

Perfil psicosocial y sobrevaloración en lumbalgias crónicas. Importancia de las pruebas de biomecánica y valoración psiquiátrica

**González-Torrecillas J.L.^(1,3), Romero-Puertas B.⁽²⁾, Ballestín-Lopez J.L.⁽³⁾, LaCarcel-Tejero B.⁽³⁾
Sarasa-Olivan F.J.⁽⁴⁾**

⁽¹⁾Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría. Hospital MAZ, Zaragoza

⁽²⁾Médico Especialista en Medicina del Trabajo

⁽³⁾Servicio Médico de Valoración y Enfermedades Profesionales de MAZ, Hospital MAZ, Zaragoza

⁽⁴⁾Jefe de Sección de Prestaciones Sanitarias de MAZ, Hospital MAZ Zaragoza

Correspondencia:

J. L. González-Torrecillas

Hospital MAZ (Mutua Accidentes de Zaragoza)

Servicio de Valoración

Avenida Academia General Militar de Zaragoza, 74

50015 ZARAGOZA

Correo electrónico: jlgtorrecillas@psiquiatrazaragoza.es

La cita de este artículo es: J.L. González et al. Perfil psicosocial y sobrevaloración en lumbalgias crónicas. Importancia de las pruebas de biomecánica y valoración psiquiátrica. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2017; 26: 186-195.

RESUMEN.

Introducción: La detección de la simulación se fundamenta en distintas fuentes de información (Exploración física, Pruebas médicas, Evaluación psiquiátrica, Pruebas biomecánicas). A mayor inconsistencias más posibilidades de sobrevaloración. **Objetivos:** Demostrar que los resultados inconsistentes en pruebas biomecánicas y Test de personalidad (SIMS, PAI, MMPI-2, MCMI-III), se corresponden con un perfil de personalidad característico (somatizador, histriónico, hipocondríaco). **Material y Métodos:** SUJETOS: 70 pacientes valorados en MAZ por lumbalgia crónica. METODO: determinación de fiabilidad en Valoración Biomecánica (Ned Lumbal) + Entrevista Psiquiátrica Estructurada + fiabilidad en Test de personalidad (MMPI-2, MCMI-III, PAI, SIMS). **Resultados y Conclusiones:** 1) Los pacientes poco fiables muestran significativamente más rasgos de personalidad somatizadora,

PSYCHOSOCIAL PROFILE AND OVERVALUATION IN CHRONIC BACK PAIN. IMPORTANCE OF BIOMECHANIC TEST AND PSYCHIATRIC EVALUATION

ABSTRACT

Introduction: The detection of the simulation is based on different information sources (physical examination, medical tests, psychiatric evaluation, biomechanical tests). To major inconsistencies more possibilities of overvaluation. **Objective:** To demonstrate that inconsistent results in Biomechanical tests (Ned-Lumbar) and Personality tests (SIMS, PAI, MMPI-2, MCMI-III) correspond to a characteristic personality profile (somatization, histrionic, hypochondriac). **Material and Method:** SUBJECTS: 70 patients with chronic back pain valued by MAZ. **METHOD:** To determinate the reliability in Biomechanical Assessment (Ned Lumbal) + Structured Psychiatric Interview + Personality test

hipocondríaca e histriónica. 2) no diferencias significativas en pacientes con trastornos adaptativos ansioso-depresivos. 3) alta correlación entre pruebas biomecánicas y de personalidad. **Conclusiones:** Confirmamos un mayor perfil de personalidad premorbida (somatizador, hipocondríaco e histriónico) y sobrevaloración en lumbalgias crónicas empleando pruebas biomecánicas/psiquiátricas.

Palabras clave: Lumbalgia crónica; Biomecánica, Test de personalidad; Fiabilidad; Sobrevaloración.

Fecha de recepción: 17 de julio de 2017

Fecha de aceptación: 12 de septiembre de 2017

(MMPI-2, MCMI-III, PAI, SIMS). **Results:** 1) Patients with few reliability have a personality profile of somatization, hypochondriac or histrionic statistically significant. 2) No significant differences in patients with adaptative anxiety-depressive disorders. 3) High correlation between biomechanical and personality test. **Conclusions:** It is confirmed a mayor profile of premorbid personality (somatization, hypochondriac and histrionic) and an overvaluation in chronic back pain using biomechanical and psychiatric tests.

Key words: Chronic back pain; Biomechanics; Personality test; Reliability, Overvaluation

Introducción

La prevalencia de la lumbalgia en la población española adulta es de un 14%. En atención primaria genera 2 millones de consultas al año, representando el 3,4% de la demanda atendida en la consulta diaria, por detrás del resfriado común⁽¹⁻²⁾. En un 80% de los casos no se puede atribuir lesión específica, quedando catalogada como lumbalgia inespecífica o mecánica.

La verdadera trascendencia de las lumbalgias no radica sin embargo en su prevalencia, sino en la repercusión laboral y los costes por incapacidad que origina. En los países desarrollados constituye la primera causa de incapacidad laboral transitoria (IT) en los menores de 45 años, y la tercera en mayores de 45 años, solo superada por la cardiopatía isquémica y otros procesos reumáticos⁽³⁾.

Los costes sanitarios directos no son el principal problema, si los comparamos con los costes indirectos derivados del pago de prestaciones y de las pérdidas de producción relacionados con esta patología, que pueden ser entre 6 veces y 8 veces superiores a los costes directos⁽⁴⁾. Un estudio español⁽⁵⁾ establece que la cifra total de lumbalgias en el período analizado alcanza una media de 55.388 lumbalgias/año y que se sitúa en 11,4% del total de IT relativas a todas las bajas de ese período.

Diversos estudios⁽⁶⁾ han venido a confirmar la importancia de los factores psicosociales en la cronificación del dolor lumbar. Wadell estableció una contribución de los factores físicos en la incapacidad debida a lumbalgia de un 40%, alcanzando la influencia del estrés psicológico y la conducta de enfermedad un 31%. La mayoría de los estudios concluyen unánimemente que la incapacidad laboral por lumbalgias está relacionada con la insatisfacción laboral, el tipo de trabajo (rutinario, monótono, poco flexibles), el lugar de trabajo (espacio, ruido, etc.), el ambiente laboral (relación con los compañeros), el nivel de ingresos, el estatus laboral y las compensaciones laborales.

El concepto de simulación se incorpora como entidad clínica diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales editado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980. En el actual DSM V (2014) se sugiere que debe sospecharse simulación ante:

- 1) Presentación en un contexto médico legal, que englobaría la presencia de beneficios colaterales.
- 2) Discrepancia acusada entre la alteración explicada por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
- 3) Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del tratamiento prescrito.
- 4) Presencia de trastorno antisocial de la personalidad,

englobando la presencia de actitud hostil y agresividad. La simulación puede ser debida tanto a la invención de síntomas falsos como a su exageración. Resnick⁽⁷⁾ 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).

Los avances en el área de la detección de simulación de trastornos mentales y trastornos cognitivos han sido notables en los últimos años. Sin embargo, los progresos en el ámbito de la detección de la simulación de problemas médicos ha sido sustancialmente menor, siendo un área frecuentemente obviada en la investigación⁽⁸⁾, destacando la carencia de estrategias objetivas o sistematizadas como vías de detección de la sospecha de simulación y/o exageración.

La detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la convergencia de los datos que provienen de distintas fuentes de información, siendo una forma de trabajo multimétodo y multisistema^(9,10):

- 1) Entrevista e historia clínica
- 2) Exploración física
- 3) Pruebas médicas (radiografías, RMN, analíticas, electromiografía, potenciales evocados)
- 4) Autoinformes específicos y Evaluación neuropsicológica^(11,12), debiendo destacar la importante aportación de las recientes técnicas de valoración biomecánica en los últimos años.

La especial característica de los pacientes evaluados en MAZ (Mutua de Accidentes de Zaragoza), la elevada prevalencia de pacientes con lumbalgias crónicas, así como la disponibilidad de un Laboratorio de Biomecánica altamente cualificado, junto a la disponibilidad de un especialista en psiquiatría, nos ha permitido realizar el presente estudio de investigación. El objetivo principal de nuestro estudio ha sido demostrar que los resultados inconsistentes (o poco fiables) tanto de las pruebas de Biomecánica (Ned-Lumbar) como de los Test de personalidad utilizados (SIMS, PAI, MMPI-2, MCMI-III), podrían corresponder a un perfil de personalidad característico (somatizador, histriónico, hipocondríaco) de nuestros pacientes afectados de lumbalgia crónica.

Nuestro objetivo secundario sería demostrar la presencia o ausencia de otros factores psicosociales

que pudiesen favorecer dicha inconsistencia o poca fiabilidad entre las pruebas de biomecánica y los test de personalidad utilizados, como la presencia o ausencia de trastornos adaptativos ansioso-depresivos en dicho proceso.

Material y Métodos

Sujetos a estudio

Para realizar nuestro estudio disponemos de una muestra de 70 pacientes diagnosticados de lumbalgia crónica, y valorados tanto por Psiquiatría como por el laboratorio de Biomecánica en la Mutua de Accidentes de Accidentes de Zaragoza durante los años 2014 y 2015.

Método

Nuestros pacientes fueron sometidos a:

- 1) Pruebas de valoración biomecánica (NedLumbar-IBV), valorando la colaboración (fiabilidad) en dicha prueba.
- 2) Entrevista Psiquiátrica Estructurada (SCAN⁽¹³⁾, utilizando criterios diagnósticos Cie-10 (Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 2000), permitiendo determinar presencia o no de trastornos adaptativos ansioso-depresivos.
- 3) Test de personalidad: Inventario Multifásico de personalidad de Minnessota o MMPI-2 versión española, Inventario Clínico Multiaxial de Millon o MCMI-III, Inventario de Evaluación de la Personalidad o PAI e Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas o SIMS. Valoramos la fiabilidad o no en dicha prueba (tendencia o no a la sobrevaloración).
- 4) Determinación de otros factores psicosociales: Datos sociodemográficos y laborales; Antecedentes psiquiátricos personales; Antecedentes psiquiátricos familiares; Personalidad premórbida (valorando las personalidades de tipo histriónico, somatizador e hipocondríaco); Tratamientos psicofarmacológicos; Tratamientos antiálgicos.

Centrándonos en las variables que vamos a valorar en nuestra muestra, describimos las características de los test de personalidad y la prueba de biomecánica.

Test de personalidad

Estos instrumentos pretenden detectar con mayor o menor precisión, patrones de “mala imagen”, estilos de respuesta sobredimensionados, utilizando aquellos instrumentos estandarizados de autoinforme más consolidados para la detección de simulación: MMPI-2⁽¹⁴⁾, PAI⁽¹⁵⁾, MCM-III⁽¹⁶⁾ y SIMS⁽¹⁷⁾

- Inventario multifásico de personalidad de Minnesota o MMPI-2

Es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general y en el ámbito médico-legal en particular⁽¹⁸⁾

Uno de los aspectos que ha influido en su difusión y uso son precisamente sus escalas e índices para valorar las actitudes de las personas evaluadas, tanto de exageración de síntomas como de minimización, mostrando su utilidad de forma sistemática en múltiples investigaciones⁽¹⁹⁾, aportando información sobre su funcionamiento en relación con múltiples campos como el dolor crónico y las quejas somáticas⁽²⁰⁾.

Se compone de 567 cuestiones sencillas y respuestas dicotómicas (verdadero, falso). Contiene ocho escalas de validez que incluyen: Escalas para la detección de patrones de exageración de síntomas (F-r o Infrecuencia; Fp-r o Psicopatología infrecuente; Fs o Quejas Somáticas Infrecuentes; FBS-r o Validez de los síntomas). Escala de inconsistencia de la respuesta: Escala TRIN (True Response Consistency Scale); Escala VRIN (Variable Response Consistency Scale). Escalas para la detección de minimización de síntomas: Escala L de Mentiras; Escala K de defensividad e Índice F-K

La tríada de una baja escala de L, una escala F alta y una baja escala K indica simulación. Diferentes estudios⁽²¹⁾ respaldan la validez de las escalas del MMPI-2 evidenciando la existencia de correlatos externos relevantes a sus escalas en diversos contextos. Los coeficientes de consistencia interna y estabilidad de las escalas del MMPI-2 son buenos en la mayoría de ellos.

- PAI (Personality Assessment Inventory)

El Inventario de evaluación de la personalidad es un test ampliamente empleado en contextos clínicos, médicos y forenses. Está compuesto de 344 ítems y proporciona

resultados en 11 escalas clínicas, 5 escalas relacionadas con el tratamiento y 2 escalas interpersonales. En los últimos años, se han ido acumulando evidencias que respaldan su uso^(22,23), y su adaptación española ha sido publicada recientemente

Entre sus ventajas potenciales destacamos: menor tiempo de aplicación, menor nivel de comprensión lectora, ausencia de solapamiento de ítems entre las escalas, uso de escala Likert de 4 puntos, escalas coherentes con la actual terminología diagnóstica y facilidad de interpretación.

El PAI incluye también varias escalas e índices específicos para la evaluación de exageración de síntomas: IMN (Impresión negativa), INC (Inconsistencias), INF (Infrecuencia), IMP (Impresión Positiva), SIM (Índice de Simulación) y FDR (Función discriminante de Rogers) Para determinar la sospecha de simulación, se establecen los siguientes puntos de corte:

A) Baja probabilidad de exageración de síntomas: IMN T < 73, SIM T < 82 y baja puntuación en FDR.

B) Sospecha de exageración de síntomas: IMN T ≥ 92, SIM T ≥ 94 o alta puntuación en FDR.

C) Alta probabilidad de exageración de síntomas: IMN T ≥ 110, SIM T ≥ 107 o puntuación muy alta en FDR (≥ 1,80).

- MCMII (Inventario Clínico Multiaxial de Millon III)

Considerado en el mundo anglosajón el autoinforme más utilizado y apreciado por los clínicos para evaluar los trastornos de personalidad. En España a pesar de su relativa reciente adaptación ya se encuentran investigaciones llevadas a cabo con este cuestionario⁽²⁴⁾ El MCMII-III es una escala con 175 ítems con respuestas dicotómicas (verdadero, falso), que evalúa 14 patrones de personalidad y 10 síndromes clínicos. El MCMII-III posee cuatro escalas de validación: Escala de Sinceridad, Escala Validez, Índice de Deseabilidad Social e Índice de Devaluación, teniendo buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest entre 0,84 y 0,96 y una consistencia interna superior a 0,80.

- Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)

Inventario de 75 ítems con un formato de respuesta dicotómico (verdadero, falso), que pretende detectar

patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, administrándolo aisladamente o formando parte de una batería de pruebas más completa. Nos permite obtener una puntuación total que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto, y cinco escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos: Psicosis, Deterioro Neurológico, Trastornos Amnésicos, Baja Inteligencia y Trastornos Afectivos

Diversos estudios⁽²⁴⁾ ponen de manifiesto que el SIMS presenta una aceptable consistencia interna y una adecuada validez predictiva⁽²⁵⁾ para discriminar entre simuladores y no simuladores, con un 94,8% de sensibilidad, un 94,5% de especificidad.

Pruebas de biomecánica

La evaluación funcional mediante las pruebas de biomecánica^(26, 27) es una fuente válida de información para ser considerada por el clínico en el manejo de pacientes con daño o deficiencia, aportando documentación objetiva sobre la lesión. Su utilidad en las Unidades permite: control evolutivo de pacientes; valoración funcional del daño corporal, peritajes médico-legales; valoración y planificación de tratamiento rehabilitadores, quirúrgicos o farmacológicos; control de la evolución o progreso del paciente; control de altas en procesos de incapacidad temporal y propuestas de incapacidad permanente.

Entre las pruebas de biomecánica se encuentra el NedLumbar/IBV para la valoración funcional de las lumbalgias. Se trata de una análisis cinético (con plataformas dinamométricas) y cinemático (sistema de cámaras y fotogrametría) del movimiento del raquis lumbar al realizar actividades de la vida cotidiana. El sistema detecta comportamientos anómalos o no funcionales en actividades sencillas y repetitivas de la vida diaria, secundarios a un cuadro doloroso lumbar o a un intento de magnificación o simulación del gesto dolorosos. El sistema compara la valoración obtenida con los de un grupo de sujetos comparables al paciente sin patología lumbar y con un patrón de simulación (movimientos por personas que han sufrido hace más de un año un dolor lumbar invalidante, y a las que se les

ha pedido que simularan el movimiento de levantarse de una silla o de levantar un peso con el fin de fingir una importante discapacidad).

La complejidad del sistema, difícilmente manipulable por el paciente, y el uso de protocolos claros y precisos ayudan en la detección de los sujetos simuladores o exageradores.

El protocolo de evaluación registra y analiza dos gestos comunes de la vida diaria: levantarse de una silla sin brazos y, coger y levantar una carga frontal. Se eligieron estas dos actividades basándose en que las quejas más frecuentes de las personas afectadas de dolor lumbar son: no poder sentarse o levantarse de una silla y agacharse, coger y desplazar un peso. Estas dos tareas provocan un aumento de fuerza en las articulaciones del miembro inferior y del raquis lumbar.

Los resultados de todas estas pruebas se presentan en formato gráfico, acompañados de un informe médico detallado. En la valoración final del informe se traducen los resultados obtenidos en dos índices:

- 1) Índice de normalidad (IN), el cual clasifica el movimiento realizado en patrón normal o no normal o no fisiológico, con valores de sensibilidad y especificidad del 89% y 100% respectivamente.
- 2) Índice de colaboración (IC): se comparan los resultados obtenidos del análisis de los movimientos con los resultados de un grupo de estudio simulador de un dolor lumbar, con valores de sensibilidad y especificidad del 69 y 97% respectivamente.

Análisis estadístico

El chi cuadro se utilizó para comparar variables cualitativas en dos o más grupos. Se utilizó el test de Kruskal Wallis en las mismas condiciones cuando las varianzas en los grupos no fueron homogéneas. Los test de homogeneidad de varianzas fueron los de Barlett y de Cochran. El nivel de significancia estadística quedo fijado en $p < 0.05$. Los datos fueron analizados con el programa EPI-INFO para Windows 3 (2005)

Resultados

En la tabla I representamos las características sociodemográficas de nuestra población (N=70). No se

Tabla I CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
	HOMBRE	MUJER	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
SEXO	51 (73%)	19 (27%)	
EDAD	44.91+/-8.9	41.97+/-10.31	
NIVEL ESTUDIOS			
-Primaria	16 (31,4%)	6 (31,6%)	NS
-Secundaria	13 (25,5%)	4 (22.1%)	
-FP	21 (41.2%)	6 (31,6%)	
-Estudios Universitario	1 (2%)	3 (15.8%)	
ESTADO MARITAL			
-Casado	44 (86,3%)	17 (89%)	NS
-No casado	2 (3.9%)	1 (5.2%)	
-Separado	5 (9,8%)	1 (5,2%)	
GRUPO LABORAL			
-Grupo I	26 (50%)	1 (5,26%)	P<0.001
-Grupo II	26 (50%)	14 (73%)	
-Grupo III	0%	4 (21%)	

NS: diferencia estadística no significativa

Tabla II RASGOS PREMORBIDOS DE PERSONALIDAD / ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS			
	RASGOS PREMORBIDOS DE PERSONALIDAD (N=48)	NO RASGOS PREMORBIDOS DE PERSONALIDAD (N=22)	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (SI)	23 (47.9%)	4 (18.2%)	P=0.035
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES (SI)	18 (37.5%)	7 (31.8%)	P=0.84 No significativa
TRASTORNO ADAPTATIVO ANSIOSO-DEPRESIVO (SI)	32 (66.7%)	6 (27.3%)	P<0.005
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO (SI)	30 (62.5%)	5 (22.7%)	P<0.01
TRATAMIENTOS ANTIÁLGICOS (SI)	16 (33.33%)	4 (18.2%)	P=0.19 No significativa

NS: diferencia estadística no significativa

encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios y estado marital, confirmando la homogeneidad de nuestra muestra (N=70). Destacamos como era de esperar por el tipo de patología y los tipos de trabajo realizados, una mayor frecuencia de varones (73%) respecto a mujeres (27%).

Se consideraron los trabajadores en tres grupos laborales: Grupo I (trabajos manuales no cualificados), Grupo II (trabajos manuales con cualificación intermedia) y Grupo III (trabajos de oficina). Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas (P<0.001) en el grupo de actividad laboral, a favor de una mayor actividad física (Grupo I y II) en varones respecto a mujeres.

Como se aprecia en la Tabla II, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes con rasgos patológicos de personalidad (somatomorfo, histriónico, hipocondríaco) y la presencia de antecedentes previos de patología psiquiátrica, trastorno actual ansioso-depresivo, tratamiento psicofarmacológico y mayor toma de otros tratamientos (antiálgicos), no mostrando sin embargo diferencias entre la existencia o no de antecedentes psiquiátricos familiares.

Al analizar los resultados de nuestra muestra (Tabla III), considerando la relación existente entre la fiabilidad en los resultados de las pruebas complementarias de los test de personalidad (SIMS, PAI, MCMI-III, MMPI-2) y la fiabilidad en la prueba de biomecánica (Ned-lumbar), obteniendo resultados altamente significativos. Destacamos que son sobre todo

Tabla III
RELACIÓN TEST DE PERSONALIDAD / BIOMECÁNICA

	BIOMECANICA FIABLE (N=43)	BIOMECÁNICA NO FIABLE (N=27)	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
MMPI			
Fiabilidad (N=44)	35 (81.4%)	9 (33.4%)	P<0.001
No fiabilidad (N=26)	8 (18.6%)	18 (66.6%)	
MCMIII			
Fiabilidad (N=39)	32 (74.4%)	7 (25.9%)	P<0.001
No fiabilidad (N=31)	11 (25.6%)	20 (74.1%)	
PAI			
Fiabilidad (N=42)	35 (83.3%)	7 (25.9%)	P<0.001
No fiabilidad (N=28)	8 (28.6%)	20 (74.1%)	
SIMS			
Fiabilidad (N=44)	32 (72.7%)	12 (44.4%)	P<0.05
No fiabilidad (N=26)	11 (42.30%)	15 (55.5%)	

Tabla IV
RELACIÓN PERSONALIDAD PREMORBIDA / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

	RASGOS PREMORBIDOS DE PERSONALIDAD (N=48)	NO RASGOS PREMORBIDOS DE PERSONALIDAD (N=22)	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
MMPI			
Fiabilidad (N=44)	25 (52.1%)	19 (86.4%)	P=0.01
No fiabilidad (N=26)	23 (47.9%)	3 (16.7%)	
MCMIII			
Fiabilidad (N=39)	21 (43.7%)	18 (81.8%)	P=0,006
No fiabilidad (N=31)	27 (56.3%)	4 (18.2%)	
PAI			
Fiabilidad (N=42)	24 (50%)	18 (81,8%)	P=0,02
No fiabilidad (N=28)	24 (50%)	4 (18,2%)	
SIMS			
Fiabilidad (N=44)	25 (52.1%)	19 (86.4%)	P<0.01
No fiabilidad (N=26)	23 (47.9%)	3 (16.6%)	
BIOMECANICA			
Fiabilidad (N=43)	27 (56.2%)	16 (72.7%)	P=0,03
No fiabilidad (N=27)	21 (43.8%)	6 (27.3%)	

las pruebas del MMPI-2 y PAI las más altamente significativas (ambas con una $P<0.001$), siendo el SIMS la menos altamente significativa ($P<0.05$)

Como era de esperar, los pacientes que en nuestra valoración psiquiátrica mostraban rasgos de personalidad somatizadora, hipocondríaca o histriónica,

En la tabla IV, se confirma la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que muestran rasgos premórbidos personalidad (N=48) (somatizador, histriónico, hipocondríaco) y la ausencia de fiabilidad, tanto en los test de personalidad como en las pruebas de biomecánica, respecto a los que no tienen dichos rasgos premórbidos de personalidad (N=22).

Por el contrario, en la tabla V no se aprecia relación entre la presencia de un trastorno adaptativo ansioso-depresivo actual y la falta de fiabilidad o colaboración en las pruebas complementarias, mostrando la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las determinaciones: MMPI-2, MCMIII, PAI, SIMS y pruebas de biomecánica (Ned-Lumbar).

Discusion

Valorando los resultados de nuestro estudio, comprobamos la homogeneidad de las características sociodemográficas de nuestra muestra de lumbalgias crónicas en factores como edad, nivel de estudios, y estado marital, lo que nos permite afirmar la fiabilidad de nuestros resultados pese al tamaño de la misma (N=70). La menor frecuencia de lumbalgia crónica en mujeres en nuestro estudio se explicaría por el grupo laboral al que pertenecen. Las mujeres ocupan puestos de trabajo más sedentarios y con menor carga física que los hombres

Tabla V
PATOLOGIA PSIQUIATRICA (TRASTORNO ADAPTATIVO ANSIOSO-DEPRESIVO) / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

	PATOLOGIA PSIQUIATRICA (N=38)	NO PATOLOGÍA PSIQUIATRICA (N=32)	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
MMPI			
Fiabilidad (N=44)	24 (63.2%)	20 (62.5%)	NS
No fiabilidad (N=26)	14 (36.8%)	12 (37.5%)	
MCMIII			
Fiabilidad (N=39)	20 (52.6%)	19 (59.3%)	NS
No fiabilidad (N=31)	18 (47.4%)	13 (40.7%)	
PAI			
Fiabilidad (N=42)	23 (60.5%)	19 (59.3%)	NS
No fiabilidad (N=28)	15 (39.5%)	13 (40.7%)	
SIMS			
Fiabilidad (N=44)	21 (55.3%)	23 (71.9%)	NS
No fiabilidad (N=26)	17 (44.7%)	9 (28.1%)	
BIOMECANICA			
Fiabilidad (N=43)	25 (65.8%)	18 (56.2%)	NS
No fiabilidad (N=27)	13 (34.2%)	14 (43.8%)	

NS: diferencias estadísticamente no significativas

mostraban una mayor incidencia a padecer ante un cuadro de lumbalgia crónica un trastorno adaptativo ansioso-depresivo. Nuestros datos vienen a confirmar estudios previos realizados en otras poblaciones⁽²⁸⁾ que resaltan la personalidad premórbida y la respuesta afectiva ante clínica somática. Destacamos que los pacientes con desordenes psiquiátricos son aquellos que presentan mayor dificultad para referir de forma consistente la intensidad de su dolor. Es por ello que la valoración de los pacientes con dolor crónico debe incluir una completa valoración de la esfera psicológica, así como asegurar el adecuado seguimiento psiquiátrico de su proceso en caso de ser necesario, ante la posibilidad de las implicaciones negativas de su proceso psiquiátrico en la evolución con tendencia a la cronicidad

Uno de los resultados más interesantes de nuestro estudio, consiste en la alta relación entre las pruebas de personalidad (MMPI-2, MCMIII, PAI, SIMS) y la prueba de biomecánica (Ned lumbar), siendo dicha

relación superior para el MMPI-2 y PAI, y menor en el MCMIII SIMS. En el caso del SIMS, es comprensible al tratarse de una prueba de screening, que por sí sola no tiene mayor valor diagnóstico, adquiriendo realmente importancia cuando es completada con otras pruebas complementarias y una valoración psiquiátrica más exhaustiva.

Este estudio se justifica por la necesidad de poner de manifiesto simulaciones/sobrevaloraciones tanto con pruebas psicológicas como físicas, teniendo en cuenta la observación de la conducta del paciente en distintos ámbitos, permitiendo realizar una valoración global con todos los datos disponibles. Al mismo tiempo contribuimos a defender a quienes de verdad sufren la adversidad de una enfermedad y sus consecuencias negativas.

Queda confirmado el objetivo principal de nuestro estudio, demostrando como grupo de

pacientes con rasgos premórbidos de personalidad (somatomorfa, histriónica o hipocondríaca) presentan significativamente mayor número de inconsistencias (falta de fiabilidad) tanto en las pruebas de personalidad como en la prueba de biomecánica.

Por el contrario, nuestro estudio no ha podido confirmar nuestro objetivo secundario, al no encontrar diferencias en la fiabilidad de los pacientes con trastorno psiquiátrico adaptativo ansioso-depresivo, siendo consistente dicho resultado en todas las pruebas complementarias utilizadas (biomecánica y psicológicas). Contrastan nuestros resultados con los obtenidos en estudios realizados con muestras más pequeñas⁽²⁹⁾, que encontraban una mayor tendencia a simulación en pacientes con clínica afectiva, lo que nos aconseja continuar en dicha línea de investigación y con muestras mucho más amplias.

Consideramos que la explicación a los resultados obtenidos en dicho perfil de personalidad es comprensible por sus características:

1) El paciente somatizador refiere quejas físicas en ausencia de hallazgos clínicos que permitan justificar una causa orgánica y se acompaña de demandas continuas de pruebas complementarias y derivaciones a distintos especialistas.

2) En el paciente hipocondríaco predomina la preocupación más que los propios síntomas, por la convicción de tener una enfermedad grave.

3) El paciente histriónico manifiesta una necesidad de llamar la atención constantemente, todo les afecta de forma exagerada, y dramatizan al máximo la expresión de toda emoción.

Conclusiones

Como conclusiones a nuestro estudio podemos considerar:

1. Los pacientes con rasgos de personalidad somatizadora, hipocondríaca e histriónica, muestran de forma significativa una menor fiabilidad tanto en los resultados de las pruebas de valoración psiquiátrica como biomecánica
2. No se obtienen diferencias significativas entre una menor fiabilidad de las pruebas complementarias y la presencia o no de trastornos adaptativos ansioso-depresivos
3. Se confirma una correlación altamente significativa entre la falta de fiabilidad y las pruebas complementarias de biomecánica y de personalidad, confirmando su complementariedad

Consideramos que los resultados obtenidos en nuestra muestra (N=70), por su interés y relevancia, deben de ser tenidos en consideración para futuros estudios, con el fin de realizar análisis en mayor profundidad que puedan permitir incrementar el tamaño de la misma, así como introducir otros factores a estudio (tiempo total de IT, número de intervenciones, resolución judicial en casos litigantes, costes económicos, etc.).

Es por ello que en el presente estudio, hemos establecido una clara vía de investigación, poniendo de relieve la importancia de utilizar tanto pruebas complementarias psiquiátricas y psicológicas como de modernas y actuales técnicas de biomecánica, al quedar demostrada la complementariedad de las mismas y

reforzar la necesidad de valoraciones multidisciplinares para el estudio de este tipo de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido, no siendo una investigación financiada por ninguna institución, ni existiendo ninguna relación comercial.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Cardoso A, Herrero Pardo de Donlebún M, Barbadillo Mateos C. Epidemiología y repercusión laboral. *Jano* 2001; 61(1408):68-70.
- Seguí Díaz M. La importancia de la lumbalgia en atención primaria: una aportación. *Atención Primaria* 1996; 18:466-467.
- Berriochoa C, Sanz Carabaña P, Flores L, et al. Utilidad de la guía de estándares de duración de procesos de incapacidad laboral transitoria publicada por el Insalud para el médico de cabecera. *Aten. Primaria* 1996; 18:248-252.
- Maniadas N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000; 84(1):95-103.
- González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Coste de la compensación por incapacidad temporal por dolor lumbar en España. *Rehabilitación* 2001; 35:28-34.
- Wadell G. Clinical assesment of lumbar impairment. *Clin Orthopaedics* 1987; 221: 210-2.
- Resnick PJ. Malingering of post-traumatic disorders. En R.J. Rogers (eds.). *Clinical assesment of malingering and deception*. New York: Guilford Press; 1997. p.133-152
- Berry DT, Nelson NW. DSM-V and Malingering: a Modest Proposal. *Psychological injury and Law* 2010; 3:295-303
- Capilla Ramírez P, González Ordi H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma fundación MAPFRE* 2009; 20(4):255-263.
- Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P, González Ordi H. Prevalencia de la simulación en incapacidad

temporal: percepción de los profesionales de salud. Madrid:TEA Ediciones; 2013.

- Inda Caro M, Lemos Giráldez S, López Rodrigo AM et al. La simulación de la enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo* 2005; 26:99-108.

- González Ordi H, Capilla Ramírez P, Santamaría Fernández P et al. Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en la lumbalgia crónica. *Trauma Fundación MAPFRE* 2012; 23 (3): 145-154.

- Wing JK, Babor T, Brugha T, et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 47(6):589-93

- Avila Espada A., Jiménez Gomez F. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Madrid:TEA Ediciones; 2000

- Ortiz Tallo M, Santamaría P, Cardenal V, Sánchez MP. PAI: Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAD). Madrid:TEA Ediciones; 2011.

- Millon TH., Davis R, Millon C. MCMI-III: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Manual. Madrid:TEA Ediciones; 2009.

- González Ordi H, Santamaría Fernández, P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). Madrid:TEA Ediciones; 2009

- Butcher JN, Ben-Porath YS. Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. *Australian Psychologist* 2004; 39:44-50.

- González Ordi H, Iruarrizaga Díez I. Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo* 2005; 26: 129-137.

- Casado MI, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud* 2008; 19:379-92

- Gervais RO, Ben-Porath DB, Sellborn M. Incremental

Validity of the MMPI-2-RF Over-reporting Scales and RBS in Assessing the Veracity of memory Complaints. *Arch Clin Neuropsychol* 2010; 25:274-84

- Turner EA. Use of the PAI-A in the diagnosis and treatment of Psychiatric disorders: A clinical application. *Ann Psychiatry Ment Health* 2014; 2(1): 1007.

- Hopwood CJ, Creech SK, Clark TS, Meagher MW et al. Predicting the completion of an integrative and intensive outpatient chronic pain treatment with the personality assessment inventory. *J Pers Assess.* 2008; 90: 76-80.

- Ortiz Tallo M, Cardenal V, Ferragut M et al. Personalidad y síndromes clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2011; 16(1): 49-59

- González Ordi, H., Santamaría Fernández P, Fernández Marín P. Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIM) en el contexto médico legal. *EduPsykhé* 2010; 9(1): 3-22.

- López Pascual J, Pedró de Moya ME, Garrido Jaén JD et al. Análisis del uso de herramientas de valoración funcional de las dolencias lumbares en el ámbito laboral. *Rehabilitación* 2009; 43(1): 16-23.

- Pedró de Moya ME, López Pascual J, Garrido Jaén, JD. Valoración Funcional de las Lumbalgias. *Sistema NedLumbar/IBV. Cuadernos de Valoración* 2008; 6(7):1-7.

- Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres. *Journal of Public Health* 2012; 23:103-8.

- Blasco Saiz JL, Palardó Durá L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico-legal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud* 2013; 24(3): 177-83