

Trastornos visuales funcionales y simulación

Functional visual disorders and simulation

JC. López García

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Correspondencia:

Javier Corsini López García

E-mail: javiercorsini@eresmas.com

Resumen

Los trastornos visuales funcionales consisten en la presencia de sintomatología ocular sin una base orgánica que la justifique. Es una situación frecuente en las consultas de oftalmología. Puede ser hecho con intención de engañar, el simulador; o porque subyace una anomalía psíquica. En este protocolo se describen estas situaciones, y numerosas técnicas diagnósticas para evaluar estos casos.

Palabras clave: Trastorno visual funcional. Pérdida visual no orgánica. Simulación.

Resum

Els trastorns visuals funcionals consisteixen en la presència de simptomatologia ocular sense una base orgànica que la justifiqui. És una situació freqüent en les consultes d'oftalmologia. Pot ser fet amb intenció d'enganyar, el simulador; o perquè a sota hi ha una anomalia psíquica. En aquest protocol es descriuen aquestes situacions, i nombroses tècniques diagnòstiques per avaluar aquests casos.

Paraules clau: Trastorn funcional visual. Pèrdua visual no orgànica. Simulació.

Abstract

Functional visual disorders are the presence of ocular symptoms without an organic basis to justify it. It is a frequent situation in ophthalmology clinics. It can be done with the intention of deceiving, the simulator; or because there is an underlying psychic abnormality. This protocol describes these situations and numerous diagnostic techniques to evaluate these cases.

Key words: Functional visual disorder. Nonorganic visual loss. Malingering. Simulation.

Introducción y clasificación

Se llama trastorno visual funcional (TVF), síntomas visuales idiopáticos (SVI), o pérdida visual no orgánica (PVNO)¹ a la sintomatología ocular que no se acompaña de causa orgánica identificable. Antiguamente se emplearon otros términos, como anestesia retiniana, histeria ocular, ambliopía funcional o histérica y reacción de conversión visual².

Un 5% de las consultas en oftalmología son TVF y simuladores. Se estima que un 14% de solicitantes de incapacidad visual tiene dicho componente funcional³. Es un diagnóstico difícil y por exclusión, al que hay que dedicar mucho tiempo. Con frecuencia requiere la realización de pruebas complementarias y caras, o derivación a otro especialista. Por lo tanto, sólo se hace este diagnóstico tras una exploración detallada, donde no encontramos nada que justifique los síntomas. Afortunadamente, nuestra especialidad es bastante objetiva.

Se presenta de dos maneras. Puede ser debida con intención de engañar, el simulador consciente o positivo, generalmente por motivos económicos. O ser secundaria a una enfermedad psiquiátrica.

Con este protocolo se pretende diagnosticar esta situación con métodos sencillos y rápidos, los que tenemos en una consulta, ya que es habitual que sean derivados a valoración neurooftalmológica.

El simulador representa una enfermedad que no padece, es un fraude consciente; por motivos económicos, laborales, afectivos, emocionales o judiciales. Suelen ser individuos mentirosos, egoístas, hipócritas y con personalidad antisocial.

La enfermedad simulada² puede ser:

- Provocada, producida artificialmente.
- Alegada, la cita el paciente.
- Imitada, como un actor que reproduce los síntomas.
- Exagerada, acentúa los síntomas reales que padece.
- Imputada, hay lesión, pero origen es falso.

La simulación es más frecuente en:

- Épocas de guerra.
- Ambiente carcelario.
- Medicina del trabajo.

- Patologías psíquicas.
- Grupos fanáticos, políticos o religiosos.
- Denuncias por mala praxis médica.

La disimulación o simulación negativa, es la ocultación de la deficiencia que padece, aparenta normalidad o incluso una superioridad de su sentido visual. Por ejemplo, el daltónico que oculta su deficiencia.

La disimulación² es más frecuente en:

- Pruebas psicofísicas para policía, militares, pilotos, conductores, ferroviarios y analistas (test colorimétricos).
- Gabinetes de medicina de empresa.
- Contratación de seguros de vida y accidentes.

También el oftalmólogo puede encontrar síntomas oculares sin una causa que los justifique en enfermedades psiquiátricas. Más del 50% de los TVF presentan asociado depresión, ansiedad, ataques de pánico y/o fibromialgia⁴. Es más frecuente en niños y mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos los síntomas aparecen en ambos ojos y pueden modificarse por sugestión.

En la histeria destacan los trastornos motores, sensitivos y sensoriales, sin lesión en el sistema nervioso, y acontece en relación con situaciones de estrés o de conflicto psíquico⁵.

En la ambliopía histérica o de conversión, el síntoma más común es la disminución de la agudeza visual (AV), y suele ser bilateral. Otras alteraciones sensoriales son: defectos del campo visual, visión de flashes, alucinaciones, diplopía mono o binocular, dolor ocular, disestesias, etc. Las alteraciones motoras son más raras, suelen ser de tipo espástico (blefarospasmo, ptosis, anomalías pupilares, alteración de la convergencia y acomodación, estrabismo, nistagmo y lagrimeo), no en forma de parálisis.

El síntoma de conversión está relacionado con la idea que el paciente tiene de la enfermedad, y no con la anatomía y fisiología verdadera. Tiene una función en la vida psicológica del paciente, su inicio es repentino, y está asociado con problemas que no puede resolver. Ante el síntoma adopta una actitud de extrema exageración o de indiferencia.

En la neurosis de renta el paciente utiliza de forma no consciente su enfermedad ocular (accidente u operación) para reorganizar su vida, obtiene una ganancia a partir de su enfermedad, para abandonar sus obligaciones.

La depresión puede empeorar los síntomas oculares, es frecuente que se presente de forma enmascarada, y es más común en edades avanzadas⁶. Empeora la sintomatología de: irritación de la superficie ocular, dolores oculares, agrava las quejas por baja agudeza visual, degeneración macular, retinopatía diabética, neuropatía óptica, cataratas, glaucoma, baja la sensibilidad al contraste, etc⁷.

La mala visión en los ancianos no solo aumenta el riesgo de depresión, sino también el deterioro cognitivo, las caídas, la pérdida de independencia e incluso la mortalidad.

La ansiedad agrava la sintomatología ocular en casos de: mioquimias, tics, astenopía, insuficiencia de convergencia, fotofobia, síndrome de las pantallas de visualización, blefaritis, sequedad ocular, cefaleas por trastorno ocular, coriorretinopatía serosa central y provocar elevaciones de la tensión ocular⁸. La ansiedad como causa de síntomas oculares es más frecuente en adultos jóvenes. Por ejemplo, un estudiante puede quejarse de dificultad para leer o visión borrosa, cuando tiene cerca un examen.

En los trastornos psicóticos el paciente puede pensar que las alucinaciones son debidas a una enfermedad ocular.

Hay casos de autolesiones oculares, trastornos facticios, que pueden producir: blefaritis, conjuntivitis, hiposfagma, queratitis, cataratas, y hasta perforaciones.

En el tratamiento es importante tranquilizar al paciente, y crear una buena comunicación con los familiares^{9,10}. Podemos explicar que los síntomas no son graves o que mejorarán con el tiempo. No es recomendable recetar placebos, en forma de colirios, gafas o vitaminas. En el caso de los niños, los padres suelen estar muy preocupados, es mejor dar las explicaciones a solas. Si es preciso se puede derivar al psiquiatra, para valorar psicoterapia o tratamiento farmacológico; si bien el paciente es reacto, ya que cree tener una enfermedad ocular y no mental.

Reevaluar al paciente es frecuente, en el trastorno de conversión le gusta ser explorado, lo que puede demorar mucho tiempo; mientras el simulador está más irritado. No se debe discutir con el simulador, si desea un informe lo haremos.

Es importante descartar *otras causas de baja AV sin causa ocular aparente*:

- Ambliopía.

- Ceguera cortical.
- Dislexia o agnosia visual.
- Neuritis óptica retrobulbar.
- Pérdidas visuales transitorias.
- Maculopatías con fondo "normal": distrofias de conos y bastones, monocromatismo de conos, ceguera estacionaria congénita, AZOOR (*acute zonal occult outer retinopathy*, retinopatía zonal oculta externa), PAMM (*paracentral acute middle maculopathy*, maculopatía media central aguda), enfermedad de Stargardt y distrofia macular oculta.
- Tumor con compresión quiasmática.
- Síndromes paraneoplásicos.

Podemos observar el algoritmo diagnóstico² en la Figura 1.

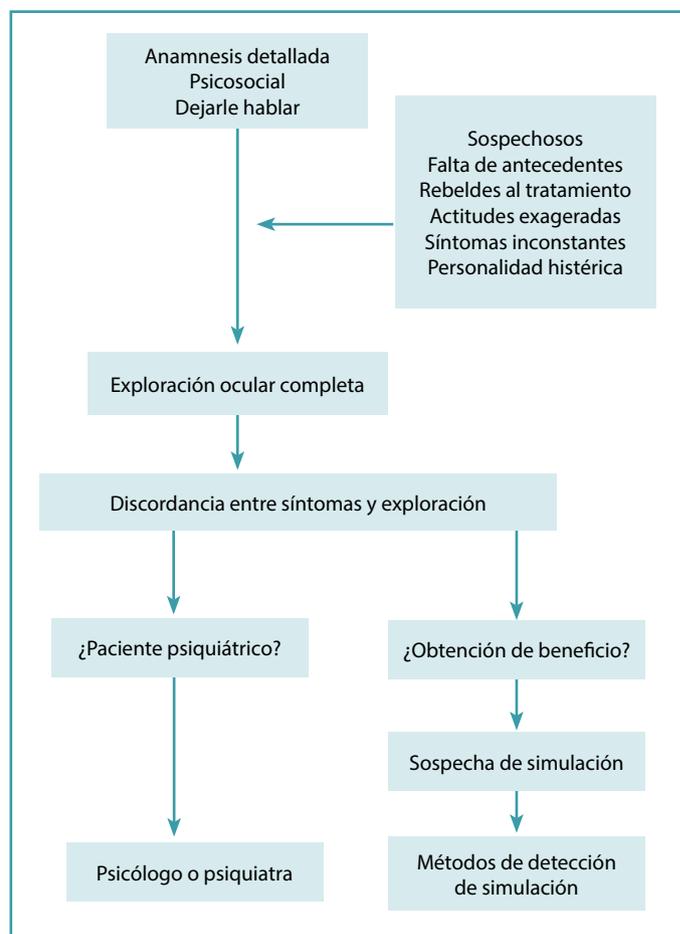


Figura 1. Algoritmo diagnóstico.

Simulación de baja visión

Es la simulación más frecuente en oftalmología, uni o bilateral, desde leve a severa¹¹.

Es importante que el oftalmólogo no provoque recelos en el presunto simulador, durante la anamnesis notaremos que no se ajusta a la clínica habitual. Se debe conocer el contexto familiar y laboral. Revisar la historia clínica de primaria y descartar el uso de psicofármacos.

Habitualmente está más interesado en el informe que en el diagnóstico o tratamiento.

Ceguera bilateral

Valorar su actitud, cómo camina, si evita los obstáculos, cómo se sienta. Es útil observarle cuando está en la sala de espera. Los

ciegos suelen mirar a quien les habla, el simulador puede evitar la mirada. Con frecuencia acude a la visita con gafas de sol.

Puede realizar unas sencillas tareas propioceptivas. Un ciego puede firmar y juntar ambos índices o tocarse la punta de la nariz, pero el simulador suele hacerlo con torpeza. Si al firmar se le interrumpe y vuelve a poner el bolígrafo donde lo tenía, indica cierto grado de visión, al menos 0,1 (Prueba de Roth o de la escritura). Se puede trazar una línea recta, parar e indicarle que la prolongue, el simulador dirá que no lo puede hacer.

Prueba del espejo¹²: el explorador se pone delante del paciente con un espejo grande, y lo gira adelante y atrás por un eje vertical, fijarse si gira los ojos. Es difícil que evite mirar su propia imagen y el fondo de la habitación en movimiento (Figura 2).

Proyectar la figura del visoscopio en la fóvea, es un estímulo difícil de evitar.

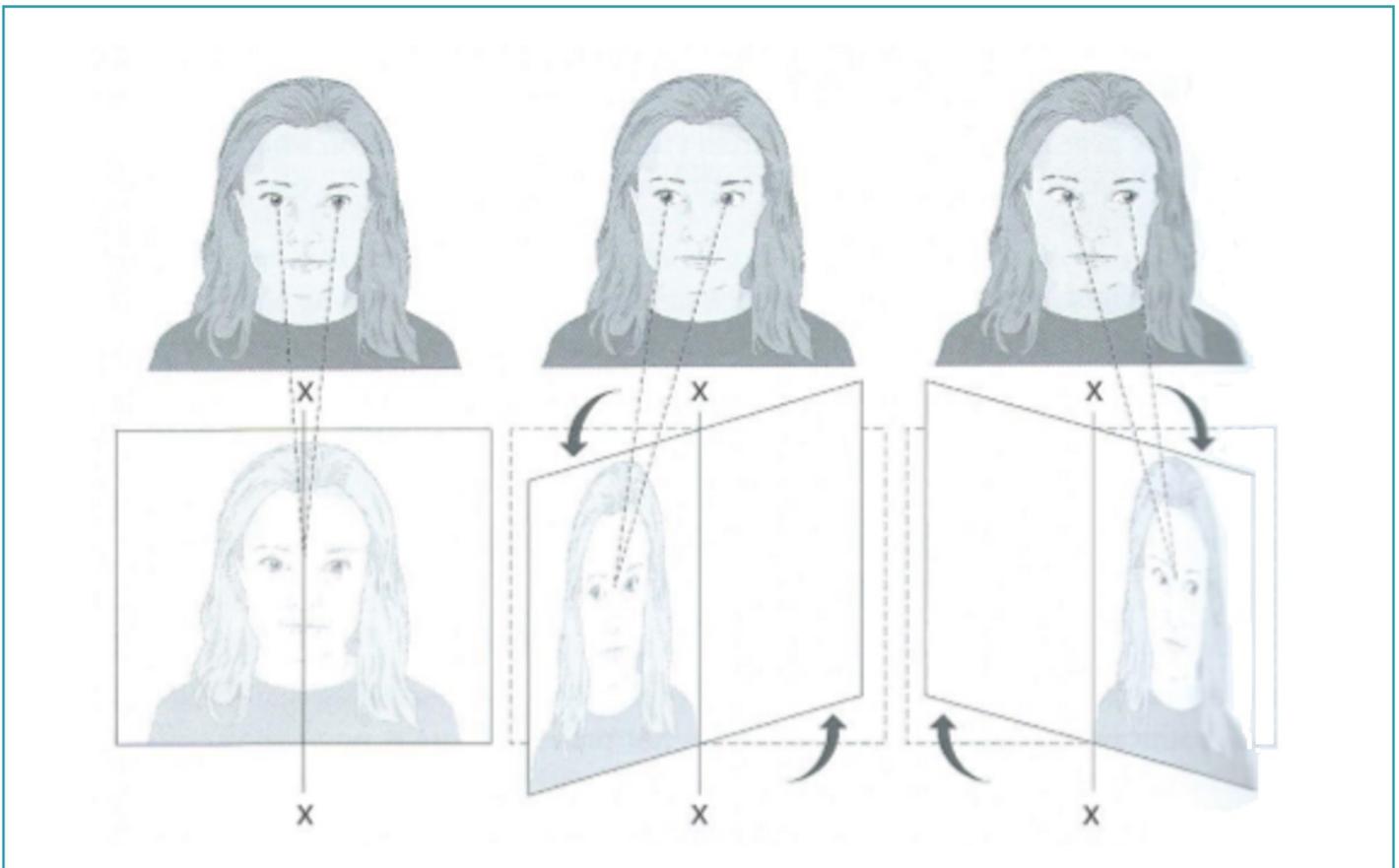


Figura 2. Prueba del espejo.

Ceguera monocular

Se puede hacer la prueba de Roth o las propioceptivas con el ojo bueno tapado.

Si con un prisma vertical de 5 dioptrías delante del ojo bueno ve doble hay cierto grado de visión. Un prisma de de valor elevado con la base externa delante del ojo ciego no debería provocar un movimiento hacia el vértice (Prueba de Weltz).

Prueba de Bonnet: se pone en un ojo 8 dioptrías prismáticas base superior y en el otro 8 dioptrías prismáticas base inferior, encima de una mesa hay un montón de monedas iguales, le pedimos que las ponga en línea recta horizontal. Si no ve de un ojo lo puede hacer.

Prueba de la linterna: el paciente mira de frente a lo lejos, se ilumina con una linterna a 50 cm de la cara, la desplazamos horizontalmente 180°, le indicamos que nos diga cuando la deja de ver; si no es inteligente dirá que no la ve al sobrepasar la línea media delante del "ojo ciego".

Prueba de la falta: fijar un dedo a 15 cm de la nariz y delante del ojo afecto, se acerca a unos pocos centímetros del ojo. Si es ciego se rompe la convergencia.

Al explorar los reflejos pupilares, nos encontramos con pupilas isocóricas y normoreactivas, no hay déficit pupilar aferente relativo (DPAR) en ese lado.

Reducción de la visión unilateral

Tomar la AV a la mitad de distancia de la habitual, con lo que duplicaría su valor. Podemos girarle y hacerle mirar la lámina en un espejo neutro, así se triplica la distancia focal, si se para en el misma línea del optotipo se considera una respuesta anómala (Prueba de Barthélemy)² (Figura 3).

Otras pruebas que nos pueden ayudar:

- *Prueba de Roth:* al escribir su nombre y apellidos, le tapamos el ojo bueno, el simulador afirmará que no puede continuar.
- *Prueba de Wick:* medir la agudeza visual con optotipos de figuras abiertas (anillos o E de Snellen), hasta que comienzan los fallos. Entonces se le dice que, aunque no las vea bien nos indique hacia donde cree que están abiertas, y se cuenta el número de fallos y aciertos. El simulador no acierta, el colaborador adivina un 25% de posibilidades.

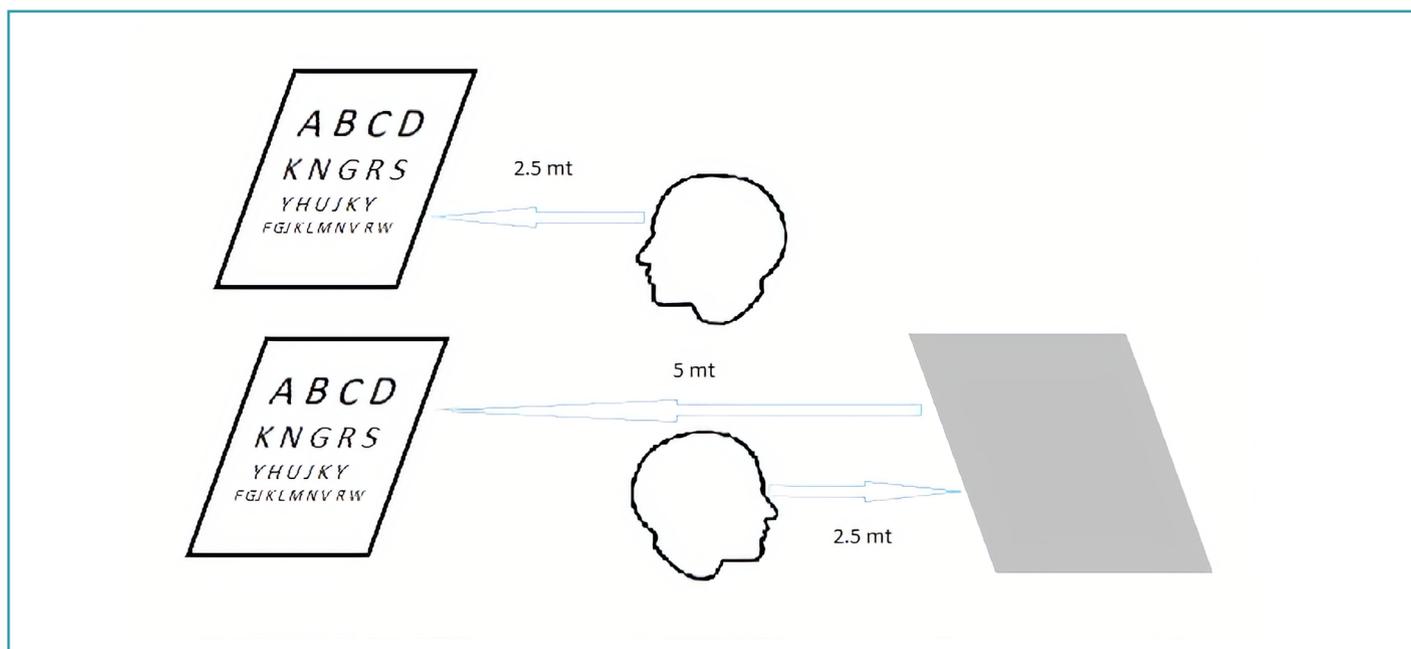


Figura 3. Prueba de Barthélemy.

Se puede intentar confundir al paciente, para que no sepa qué ojo estamos explorando, y para ello se usa la montura de pruebas o el foróptero. Se le provoca confusión con lentes, y hay que vigilar que mantenga los dos ojos abiertos. Colocar lentes esféricas de alto valor delante de ojo sano y neutra en el "enfermo", y valorar la AV binocular, la AV alcanzada será la del ojo enfermo. O poner dos lentes que se neutralizan entre sí, por ejemplo +6 y -6, la AV del ojo supuestamente enfermo no se afectaría. Otra variante es poner un +6 delante de ambos ojos, y después añadir un -6 delante del ojo enfermo y un neutro delante del ojo sano; la AV obtenida será la del ojo malo. También se puede explorar al AV próxima con corrección positiva en el ojo sano, y rápidamente se le hace mirar al optotipo lejano, la AV será la del ojo afectado.

Optotipos especiales^{1,2,11}

- *Optotipos de Bravais*. Se usan láminas coloreadas con palabras o sumas, y filtros en la montura. Se basa en que el color rojo sobre fondo blanco se anula con el filtro rojo, y el verde se ve de color más oscuro. Si el paciente acierta al poner el filtro rojo en el lado sano, es que ve con el otro lado (Figura 4).
- *Optotipos de Thibaudet*. Son láminas aisladas, del mismo grado de AV, pero de distinto tamaño. La AV no depende del tamaño del optotipo, sino del grosor de las líneas. El simulador acierta los grandes, no los pequeños (Figura 5).

Reducción de la visión bilateral

Es una situación más compleja.

Se puede empezar a tomar al AV por las figuras pequeñas, de abajo a arriba si se usa la escala entera, ya que si se comienza por



Figura 4. Optotipos de Bravais.

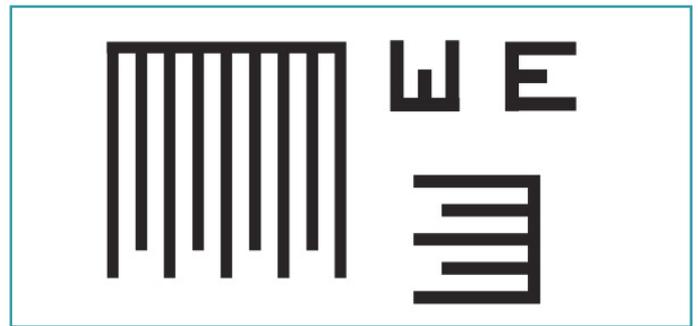


Figura 5. Optotipos de Thibaudet.

las grandes se parará antes. El simulador puede ser sugestionable, animarle en la exploración de AV.

Usar columnas con el proyector, no filas horizontales u optotipo completo, así se percibe peor la diferencia de tamaños.

Comparar con la AV de cerca: será similar, salvo problemas de acomodación, presbicia o miopía.

Técnicas de penalización. Poner delante de ambos ojos lentes de gran valor para que pierda la referencia, y después reducir las dioptrías, alentándole a leer.

"Lentes especiales". Poner en la montura de lentes la corrección adecuada, pero con lentes que se neutralizan, y explicarle que con esas gafas se ve mejor. Si mejora la AV indica que no hay lesión orgánica.

Alternar las figuras de los optotipos: Snellen, letras, números, Landot, etc. A veces se descubre al simulador al agotarlo, pueden ser necesarias varias sesiones para desenmascararlo, tiempo y paciencia.

Se puede intentar confundirle: "con ambos ojos la visión se duplica", "con la pupila dilatada se ve mejor", "con letras aisladas se ve peor", "por el agujero se ve peor" (estenopeico), "es como un prismático y mejora la visión" (foróptero), "estas laminas son especiales", "con su enfermedad se ve mejor la primera letra de cada hilera", etc.

Usar los optotipos de Thibaudet, prueba de Barthélemy, la de Wick, etc.

Valorar la estereopsis con el test de Titmus, con la graduación de cerca, ya que requiere una buena AV¹¹.

Relación entre estereopsis y agudeza visual (Tabla 1).

AV	Estereopsis
1	40
0,8	43
0,6	52
0,5	61
0,4	89
0,3	94
0,2	124
0,1	160

Tabla 1. Relación entre estereopsis y agudeza visual.

Pruebas objetivas

Estas pruebas nos permiten diferenciar la simulación de otras patologías. No olvidemos que en muchas ocasiones la pérdida visual funcional es un diagnóstico de exclusión tras haber descartado las causas orgánicas.

- Reflejos pupilares, su exploración es fundamental. Una muy baja visión monocular sin DPAR es sospechosa.
- Nistagmo optocinético, su presencia implica al menos una AV superior a 0,05.
- Tomografía de coherencia óptica (OCT) de macula y papila. Una normalidad en la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) nos puede descartar lesiones en vías ópticas anteriores. Cuidado con situaciones agudas, ya que para que se establezca alteración en CFNR o CGR precisa un tiempo de evolución.
- Potenciales evocados visuales (PEV), aunque puede ser fácil de falsear si no mira al punto de fijación o cierra los ojos. Un PEV normal, en general, excluye una neuropatía óptica¹¹.
- Electroretinograma multifocal (ERG-mf) puede reflejar maculopatías “ocultas”. El ERG convencional no es útil en simuladores.
- Neuroimagen: Tomografía axial computerizada y Resonancia nuclear magnética cerebral.

Simulación de alteraciones campimétricas

Suele asociarse a un traumatismo craneoencefálico previo o cirugía ocular.

Lo más habitual es la reducción concéntrica, campo tubular o cilíndrico; o una reducción generalizada con un contorno irregular, o en forma de trébol.

La perimetría automática no es fiable en este tipo de pacientes, es frecuente un porcentaje alto de falsos negativos y pérdidas de fijación en simuladores. Existen numerosas técnicas para detectar simulaciones con perímetro de Goldmann, pero este aparato no está disponible en la mayoría de los hospitales.

Se puede reevaluar el campo visual por confrontación. Si presenta campos visuales en túnel se evalúa valorando el movimiento ocular entre dos objetos cercanos, y después se van separando. Esta sacada indica que ve el objeto central y el de su vecindad¹³.

Se puede usar la pantalla tangente de Bjerrum con la técnica de alejamiento de Dubois-Poulsen. Se explora el campo visual a un metro y se marcan los límites con alfileres, después se explora a dos o tres metros; el simulador no percibe que al estar más lejos de la pantalla los límites del campo aumentan (Figura 6).

En caso de hemianopsia o sectoranopsia podemos hacer un segundo campo visual con la cabeza inclinada.

En la presunta pérdida monocular el diagnóstico es más fácil, ya que el defecto desaparece o se reduce al hacer un campo visual binocular. El campo visual con ambos ojos abiertos simula escotomas en el lado que “no ve” (Figura 7).

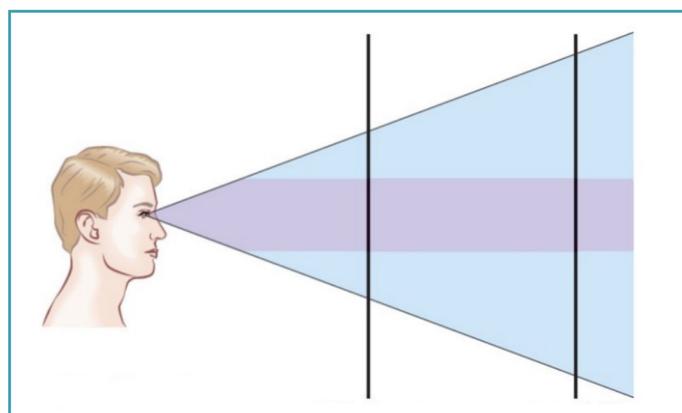


Figura 6. Campo visual en túnel.

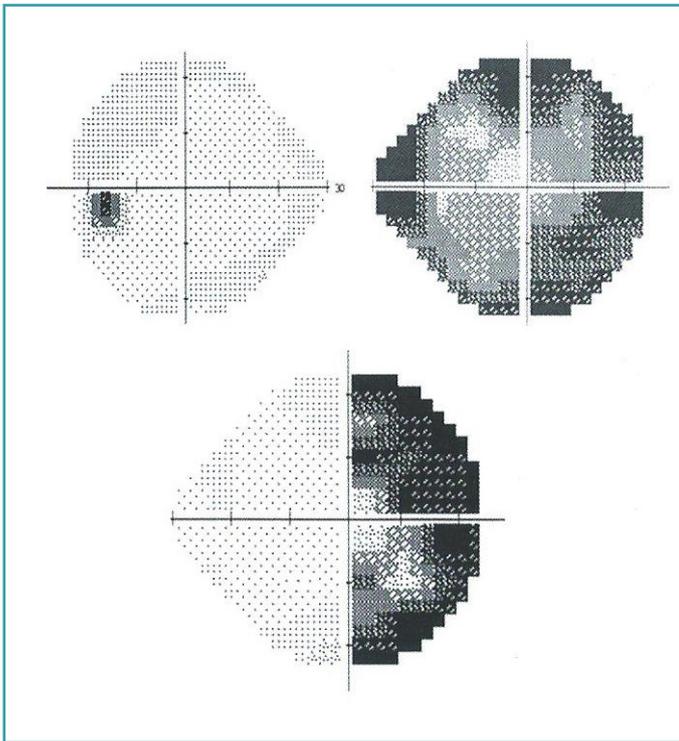


Figura 7. Imagen superior, paciente con pérdida campimétrica severa en ojo derecho. Imagen inferior, al realizar la prueba con ambos ojos abiertos simula daño en la mitad derecha.

Simulación de trastornos de la motilidad ocular

Es poco frecuente, ya que requiere un esfuerzo constante. Hay casos de espasmos histéricos en convergencia, a veces acompañados de blefarospasmo o ptosis.

Se debe realizar la exploración habitual en un estrabismo, descartar trastornos acomodativos y el uso de fármacos u otros tóxicos descompensen forias.

Simular un nistagmo es difícil, pero hay casos de sacudidas horizontales con temblor palpebral, que duran unos pocos segundos.

La simulación de diplopía monocular requiere de su diagnóstico diferencial, no mejora con estenopeico.

En una ptosis unilateral simulada normalmente desaparece en mirada superior, o el párpado no acompaña a la elevación del globo. Al elevar el párpado con el pulgar notaremos la fuerza del orbicular.

Disimulación de discromatopsias

Es más frecuente la disimulación de discromatopsias que su simulación². En el test de Ishihara se puede cambiar el orden de las láminas, el disimulador puede saberlo de memoria. Tanto el simulador como el disimulador tendrían que acertar la primera lámina, el número 12. Las láminas con laberintos de colores no se pueden memorizar.

El test de Fansworth-Munsell permite detectar mejor al disimulador o simulador; porque es muy difícil que el disimulador acierte a ordenar las fichas para dar un patrón normal, o el simulador el típico de una discromatopsia.

Algunos simuladores se quejan de alteraciones de la percepción luminosa, sobre todo en condiciones escotópicas, nictalopía. Puede presentarse en pacientes psiquiátricos por miedo a la oscuridad o nictofobia, o por problemas laborales para evitar trabajos nocturnos. Se pueden poner folios en un suelo claro o trozos de papel en una mesa blanca con la habitación oscura, el simulador fingirá mucha dificultad para encontrarlos.

Simulación causada por fármacos

La anisocoria puede ser autoinducida al instilarse midriáticos o mióticos. La midriasis por bloqueantes colinérgicos (atropina, ciclopentolato y tropicamida) no se revierte con pilocarpina al 1%.

Algunos fármacos pueden provocar una miopía transitoria: fármacos colinérgicos, sulfamidas, ibuprofeno, indometacina, topiramato, diuréticos, etc.

Trastornos funcionales en niños

Suelen ser por motivos psicógenos o ansiedad, no por simulación. Se da más en niñas de 9-11 años de edad y durante los meses lectivos. Generalmente la sintomatología suele ser bilateral, ya que la unilateral permitiría realizar las tareas escolares. Se pueden usar las técnicas de exploración ambulatorias ya citadas^{14,15}.

Causas: fracaso o acoso escolar, celos exagerados, cambios de domicilio, deseo de usar gafas, separación de los padres, abusos sexuales, exceso de actividades extraescolares, competitividad, etc.

La simulación en niños suele ser para evitar una actividad particular o a una persona.

Agradecimientos

Los miembros del Grupo de Trabajo Interhospitalario de Neurooftalmología de Barcelona, han contribuido en la elaboración de este protocolo: Bernardo Sánchez Dalmau, Rafel Alcubierre Bailac, Nieves Martín Begué, Marta Saint-Gerons Trecu, Lorena Castillo Campillo, Ana Blázquez Albisu, Franciso Javier Montañez Campos, Anna Camós Carreras, María Cecilia Gómez Gutiérrez, Elena Jurado González, Javier Corsini López García, Ester Pascual Benito, Ester Mingorance Moya, Ana Matheu Fabra, Alba González Martínez, Carles Roig Arnal y Jorge Arruga Ginebreda.

Bibliografía

- Muñoz-Hernández AM, García-Catalán R, Santos-Bueso E, López-Abad C, Gil-Bernabé JG, Díaz-Valle D, et al. Simulación en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2011;86(10):320–6.
- Gallego-Lago I, Zarco-Villarosa D, Rodríguez-Salvador V. *Simulación y disimulación en Oftalmología. Técnicas ambulatorias de diagnóstico*. Ed Closa, 2005.
- Esteban de Antonio M. *Simulación en Ergoftalmología*. Sociedad Ergoftalmológica Española y Chibret. Madrid, 1986.
- Chacko JG, McClard CK. American Academy of Ophthalmology. https://eyewiki.aao.org/Functional_Visual_Loss. Abril, 2020.
- Vallejo-Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1991.
- Arntz A, Ibáñez C, Covarrubias T. Síntomas visuales y oculares sin causa: la necesidad de un enfoque psicossomático en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2019;94(12):575–8.
- Boggs W. www.reuters.com/article/us-health-vision-anxiety/vision-loss-linked-with-anxiety-depression-and-vice-versa. Abril, 2020.
- Méndez Ulrich JL, Sanz A. Could white coat ocular hypertension affect to the accuracy of the diagnosis of glaucoma? Relationships between anxiety and intraocular pressure in a simulated clinical setting. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2018;43:49-56.
- Trauzettel-Klosinski S. Functional Visual Loss and Malingering. En: *Clinical Neuro-Ophthalmology*, chapter 15. Ed Springer, 2007.
- Santos-Bueso E, Zarco-Villarosa D, Esteban-Antonio M, Vinuesa-Silva JM, García-Sánchez J. Pérdida visual no orgánica. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014;89(7):257-9.
- G. Rebolleda-Fernández y F.J. Muñoz-Negrete. Cómo desenmascarar a un simulador. En: *Protocolos en neuro-oftalmología*, capítulo 9. 35 Monografía de la Sociedad Española de Oftalmología, 2010.
- The Patient With Nonorganic Ophthalmic Disorders. In: *Neuro-Ophthalmology*, chapter 13. American Academy of Ophthalmology, 2013.
- Inescu AI. Tests for malingering in ophthalmology. *Int J Ophthalmol*. 2013;6(5):708-17.
- Santos-Bueso E, Saénz-Francés F, García-Sáenz S, Martínez-Casa JM, García-Freijoo J. Pérdida visual no orgánica. Serie de 5 casos. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(1): e122-e125.
- Santos-Bueso E, Garcia-Sanchez J. Simulación infantil y psicopatología asociada. Equipos multidisciplinares de tratamiento. *Acta Estrabologica*. 2010;39(2):341-4.