian, o no, en la VD –puntuación en el PAI– se hace un diseño de análogos unifactorial intergrupo o de grupos independientes. Puesto que se cumplieron los supuestos paramétricos de normalidad y de homocedasticidad, se hizo la prueba *t* de Student para comparar medias.

Para el análisis estadístico se empleó el Paquete Informático para las Ciencias Sociales SPSS (Statistical Package of Social Sciences) en su versión 15 con licencia de uso para la Universidad Complutense de Madrid.

En este estudio se pretende medir la variable *simulación de psicopatología* en una muestra de sujetos que realizarán el test PAI. El grupo de baja (condición experimental B) realizará el test de manera estándar, como parte de la evaluación que se realiza en las revisiones médico periciales. Esta parte de la muestra son militares que se encuentran de baja médica por motivos psicológicos y presentan, en su mayoría, cuadros de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos. El grupo de análogos (condición experimental A) está compuesto por militares a los que se les pedirá que respondan el mismo test simulando psicopatología. Ambas muestras serán comparadas en las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez, simulación y clínicas.

Debido al tiempo que llevan de baja médica psiquiátrica los sujetos que realizaran el PAI de manera estándar, la psicopatología que podrían haber presentado en el inicio de la baja médica ha quedado ya instaurada. Además, estos sujetos han pasado ya por otras revisiones médico periciales. Por este motivo y porque los sujetos a los que se les ha pedido simular no son expertos ni en psicopatología ni en escalas de detección de simulación, los resultados que se esperan encontrar al comparar ambos grupos son los de una mayor puntuación en las escalas de validez, clínicas y simulación en el grupo de simuladores.

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

- Hipótesis 1. Existen diferencias significativas en ambos grupos de sujetos en las Escalas de Validez (NIM, PIM, ICN, INF).
- Hipótesis 2. Existen diferencias significativas en ambos grupos de sujetos en la Escala de Simulación (MAL).
- Hipótesis 3. Existen diferencias significativas en ambos grupos de sujetos en las Escalas Clínicas del PAI.

RESULTADOS

Para un intervalo de confianza del 95% se cumplen los supuestos de normalidad y homocedasticidad, excepto para la edad. Luego la variabilidad en todas las escalas es homogénea menos en la edad, en la que el grupo de simuladores es significativamente más joven que el grupo de baja (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencia de varianzas para la variable EDAD

Edad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6404,092	1	6404,092	117,594	,000
Intra-grupos	4846,897	89	54,460		
Total	11250,989	90			

En cuanto a las escalas de validez y simulación, se encontraron diferencias significativas en ambos grupos de sujetos (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba de muestras independientes para las escalas de validez y simulación.

	Levene para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
ICN	,157	,693	2,173	89	,032
INF	,672	,415	2,195	80,124	,031
			5,082	89	,000
NIM	1,503	,223	4,819	62,713	,000
			5,466	89	,000
PIM	2,128	,148	5,724	87,439	,000
			3,049	89	,003
MAL	,638	,427	3,177	86,716	,002
			5,013	89	,000
			5,104	82,124	,000

Se observaron diferencias significativas en todas las escalas clínicas excepto en ansiedad (ANX), depresión (DEP) y esquizofrenia (SCZ) (Tabla 3).

Los resultados de las escalas de validez y simulación en relación a los puntos de corte a partir de los cuales se estima que una puntuación es significativa para la escala evaluada muestran que (ver tabla 4):

- La media de ambos grupos para Inconsistencia (ICN) quedó por debajo de 73, luego ambos grupos fueron consistentes en sus respuestas.
- Ambos grupos quedaron por debajo de 75 en Infrecuencia (INF), por lo que se entiende que ambos grupos prestaron atención al contestar.
- Las puntuaciones por encima de 92 en Impresión Negativa (NIM) se consideran significativas en la exageración de síntomas. El grupo de simuladores puntuó con un 95,57 mientras que el otro quedó por debajo de estas puntuaciones (69,39).
- Ambos grupos se situaron por debajo de la puntuación crítica (68) en Impresión Positiva (PIM), como era de esperar. Aunque el grupo de baja quiso dar una mejor imagen que el grupo de simuladores.

Tabla 3. Prueba de muestras independientes para las escalas clínicas.

	Levene para igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
SOM	2,689	,105	2,263	89	,026
			2,357	86,662	,021
ANX	14,317	,000	,798	89	,427
			,885	85,105	,379
ARD	5,373	,023	2,286	89	,025
			2,431	88,829	,017
DEP	34,340	,000	,721	89	,473
			,815	79,743	,417
MAN	,104	,748	7,110	89	,000
			7,160	79,388	,000
PAR	15,893	,000	6,704	89	,000
			7,392	86,303	,000
SCZ	2,137	,147	1,943	89	,055
			2,039	87,686	,044
BOR	14,143	,000	4,763	89	,000
			5,130	88,910	,000
ANT	4,126	,045	10,299	89	,000
			9,708	61,114	,000
ALC	2,059	,155	9,199	89	,000
			9,187	77,162	,000
DRG	39,757	,000	9,799	89	,000
			8,597	45,212	,000

Tabla 4. Descriptivos de las escalas de validez y simulación con puntos críticos.

	Condición Experimental	Media	Desv. Típica	Error Típico	Punto Crítico
ICN	A	62,38	9,61	1,58	>73
	B	57,78	10,13	1,38	
INF	A	71,78	13,38	2,2	>75
	B	59,31	10,02	1,36	
NIM	A	95,57	19,07	3,14	>92
	B	69,39	24,47	3,33	(73-91 exagera)
PIM	A	39,35	10,61	1,74	>68
	B	47,31	13,23	1,80	
MAL	A	3,05	1,35	,22	>4
	B	1,52	1,49	,20	

- La escala Simulación (MAL) no ha conseguido clasificar a los sujetos. Ambos grupos quedaron por debajo del 5.

En cuanto a la relación de las escalas clínicas con sus respectivos puntos de corte los resultados fueron (ver tabla 5):

- En las escalas Ansiedad (ANX) y Depresión (DEP) fueron significativas para ambos grupos quedando sus puntuaciones por encima de 70.

- En la escala Quejas Somáticas (SOM) el grupo de simuladores queda por encima del 70 y el grupo de baja quedó por debajo aunque cerca esta puntuación.
- En la escala Manía (MAN) ningún grupo salió significativo estando, sus puntuaciones, por debajo del 70.
- En las escalas Trastornos Relacionados con Ansiedad (ARD), Paranoia (PAR), Esquizofrenia (SCZ), Rasgos Límites (BOR), Rasgos Antisociales (ANT), Problemas con el Alcohol (ALC) y Problemas con las Drogas (DRG) los simuladores estuvieron por encima de la puntuación crítica.

Tabla 5. Descriptivos de las escalas clínicas con puntos críticos.

	Condición Experimental	Media	Desv. Típica	Error Típico	Punto Crítico
SOM	A	77,57	13,84	2,28	≥70
	B	69,87	17,22	2,34	
ANX	A	76,27	9,87	1,62	≥70
	B	73,65	18,23	2,48	
ARD	A	73,30	12,46	2,05	≥70
	B	65,67	17,48	2,38	
DEP	A	82,89	11,12	1,83	≥70
	B	79,83	24,08	3,28	
MAN	A	59,78	9,87	1,62	≥75
	B	44,46	10,25	1,39	
PAR	A	88,24	10,76	1,77	≥70
	B	65,04	19,06	2,59	
SCZ	A	80,38	24,83	4,08	>70
	B	68,17	32,20	4,38	
BOR	A	78,19	9,4	1,55	>70
	B	65,48	14,23	1,94	
ANT	A	76,24	12,58	2,07	>70
	B	52,83	9,11	1,24	
ALC	A	77,14	14,45	2,38	>70
	B	48,89	14,35	1,95	
DRG	A	82,27	19,29	3,17	>70
	B	53,33	8,3	1,23	

DISCUSIÓN

Según estos datos, se puede concluir que se cumplen las dos primeras hipótesis planteadas de que existen diferencias significativas en ambos grupos de sujetos en las puntuaciones de Impresión Negativa (NIM), Impresión Positiva (PIM), Inconsistencia (ICN), Infrecuencia (INF) y Simulación (MAL). Respecto a la tercera hipótesis existen diferencias significativas en ambos grupos de sujetos para todas las escalas clínicas excepto para Ansiedad (ANX), Depresión (DEP) y Esquizofrenia (SCZ) aunque la no significación para SCZ fue mínima.

Los datos de la escala Inconsistencia (ICN) muestran que ambos grupos tuvieron consistencia en los PAI que realizaron. Tanto la escala Infrecuencia (INF), como Impresión Negativa (NIM) tuvieron poder discriminativo para los sujetos que simulaban. Según estas escalas, el otro grupo no intentó dar mala imagen al responder a la prueba y respondió adecuadamente al test. Sin embargo, la escala Simulación (MAL) no ha clasificado al grupo de simuladores como se esperaba. Estos datos muestran que la escala con más eficacia a la hora de distinguir entre simuladores y no simuladores es la Impresión Negativa (NIM), como han señalado ya algunos autores^{48,49}, además de Infrecuencia (INF).

Según los resultados en las escalas clínicas el grupo de simuladores ha exagerado síntomas indiscriminadamente pero los síntomas de la escala Manía (MAN) no les resultaron apropiados para dar mala imagen. Sin embargo, los síntomas de las escalas Depresión (DEP), Paranoia (PAR) y Problemas con las Drogas (DRG) les parecieron muy creíbles para este fin. Resulta muy interesante que no se hayan encontrado diferencias significativas en Ansiedad (ANX) ni en Depresión (DEP). Teniendo en cuenta que la mayoría de sujetos que forman el grupo de baja están diagnosticados de depresión, ansiedad o trastorno adaptativo, los resultados han sido congruentes con los diagnósticos.

La principal limitación en cuanto a la elaboración de esta investigación viene por las dificultades para acceder a la muestra deseada, en este caso, al grupo de baja. Por eso, las muestras comparadas no han sido homogéneas en la *edad*, ni en el *empleo*, ni en el *tiempo* que llevaban unos y otros en las FAS. En futuras investigaciones se homogeneizarán los grupos en estas variables. También habría que controlar la variable *sexo* e incluir, en el futuro, un pequeño porcentaje de la muestra en el grupo de análogos.

CONCLUSIONES

El PAI se ha mostrado como un instrumento válido en la detección de simulación en el ámbito de las FAS. La escala *Impresión Negativa* (NIM) fue la más eficaz en la diferenciación de simuladores y grupo clínico. Los resultados encontrados en las escalas clínicas son congruentes con los diagnósticos del grupo de baja. Los síntomas elegidos por el grupo de simuladores para dar mala imagen fueron, sobretudo, los de las escalas *Depresión* (DEP), *Paranoia* (PAR) y *Problemas con las Drogas* (DRG). Sería interesante que estos datos fueran replicados en futuras investigaciones ya que dan información sobre cómo simula el simulador.

Las repercusiones de investigar este área de la psicología afectan directamente en el ámbito pericial forense viéndose que el sistema actual deja a todas las bajas psiquiátricas o psicológicas en un mismo lugar, independientemente de si el sujeto ha desarrollado un trastorno psicótico, un trastorno adaptativo, no le gusta su trabajo y no tiene otra alternativa o, incluso, está exagerando o simulando síntomas.

Según investigaciones realizadas a nivel nacional y europeo sobre el gasto que genera el absentismo y las bajas laborales por motivos psicológicos, sería interesante contar con datos estadísticos de bajas, de estimaciones sobre prevalencia de simulación y exageración de síntomas, costes que suponen las bajas, repercusiones motivacionales en el resto de personal, repercusiones en la imagen social de las FAS, etc. Teniendo en cuenta la falta de infor-

mación sobre estos datos, es difícil desarrollar una línea de trabajo que pueda repercutir en propuestas de mejora ya que no se sabría de dónde se parte. Con este trabajo, uno de los aspectos que se quiere señalar es, precisamente, la consideración de poner en marcha mecanismos de control cuantitativo de las bajas centralizados en un único representante para todas las Fuerzas Armadas. Solo así se podrá tener un punto de partida y una comparación pre-post, comparando si las posibles medidas, programas e intervenciones que se llevaran a cabo surten efecto y, de ser así, ver qué tipo de efecto producen.

Es necesario enfocar algunos recursos a mejorar el control de las bajas temporales para el servicio aumentando la eficacia y la rapidez en la detección temprana de las psicopatologías incipientes desde los primeros escalones de sanidad militar, así como en la distinción de posibles casos de simulación de trastorno mental. Esto supondría, para los gabinetes de psicología de las unidades en Territorio Nacional, los psicólogos en Zona de Operaciones y los que están evaluando en Juntas Médico Periciales, contar con herramientas de trabajo contrastadas y validadas en nuestro ejército. De este modo, sus opiniones profesionales se basarían en información objetivada e investigada, reflejándose en su labor de asesoramiento al mando, a escalones superiores o a la justicia militar.

BIBLIOGRAFÍA

- Mejías Eleta, J. (2007). *Las Bajas Psiquiátricas en las FAS*. Monografía realizada para el IX Curso de Ascenso al empleo de General de Brigada/Contraalmirante. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas (CESEDEN).
- Robles, J.I., (1999) Pericia en el Tribunal Médico Militar Psiquiátrico Especial. *Anuario de Psicología Jurídica*.
- Bardera Mora, P. (2009) Idoneidad y Riesgo Psicosocial. *I Jornadas de Estudios de Seguridad. El Modelo Organizativo en las Fuerzas Armadas*.
- Sparr, L. y Pankratz L. (1983). Fatitious posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1016- 1019.
- Mossman, D. (1996). Veterans affairs disability compensation: A case study in countertherapeutic jurisprudence. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 24(1), 27- 44.
- Fontana, A. y Rosenheck, R. (1998). Effects of compensation- seeking on treatment outcomes among veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 223- 230.
- Strong, D., Greene, L. y Schinka, J. (2000). A Taxometric Analysis of MMPI-2 Infrecuency Scales [F and F(p)] in Clinical Settings. *Psychological Assessment*, 12(2), 166- 173.
- Moreno, J.O., López Bastida, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10 (4), 361-369.
- Andlin-Sobocki, P.R. (2005) Cost of psychotic disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 74-77.
- Salud mental y absentismo laboral: Un binomio por resolver. 17/02/2009. INFOCOPONLINE (disponible en: <http://www.infocop.es>)
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005.
- LoPiccolo, C.J., Goodkin, K., & Baldewicz, T.T. (1998). Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Annals of Medicine*, 31, 166-174.
- Department of Veterans Affairs Office of Inspector General, 2005: citado por Taylor et. al., 2007.
- Mittenberg, W, Patton, C., Canyock, E.M., y Condit, D.C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (8), 1094-1102.
- Rogers, R., Sewell, K.W. y Goldstein, A.M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18, 543- 552.
- Norris, M.P. y May, M.C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22, 325- 323.
- Rogers, R., Salekin, R.T., Sewell, K.W., Goldstein, A. Y Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and non-forensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353- 367.
- Burkett, B y Whitley, G. (1998). *Stolen valor: How the Vietnam generation was robbed of its heroes and history*. Dallas, TX: Verity.
- Frueh, B.C., Hamner, M.B., Cahill,S.P., Gold, P.B. y Hamlin, K.L. (2000). Apparent Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 20, 853- 885.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. (1992). Ed.: Meditor. Organización Mundial de la Salud.
- American Psychiatric Association, Washington. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Revisado. (2005). Masson.
- Cunnien, A. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. *Clinical assessment of malingering and deception*. Rogers (Ed.) N.Y. Guilford Press.
- Hutchinson, G. L. (2001). *Disorders of simulation: Malingering, fatitious disorders and compensation neurosis*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Gerson, A. R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, 57-69.
- Rogers, R. (1990). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 323-333.
- Rogers, R. (1997). *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (2ª edición). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. y Shuman, D.W. (2000). *Conducting insanity evaluations* (2ª edición). Nueva York: Guilford Press.
- Arce, R., Pampillón, M.C. y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para detección de la simulación de enajenación mental en un contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385-408.
- DeClue, G. (2002). Practitioner's corner: Feigning ≠ Malingering: A case study. *Behavioral Sciences and the Law*, 20.
- Marco, R., Marti, J.L. y Bartran, P. (1990). *Psiquiatría Forense*. Barcelona: Salvat.
- Rogers, R., Sewell, K.W., Morey, L.C., Ustand, K.L. (1996) Detection of Feigned Mental Disorders on the Personality Assessment Inventory: A Discriminant Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 629-640.
- Jaffe, M.E. y Sharma, K. (1998). Malingering Uncommon Psychiatric Symptoms Among Defendants Charged Under California's «Three Strikes and You're Out» Law. *Journal of Forensic Sciences*, 43(3), 549-555.
- Iruarizaga, I. (1999) El Papel Profesional del Neuropsicólogo en el Ámbito Forense. *Anuario de psicología jurídica*, 133-143.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Lyons, J.A. y Wheeler, C.T. (1999). MMPI, MMPI-2 and PTSD: Overview of scores, scales and profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 175- 183.
- Pope, K.S., Butcher, J.N. y Seelen, J. (2000). *The MMPI, MMPI-2 & MMPI-A in court: a practical guide for expert witnesses and attorneys*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Morey, L. (1991). *Professional manual for the Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, H. A. (2001) *Miller-forensic assessment of symptoms (M-FAST): professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, H. A. (2005) *The Miller-forensic assessment of symptoms (M-FAST). Criminal Justice and Behavior*, 32, 592-611.
- Rogers, R. (1992) *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Gillis, J.R., Dickens, S.E. y Bagby, R.M. (1991). Standardized assessment of malingering: validation of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment*, 3, 89-96.
- Gurriel, J. y Fremouw, W. (2003). *Assessing malingered posttraumatic stress disorder: a critical review*. *Clinical Psychology Review*, 23, 881-904.
- Taylor, S., Frueh, B.C. y Asmundson, G.J. (2007) Deteccion and Management of Malingerin in People Presentin for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methods, Obstacles and Recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006.

45. Morey, L. (1993). *Defensiveness and malingering indices for the PAI*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
46. Morey, L. (1996). *An interpretative guide to the Personality Assessment Inventory (PAI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
47. Cashel, M., Rogers, R., Sewell, K. y Martin- Cannici, C. (1995). The Personality Assessment Inventory (PAI) and the detection of defensiveness. *Assessment*, 2, 333- 342.
48. Kucharski, L.T., Duncan, S. (2007). Differentiation of mentally ill criminal defendants from malingerers on the MMPI-2 and PAI. *American Journal of Forensic Psychology*, 25(3).
49. Kucharski, L.T., Toomey, J.P., Fila, K. y Duncan, S. (2007). **Detection of Malingering of Psychiatric Disorder With the Personality Assessment Inventory: An Investigation of Criminal Defendants.** *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 25-32.
50. Morey, L. y Lanier, V. (1998). **Operating characteristics of six response distortion indicators for the Personality Assessment Inventory.** *Assessment*, 5, 203-214.
51. Bagby, R., Nicholson, R. Bacchioni, J, Ryder, A. y Bury, A. (2002). The predictive capacity of the MMPI-2 and PAI validity scales and indexes to detect coached and uncoached faking. *Journal of Personality Assessment*, 78, 69- 86.
52. Fernandez, K., Boccaccini, M.T. y Noland, R.M. (2008). Detecting Over- and Underreporting of Psychopathology With the Spanish- Language Personality Assessment Inventory: Findings From a Simulation Study With Bilingual Speakers. *Psychological Assessment*, 20(2), 189-194.