



Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

**MÁSTER EN PSICOPATOLOGÍA, SALUD Y NEUROPSICOLOGÍA.  
TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

***PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL PACIENTE  
CON SOSPECHA DE SIMULACIÓN QUE ACUDE A  
LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA  
DE UNIÓN DE MUTUAS***

**Beatriz Vidal Calatayud**

# ÍNDICE

## 1. INTRODUCCIÓN

## 2. MARCO TEÓRICO

- CONCEPTO DE SIMULACIÓN
- TIPOLOGÍA DE LA SIMULACIÓN
- PREVALENCIA DE LA SIMULACIÓN
- CARACTERÍSTICAS Y PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL SIMULADOR
- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA SIMULACIÓN
- CRITERIOS DE SOSPECHA CLÍNICA DE SIMULACIÓN
- EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN
  - EVALUACIÓN MULTIMÉTODO-MULTISISTEMA-MULTIDISCIPLINAR

## 3. MARCO EMPÍRICO

- JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS
- MÉTODO
  - MUESTRA
  - INSTRUMENTOS
    - RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
    - INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
  - PROCEDIMIENTO
  - ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- LIMITACIONES

## 4. BIBLIOGRAFÍA

## 5. ANEXOS

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicología, como ciencia de la conducta y rama del conocimiento científico, está cada vez más desarrollada y presente en la sociedad que nos rodea. Hoy en día, los psicólogos especialistas son capaces de emitir juicios diagnósticos, con el poder inherente que esto conlleva en la vida de las personas. No podemos pasar por alto la repercusión que nuestros diagnósticos tienen, desde la salud psíquica hasta en el ámbito legal.

En este sentido, a continuación se exponen brevemente algunas ramas de la ciencia que poseen este “poder”, todos ellos ligados en mayor o menor medida al mismo sistema clasificatorio:

- Psicología Clínica: la psicología clínica se encarga de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental. Se trata de una rama de la psicología que atiende las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas.
- Psicología Forense: Rama de la psicología en la que un psicólogo interviene en la sala de justicia (Ibáñez y de Luis, 1994; Soria, 2007). La psicopatología forense cumple la función principal de evaluación (entre otras funciones), no para planear una intervención, sino para estimar los efectos sobre la responsabilidad penal y otras variables que las patologías pudieran ejercer, siguiendo el vigente Código Penal Español.
- Medicina Legal: La medicina, en sus inicios, se centró solo en la curación de males y enfermedades, aunque pronto incluyó en sus metodologías y objetivos otras características de carácter social. La medicina legal, judicial o forense se sitúa como una aplicación científica del derecho aplicado. Es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las cuestiones que se presentan en el ejercicio profesional del jurista y cuya resolución se funda, total o parcialmente, en ciertos conocimientos médicos o biológicos previos (Gisbert, 1998).

- Psiquiatría y Psiquiatría Forense: La psiquiatría es la especialidad médica dedicada al estudio de la mente con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales o desviaciones conductuales referidas a la norma. Es muy importante establecer que la psiquiatría y la psicología clínica comparten como ciencia común la psicopatología. Así, ambas proceden del mismo sistema de clasificación, en consecuencia también la psiquiatría forense y la psicología forense.

Existe un fenómeno común en todas las disciplinas expuestas llamado simulación. Imaginemos por un momento a un sujeto A que se enfrenta a una valoración forense por un delito cometido. Imaginemos ahora a un sujeto B que solicita una incapacidad laboral temporal por padecer ansiedad o síntomas de cualquier trastorno mental. En cualquier caso, ambos sujetos pueden obtener beneficios derivados de su supuesta condición. En el caso del sujeto A, una valoración forense que modifique o atenúe su responsabilidad penal le beneficiaría en una condena más leve. En el caso del sujeto B, una baja temporal sin patología real podría significar beneficiarse económicamente, a costa del sistema social.

La simulación es, a grandes rasgos, el intento deliberado de mentir o engañar acerca de una enfermedad o condición discapacitante, a veces exagerando la sintomatología, con el fin de obtener un beneficio personal, generalmente de tipo económico o en forma de eximente de deberes y obligaciones (Kropp y Rogers, 1993).

La simulación es un tipo de conducta humana tan antigua como la humanidad (Marco, Martí y Barcan, 1990). Es un fenómeno no exclusivo para la especie humana, es decir, se da también en toda la escala animal, rigiéndose por el principio universal de adaptación al medio de Darwin. Probablemente nuestros ancestros evolutivos con mayor destreza para mentir tendrían ventajas sobre sus semejantes en la lucha por el éxito reproductivo. Hasta el punto que algunos autores consideran que el empleo del engaño y la mentira contribuyeron

decisivamente a la potenciación de la flexibilidad, creatividad, aprendizaje y manipulación simbólica del entorno físico y social, lo que facilitó la evolución de la inteligencia hasta nuestros días (Byrne y Corp, 2004; Byrne y Whiten, 1992).

Un ejemplo recurrente en la literatura científica al respecto es el de la inmovilidad cadavérica, fenómeno que utilizan algunas especies para conseguir evitar la posible agresión de depredadores (como jugar al despiste). Es una de las evidencias conductuales más claras de que la producción de síntomas falsos representa, al menos en algunas ocasiones, una conducta claramente adaptativa. Pensemos en un soldado joven que simula una ceguera psicósomática, e imaginemos que consigue reproducir toda la sintomatología a la perfección. Probablemente, los médicos y psicólogos militares le excluirían del frente, aportándole más oportunidades de sobrevivir.

En 1594, Juan Bautista Silvaticus publicó la primera obra sobre simulación de la locura: “*De lis qui Morbum Simulant Reprehendis liber*”. Este autor clasificó las enfermedades simuladas de la siguiente forma:

- Enfermedades sin síntomas aparentes
- Enfermedades provocadas
- Enfermedades disimuladas

Además, Juan Bautista Silvaticus también describió por primera vez una serie de consejos para descubrir los fraudes.

La antigüedad del fenómeno ligado a la finalidad utilitaria que tiene, nos da una idea de lo importante que es conocer todos los factores que lo configuran en las ciencias descritas anteriormente, con el fin de evitar errores de clasificación y costes económicos, físicos y morales.

## **1.1 LA SIMULACIÓN EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL**

El lugar de trabajo y la propia actividad laboral constituyen uno de los principales entornos para el desarrollo humano a la vez que un escenario de esfuerzos y riesgo para el trabajador (De Antonio, 2010), por lo que es de los ambientes más legislados y regulados en nuestras sociedades, en el que coinciden normas y reglamentos que tienen gran incidencia sobre la salud (Costa, Larrea, Méndez, Ruíz y Santana, 1991).

Esta amplia legislación permite un adecuado respaldo económico (prestaciones) y social (asistencia sanitaria) para los casos en que por enfermedad o accidente, sean o no laborales, haya una disminución de la capacidad del trabajador para generar ganancias mediante su trabajo.

Entre otras prestaciones destaca la incapacidad temporal (IT) (SEMFYC, 1999) cuya gestión, en muchas ocasiones, da lugar a conflictos entre los profesionales sanitarios y los trabajadores, generando dificultades sociales, laborales, éticas y sanitarias (Moretó y Sánchez, 2002). Entre estas dificultades se encuentra el gasto que supone para las empresas y para la Seguridad Social (SS) (Benavides, Sáez, Barceló, Serra y Mira, 1999). Hablar de calidad en el control de la prestación de IT, supone comprobar la adecuación entre la patología realmente padecida y hacer un uso adecuado y responsable de los medios diagnósticos y terapéuticos y del tiempo necesario para la recuperación (Álvarez, Llergo y Vaquero, 2009).

Las Mutuas son entidades autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social como entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social. Entre otras funciones, las Mutuas llevan a cabo un control de la Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC), gestionando tal prestación y agilizando pruebas diagnósticas y tratamientos como rehabilitación o psicoterapia.

La Unidad de Psicología de Unión de Mutuas ofrece, en colaboración con la Seguridad Social, atención a aquellos pacientes que se encuentran de ITCC, esto es, se encuentran de baja médica por enfermedad común. Se trata de un servicio voluntario que el médico de ITCC puede ofrecer al paciente, bien para adelantar

la visita que ya tenía solicitada en SS, o bien para realizar una valoración que le ayude a realizar o no una propuesta de alta cuando existen dudas acerca de la justificación y mantenimiento de la baja médica laboral.

La legislación española recoge el fenómeno de la simulación, la posibilidad del fraude en IT y su efecto sobre la prestación. Lo hace tanto en el artículo 132.3 del TRLGSS *“El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.”* como en la Ley 8/1988 sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS) donde aparecen como infracciones graves o muy graves, entre otras *“Actuar fraudulentamente con el fin de obtener prestaciones indebidas o superiores a las que correspondan, o prolongar indebidamente su disfrute”* (Artículos 25.3 y 26.1).

En IT podemos encontrar las siguientes modalidades de simulación:

- Simulación o exageración de sintomatología con intención de conseguir el parte de baja.
- Una vez obtenida, con o sin motivación clínica, se sigue refiriendo persistencia de clínica con intención de mantenerla.
- Búsqueda de IT en la proximidad de la finalización de un contrato, o inmediatamente antes de concluir la percepción de las prestaciones por desempleo.
- Simultanear la situación de IT con una actividad laboral.
- Personas que no tienen cotizaciones suficientes para optar a una incapacidad permanente y buscan/alargan procesos de IT para intentar conseguirla.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 CONCEPTO DE SIMULACIÓN**

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

Es comúnmente aceptado que la mentira es un recurso utilizado en la interacción social de manera universal por los niños ya desde los tres años (Lewis, Stanger y Sullivan, 1989), aunque es hacia los cuatro años cuando éstas se van haciendo más elaboradas para la consecución de un fin (Wilson, Smith y Ross, 2003). Vrij (2007) indica que las tres grandes motivaciones por las que las personas suelen mentir son para beneficiarse uno mismo o a los demás, para beneficiarse de algo o evitar castigos y pérdidas y por razones materiales o psicológicas.

El concepto de simulación aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Su definición y criterios de sospecha no han variado mucho desde la versión inicial hasta el actual DSM-5 (APA, 2014).



En el DSM-5 la simulación está situada bajo el epígrafe “Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica”, con el código Z [V], y no se considera un problema mental o una enfermedad psiquiátrica. Se define como:

*“...la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos. En determinadas circunstancias la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo, por ejemplo, fingir una enfermedad cuando se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra”* (American Psychiatric Association, 2014).

Adicionalmente, el DSM-5 sugiere que debe sospecharse presencia de simulación cuando se observa alguna de estas combinaciones:

1. presentación en un contexto médico-legal.
2. marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad que cita el individuo y los hallazgos u observaciones objetivos.
3. falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y para cumplir las pautas de tratamiento.
4. presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

Kropp y Rogers (1993) definen la simulación como *“el intento deliberado de mentir o engañar acerca de una enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el fin de obtener un beneficio personal, que generalmente suele ser de tipo económico o implica la eximencia de deberes u obligaciones”*.

Estas definiciones resaltan tres componentes que son característicos de la simulación:

1. la invención o exageración de síntomas
2. la voluntad consciente del engaño
3. la finalidad utilitaria

Resnik en 1997 planteaba unos mecanismos para la producción de la simulación que actualmente son comúnmente aceptados:

1. la *simulación total* o invención completa de la sintomatología
2. la *simulación parcial* o exageración en intensidad, frecuencia, y duración de la sintomatología preexistente
3. la afirmación de que la sintomatología y discapacidad asociada se mantienen a pesar de que terapéuticamente se hayan reducido o incluso hayan desaparecido
4. la sintomatología es falsamente atribuida a un acontecimiento traumático

La simulación se diferencia de otras nosologías principalmente porque en ella la motivación para la producción de síntomas es primordialmente la obtención de recompensas externas como pueden ser el mantenimiento de bajas laborales, la eximencia de deberes u obligaciones o la obtención de indemnizaciones económicas; aunque ello no implica que no se puedan obtener también recompensas psicológicas (afectivas) como el refuerzo y apoyo social o ser el centro de atención, como ocurre tanto en el trastorno facticio como en los somatomorfos.

En cuanto a los trastornos somatomorfos, la diferencia con la simulación radica en la intencionalidad de la conducta. La simulación se realiza intencional y conscientemente.

En la siguiente tabla se resumen las diferencias y similitudes entre simulación, trastornos facticios y trastornos somatomorfos.

**Tabla 1:** Diferencias y similitudes entre simulación, trastornos facticios y trastornos somatomorfos

	<u>Simulación</u>	<u>T. Facticios</u>	<u>T. Somatomorfos</u>
Bases orgánicas	No	No	No
Recompensa psicológica	Sí	Sí	Sí
Control voluntario	Sí	Sí	No
Intencionalidad	Sí	Sí	No
Recompensa externa	Sí	No	No
Problemática psicológica	No	Sí	Sí

## 2.2 TIPOLOGÍA

Los principales tipos de simulación según Bartan, Marco y Marti (1990) son:

Sobresimulación: exageración consciente de síntomas físicos o psicológicos verdaderos. Es la simulación más frecuente. Se observa prácticamente a diario en los centros de salud para mantener o alargar las bajas laborales.

Disimulación: tipo de simulación basado en la ocultación de los síntomas patológicos existentes. Básicamente supone para el sujeto un autoengaño. Se evidencia en pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, entre otros.

Metasimulación o perseverancia mental: se da cuando existe reproducción de síntomas patológicos que sobrevinieron en el pasado al propio sujeto o un familiar muy directo con el que mantiene una relación de convivencia, obteniendo un beneficio directo. Un ejemplo de este tipo de beneficio es el obtener una mayor atención y cuidados por parte de los familiares y otras personas cercanas.

Autosimulación: es el proceso mediante el cual un individuo sistematiza la falsa sintomatología expresada, llegando a expresar un gran convencimiento en ésta. Se encuentra en el límite de la somatización.

Simulación rosa: es la simulación que sirve como pretexto para evitar una responsabilidad o conducta puntual. Estas conductas son frecuentes en la infancia y pueden mantenerse durante el resto del ciclo vital.

## 2.3 PREVALENCIA

La estimación de la prevalencia del fenómeno de la simulación es particularmente compleja. Por un lado, los simuladores centran gran parte de sus esfuerzos en evitar de manera activa ser detectados, lo que impide un conocimiento total y real de los índices de prevalencia. Por otro lado, los criterios diagnósticos claros que definen operativamente lo que es la simulación se han establecido recientemente (Bush, 2005).

A pesar de las dificultades, es importante disponer de tasas de prevalencia lo más ajustadas a la realidad posible con el objetivo de entender el fenómeno, informar sobre las decisiones clínicas y calcular los índices de utilidad diagnóstica en las investigaciones sobre indicadores de simulación.

Existen procedimientos específicos mediante los cuales se pueden obtener datos sobre la simulación, con el objetivo de observar su prevalencia. Estos son: 1) consulta mediante encuestas estructuradas a jueces expertos, y 2) revisión de historias clínicas archivadas de sujetos con historial de evaluación de la simulación. La literatura científica muestra ciertas limitaciones procedimentales debido a la variabilidad de los datos en función tanto del campo de estudio como de la patología.

Rogers (2008) afirma que la mayoría de las investigaciones sobre simulación se han centrado en los trastornos psicopatológicos, de deterioro cognitivo y de dolor y discapacidad asociada a dolencias médicas. Se estima que la incidencia de simulación de trastornos psicopatológicos en ámbito forense es de entre un 15% y un 17% (Rogers, Sewell y Goldstein, 1994; Rogers, Sewell, Morey y Ustad, 1996; Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998) y de trastornos neuropsicológicos entre un 11% y un 40% (Larrabe, 2003; Martens, Donders y Millis, 2001).

Por otro lado, también se estima que la simulación de las lesiones corporales oscila entre un 20% y un 30% (Green, Rohling, Lees y Allen, 2001; Langeluddecke y Lucas, 2003; Less, 1997) y la simulación del dolor crónico y la

discapacidad entre un 20% y un 50 % (Fisbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, 1999; Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009; Kay y Morris-Jones, 1998; Leavitt y Sweet, 1986).

Estos datos concuerdan con investigaciones en el ámbito forense. Rogers, Sewell y Goldstein (1994) y Rogers, Sewell, Morey y Ustad (1996) establecieron una prevalencia de la simulación de entre un 15% y un 17% de los casos. Asimismo, Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard (1998) determinaron, tras un estudio con 221 expertos con experiencia forense, que un 53,4% de los casos de simulación tenía como objetivo la simulación de trastornos mentales, seguido de la simulación del deterioro cognitivo (19,5%), patología física (15,8%) o la combinación de las tres (11,2%).

En el ámbito médico-legal, Mittemberg, Patton, Canyock y Condit (2002) realizaron un estudio a partir de las respuestas de 131 expertos de la *American Board Of Clinical Neuropsychology*. Estos autores concluyen los siguientes porcentajes en términos de incidencia de la simulación en la práctica médico-legal: simulación de lesiones personales (29%), discapacidad o indemnización laboral (30%), casos relacionados con el delito (o criminales) (19%) y casos procedentes de la psiquiatría y medicina general (8%).

**Tabla 2.** Tasas de simulación por contexto en el estudio de Mittemberg et al. (2002)

<b>CONTEXTO</b>	<b>%</b>
Medicina general y psiquiatría	<b>8</b>
Contexto forense	<b>19</b>
Lesiones personales	<b>29</b>
Discapacidad	<b>30</b>

Por patología, Mittemberg et al. (2002) obtienen los siguientes resultados: el traumatismo craneoencefálico leve es en el que más se simula (38,5% de los casos), seguido de fibromialgia/fatiga crónica (34,7%), dolor y trastornos somatomorfos (31,4%), trastornos neurotóxicos (26,5%), lesión por accidente eléctrico (21,9%), trastornos por depresión (14,9%), trastornos de ansiedad (13,5%), trastornos disociativos (10,5%), trastornos de espectro epiléptico (9,3%), traumatismos craneoencefálicos moderados o severos (8,8%) y demencia vascular (2,4%). Se observa que los trastornos que llevan asociado el dolor crónico son los que más incidencia de simulación presentan.

Los estudios de Gervais, Russell y Green (2001) y de Gervais, Green y Allen (2001) obtienen hallazgos encauzados en la misma línea, estimando un índice de prevalencia de la simulación del dolor de entre un 25% y un 30% para la fibromialgia y el dolor crónico en general. Hamilton y Feldman (2001) incluyen la cervicalgia y el esguince cervical como algunas de las patologías con dolor más simuladas.

Uno de los pocos estudios científicos realizados en España sobre la prevalencia de la simulación en IT es el de Capilla, Gonzalez y Santamaría (2013). Éste muestra una mayor prevalencia de la simulación en el contexto de IT por Contingencias Comunes.

En general, los estudios parecen indicar que, en el contexto médico-legal, los patrones de simulación están más relacionados con la exacerbación o exageración de los síntomas como el dolor o psicopatología o síntomas psicopatológicos como la ansiedad y la depresión, con posibilidades de obtener un beneficio económico.

## 2.4 CARACTERÍSTICAS Y PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL SIMULADOR

El paciente simulador, o con sospecha de simulación, en general suele mandarnos un doble mensaje: a veces responde espontáneamente (respuesta rápida) e intencionalmente (respuesta lenta) a los estímulos. Es importante observar y analizar respuestas de enfado o desprecio, las expresiones no verbales como el contacto ocular, respuestas automáticas, movimientos reactivos, expresiones faciales, automatismos y el tono de voz.

Jaffe y Sharman (1998) destacan las siguientes características propias del paciente simulador:

- No dan información y no cooperan durante la evaluación.
- Se contradicen y muestran una actitud evasiva.
- Exageran los síntomas.
- Llamam la atención sobre su enfermedad.
- No manifiestan alteración afectiva asociada a la enfermedad que simulan.
- Manifiestan quejas vagas, inusuales, atípicas e inexplicables que no se ajustan a entidades nosológicas concretas.
- Tienen dificultades para fingir síntomas fisiológicos.
- Se da incoherencia entre los resultados que obtienen en las pruebas y la funcionalidad que presentan.
- Presentan incongruencias en el lenguaje verbal y/o no verbal.
- Muestran inconsistencia en los síntomas de la enfermedad que simulan.



En cuanto al perfil sociodemográfico de este tipo de pacientes, la literatura científica muestra una mayor prevalencia de incapacidad temporal y de sospecha de simulación en mujeres que en varones, a mayor edad, cuanto menores son los ingresos y los trabajos son más pesados y menos satisfactorios (Gjesdal, Haug, Maeland y Ringdal, 2004; Bongers, Heymans, Steenstra y Verbeek, 2005; López, Marin, Quezada, Razo y Salinas, 2006; Alexanderson, Carstensen, Gjesdal y Karlsson, 2008).

En cuanto a la edad, el estudio de Aurrekoetxea, Sanzo, Zubero y Alamillo (2009) muestra un aumento significativo de la reiteración en la IT a partir de los 40 años.

Benavides (2007) observó una duración media en la IT más elevada en personas mayores de 40 años, mujeres y que trabajan en hostelería.

Es interesante citar también el estudio de Brage, Nygard y Tellnes (1998) que mostró notables diferencias en la prevalencia y duración de las IT relacionadas con enfermedades musculoesqueléticas entre mujeres y hombres, si bien dichas diferencias se veían notablemente reducidas cuando se controlaba la edad y el nivel de ingresos. Este hecho puede sugerir que las diferencias de sexos pueden ser explicadas, al menos parcialmente, por diferencias relacionadas con el nivel de ingresos, la profesión, la proyección profesional o las demandas sociales y familiares asociadas habitualmente al género femenino.

## 2.5 MODELOS EXPLICATIVOS

Existen tres posibles fuentes de motivación o modelos para la simulación: el modelo patógeno, el modelo criminalístico y el modelo adaptativo (Rogers y Neumann, 2003).

El modelo patógeno explica la simulación como un medio para controlar una psicopatología grave y creciente. Así la exageración de síntomas cada vez sería menos deliberada hasta convertirse en algo involuntario, como la pseudología fantástica.

La simulación se utilizaría para controlar o negar una patología grave en eje I y II, para prevenir crisis emocionales o constituiría los pródromos dicha patología.

En el modelo criminológico la simulación se enmarca en el contexto más general de la conducta antisocial: lo característico es la motivación principal por mentir, déficits en expresión y experiencias afectivas y un estilo interpersonal impulsivo e irresponsable.

El desarrollo del modelo adaptativo pretende proporcionar un modelo explicativo de la simulación que deje de lado las consideraciones patologizantes o criminalizantes de los anteriores, para enfocarlo desde la teoría de la decisión, según la cual las decisiones se hacen bajo condiciones de incertidumbre y basadas en la probabilidad y utilidad esperadas (Kahneman y Tversky, 1984).

Según este modelo, la simulación es el resultado de un análisis de coste-beneficio en el que la enfermedad se utilizaría para obtener recompensas o evitar un problema o castigo y predice la presencia de simulación en la medida en que aparezcan tres condiciones:

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

Para Rogers y Neumann (2003), este es el modelo que mejor explica la simulación aunque los tres modelos no son excluyentes entre ellos.

Recientemente, González y Santamaría (2012) proponen una versión del modelo adaptativo que supone una valoración funcional de la conducta de simulación como estilo de respuesta ante la enfermedad, que no ha sido validado empíricamente todavía, y que concibe que la simulación, como cualquier conducta humana, tiene unos antecedentes que facilitan su aparición y unos consecuentes que refuerzan o extinguen su probabilidad de ocurrencia.

Así, ante un acontecimiento vital crítico donde exista la posibilidad de obtener un beneficio material externo, la opción de simular sintomatología discapacitante depende en buena medida de que el individuo perciba claramente que la recompensa es mayor que el castigo. Esta percepción puede estar mediada por variables antecedentes como pueden ser:

1. condiciones socio-laborales adversas: trabajos percibidos como motivacionalmente insatisfactorios, con escasos incentivos económicos y limitada proyección profesional así como problemas socioeconómicos, problemas familiares o conflictos laborales (Capilla, González y Santamaría, 2009; Samuel y Mittenberg, 2006;).
2. condiciones personales facilitadoras: algunos estudios vinculan los estilos de personalidad límite, antisocial y esquizotípica con una mayor tendencia a la simulación frente a otros estilos (Gallager, 1998; Mohino Justes, 2004; Wise, 2002;).
3. variables contextuales facilitadoras: será más probable que un individuo simule si se ha educado en modelos culturales más permisivos con las conductas de engaño, ocultación, mentira o simulación y si en su repertorio de aprendizaje han existido modelos de conducta centrados en la mentira y el engaño como estrategia de solución de problemas personales. También es más probable que se produzca la simulación si la conducta no tiene un coste inmediato de respuesta.

## 2.6 CRITERIOS DE SOSPECHA CLÍNICA

El proceso de identificación y determinación de la existencia de la simulación (existencia o ausencia de) se inicia con lo que se denomina “sospecha clínica” por parte de los profesionales implicados en el tratamiento y la rehabilitación del paciente. En gran parte, tradicionalmente, las sospechas clínicas sobre la simulación se fundamentan en discrepancias e inconsistencias entre el diagnóstico previo y la evolución del paciente, en comparación con lo que sería una evolución habitual y prototípica de un paciente tipo con la patología diagnosticada. Asimismo, la sospecha clínica incorpora aspectos de carácter contextual, motivacional, sintomatológicas, personal y conductual.

Samuel y Mittemberg (2006) realizaron una clasificación de aquellos aspectos que consideraron, a partir de la evidencia empírica de su trabajo en un contexto médico legal, más relevantes para la sospecha clínica de la simulación:

- 1) Motivación y circunstancias: son los incentivos económicos, la conducta antisocial, la insatisfacción profesional, los conflictos laborales, situación cercana a la jubilación, historia previa de engaño, simulación anterior.
- 2) Sintomatología: presencia de síntomas atípicos, exageración de la sintomatología, resultados en las pruebas estandarizadas y sintomatología incongruente con el curso normal de la patología.
- 3) Presentación en la entrevista: rapport complejo, poca cooperación con el evaluador, discrepancias entre los datos de la entrevista e historia clínica o documentación preexistente.
- 4) Actividad/conducta fuera de la entrevista: se refiere a la actividad laboral que realiza el individuo durante el proceso de reclamación, realización de actividades lúdicas, el buen funcionamiento a excepción de aquello relacionado con el desempeño de la actividad laboral y falta de compromiso

o adherencia al tratamiento.

Además, González, Capilla y Matalobos (2008) se centran en los indicadores clínicos de sospecha de simulación que presentan comúnmente los pacientes con patologías asociadas al dolor crónico en el contexto médico legal:

- Existencia de un beneficio externo: prolongaciones de baja laboral, indemnizaciones, discapacidad, incapacidad, etc.
- Discrepancia entre pruebas médicas objetivas y valoración subjetiva del dolor/discapacidad por parte del paciente.
- Respuestas atípicas o distorsionadas en las pruebas de auto informe utilizadas para la detección de la simulación: patrón de exageración de síntomas.
- Discrepancia entre pruebas de rendimiento logro cognitivo y la valoración subjetiva del dolor y discapacidad.
- Discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración subjetiva autoinformada del sufrimiento del paciente.
- Baja adherencia a las prescripciones y al tratamiento, médico o psicológico.
- Incongruencia entre signos y síntomas presentados con el curso teórico y previsible de la patología sufrida.
- Frecuencia, intensidad o duración de los síntomas superior al curso esperable de la patología.
- Duración del tratamiento muy por encima de lo esperable, sin base etiológica que explique la demora.
- Escasos/nulos avances terapéuticos.
- Recidivas contingentes o directamente relacionadas con la posibilidad del alta laboral.
- Predicción subjetiva del paciente del empeoramiento o falta de mejoría.

## 2.7 EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN

Teniendo en cuenta todas las dificultades inherentes que presenta la simulación para con su estudio, se han desarrollado protocolos detallados para la detección y evaluación de la conducta de simulación, basados en instrumentos, escalas y otros procedimientos empírica y metodológicamente válidos. El uso de protocolos sistemáticos debería asegurar una eficaz detección del paciente o sujeto simulador, maximizando además las garantías de identificar al que no lo es, minimizando los falsos positivos y viceversa.

Existen cuatro ideas principales sobre las que debería pivotar cualquier protocolo de evaluación de la simulación (Berry y Nelson, 2010):

- 1) Determinar existencia o no de incentivo externo o producción intencionada de síntomas.
- 2) La presencia de inconsistencias clínicamente relevantes entre las quejas sintomatológicas y la discapacidad subyacente atribuidas por el paciente, frente a otras evidencias de tipo físico o psicológico o social contrastables objetivamente.
- 3) La detección y evaluación de la simulación se realizará mediante un proceso multi método-multisistema. Se utilizarán diversas estrategias y procedimientos, a nivel físico, psicológico y psicosocial, todo ello con un carácter multidisciplinar.
- 4) La existencia o no de la simulación se fundamenta en la convergencia de datos de diferentes fuentes: la observación empírica, la experiencia, pruebas psicológicas, pruebas neuropsicológicas, médicas... No existen por el momento pruebas psicométricas diagnósticas exclusivas para detectar y evaluar la simulación.

Todos los criterios diagnósticos existentes, tanto los dimensionales como los multidimensionales, tienen en común que para considerar el diagnóstico de simulación es necesaria la presencia de incentivos externos que sean significativos para el sujeto.

Los incentivos externos comúnmente más estudiados son los de carácter económico es decir, la obtención de indemnizaciones, compensaciones económicas... También son incentivos externos significativos el mantenimiento de las bajas laborales y, en general, la obtención de beneficios mediante el litigio y los procedimientos judiciales. Esta afirmación no es extraña, ya que la evidencia empírica muestra que aquellos pacientes que reciben compensaciones por su enfermedad o que se encuentran en procesos litigantes, presentan paulatinamente un empeoramiento a largo plazo.

Cameron y Gabbe (2009) afirman que existe una relación temporal de carácter significativo entre la compensación económica y la demora en la recuperación de una lesión física.

Por otro lado, Rohling, Binder y Langhinrichsen-Rohling (1995), afirman en su meta análisis de estudios empíricos existentes que la existencia y magnitud del incentivo o compensación económica estaba significativamente asociada con el incremento en la severidad de la patología auto informada por los pacientes y también con el empeoramiento de la eficacia terapéutica.

Otros estudios reflejan que los pacientes litigantes presentan una mayor tendencia a la exageración de su sintomatología, en comparación con los pacientes no litigantes (Iverson y McCracken, 1997; Adams, Iverson, King, Scott, 2001; Berry y Granacher, 2008; Larrabbe, 2003; Payne y Rogers, 2006). No obstante hay que tomar el resultado de estas investigaciones con la necesaria cautela. No todos los sujetos o pacientes inmersos en procesos judiciales o a la espera de compensaciones económicas son simuladores.

Así la existencia de incentivos potenciales o compensaciones económicas son factores que contribuyen a explicar el fenómeno de la simulación, pero no son los únicos. A continuación se sintetizan y clasifican algunos incentivos según el contexto que podrían motivar a los sujetos para llevar a cabo conductas de simulación (Capilla, González, Santamaría, 2012):

**Tabla 3:** Principales objetivos de la simulación según el contexto

<b><u>Contexto</u></b>	<b><u>Objetivos de la simulación</u></b>
Médico legal	Mantenimiento de bajas laborales Obtención de pensiones por incapacidad Cobro de indemnizaciones y seguros
Forense	Atenuar la responsabilidad penal Progresión de grado penitenciario Obtención de beneficios en derecho civil
Clínico	Mantenimiento del rol de enfermo Refuerzo y apoyo social Obtención de medicación específica Obtención de informes médicos y psicológicos con exageración de la sintomatología

Existen multitud de objetivos más específicos que no han sido relatados para sintetizar, aunque a grandes rasgos los descritos son los que con más asiduidad se dan en los contextos médico legal, forense y clínico.



### **2.7.1 EVALUACIÓN MULTIMÉTODO-MULTISISTEMA-MULTIDISCIPLINAR**

La conducta humana se expresa mediante tres modalidades o sistemas (Fernández-Ballesteros, 2010): conducta cognitiva (pensamientos sentimientos o experiencia del sujeto), conducta psicofisiológica (relacionado con los diferentes sistemas orgánicos) y conducta motora (toda aquella conducta manifiesta que puede ser observable de forma externa). Se establece pues un cierto paralelismo entre la expresión de la conducta humana y la expresión de la conducta de simulación, entendiéndose la capacidad real de evaluar cada modalidad o sistema mediante métodos empíricamente validados que permitan obtener una información fidedigna y detallada de los aspectos cognitivos, fisiológicos y motores.

La estrategia de detección de la simulación es multimétodo, multisistema y multidisciplinar debido a las siguientes causas: a) multimétodo por el uso de diferentes herramientas empíricamente validadas para la obtención de datos relativos a factores característicos de la simulación, b) multisistema porque se tienen en cuenta los tres sistemas por los que se expresa la conducta humana y c) multidisciplinar porque en la evaluación de los diferentes sistemas y factores intervienen diferentes profesionales de la salud.

Toda evaluación de la conducta de simulación debe realizarse, además, incluyendo los siguientes modelos de evaluación (Capilla, González y Santamaría, 2012):

- **Evaluación médica (física)**

El profesional médico, especialmente en el contexto médico legal, es el primero que advierte las inconsistencias/discrepancias entre las quejas auto informadas y la evidencia física y patológica real. Existen una gran cantidad de métodos, técnicas y procedimientos complementarios que sirven de auxilio al profesional para refinar su diagnóstico inicial, incluyendo análisis, pruebas de

imagen y contraste, pruebas de función y pruebas bio-mecánicas. La información de la historia clínica junto con la exploración médica y las pruebas complementarias ayudarán a determinar la ausencia de base médica real para las quejas del paciente, recabar pruebas de inconsistencia entre los mecanismos de producción de la lesión y las quejas auto informadas y para determinar la existencia o no de exageración de los síntomas (no siempre necesariamente simulación como tal).

- **Evaluación mediante autoinforme**

Considerando que la evaluación mediante autoinforme incluye los datos obtenidos en la entrevista, cuestionarios, escalas e inventarios, a continuación se exponen los procedimientos y técnicas que presentan una mayor fiabilidad y validez en la detección de la simulación:

- Entrevista estructurada: La *Entrevista estructurada de síntomas informados SIRS-2* (Rogers, Sewell, y Gilliard, 2010) es el formato de entrevista estructurada con mayor validación empírica para la detección de la simulación de síntomas.
- Autoinformes multiescalares: Son instrumentos multiescalares de evaluación objetiva de la personalidad que presentan índices de validez útiles para la detección de la simulación. Entre ellos se encuentran el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2)* (Buchter, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kraemmer, 1999), el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI2RF)* (Ben-Porath y Tellegen, 2009) y el *Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI* (Morey, 2011).

En general, los instrumentos anteriormente citados pretenden detectar patrones de “mala imagen”, deseabilidad social/estilos de respuesta sobredimensionados, o patrones sintomatológicos excepcionales y poco probables.

- **Pruebas de screening**

El único instrumento de screening disponible en nuestro idioma, hoy por hoy, es el *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)* (Widows y Smith, 2005). Compuesto por 75 ítems de verdadero-falso, se caracteriza por su brevedad, su relativamente sencilla interpretación y su gran versatilidad, adaptándose a las diferentes necesidades que requieran los ámbitos clínicos, laborales, médico-legales y forenses.

La Puntuación Total del SIMS permite establecer la sospecha de simulación. Posteriormente, el análisis de las elevaciones en las puntuaciones de las escalas que lo componen (Psicosis, Deterioro neurológico, Trastornos amnésicos, Baja inteligencia y Trastornos afectivos) permite observar qué sintomatología se presenta de forma atípica, o bien, de qué manera el individuo intenta simular un trastorno en particular.

El SIMS puede ser utilizado como una primera prueba de cribaje: si el resultado fuese positivo (existencia de simulación), se iniciaría una evaluación más exhaustiva de la conducta de engaño. Otra forma de utilizar el SIMS es como medida concurrente o adicional con otras pruebas de autoinforme. Por regla general, los simuladores responden a la entrevista psicológica y a los instrumentos informando de una alta proporción de síntomas inusuales, en comparación con sujetos no simuladores. No sólo resultan interesantes los síntomas inusuales, sino también la combinación improbable y absurda de éstos. De igual forma presentan una tendencia hacia la verbalización de mayor número de síntomas obvios que la población clínica honesta y en muchas ocasiones siguen estereotipos patológicos disponibles en Internet y otras fuentes generales de acceso a la información (Rogers, Sewell y Gilliard, 2010).

Una vez presentados los diferentes autoinformes y las pruebas de screening hay que recordar que estos instrumentos están dirigidos a la detección de la simulación, ya que la determinación o diagnósticos estricto es tarea única del profesional de la salud, una vez que tiene todas las fuentes de información posibles, teniendo en cuenta siempre la existencia o no de un incentivo externo.

En este sentido, Rogers, Gillis y Bagby (1990) exponen que el simulador suele presentar un patrón de exageración de los síntomas con el fin último de mostrar una imagen devaluada de sí mismo, siguiendo el principio de “cuanto más mejor”, caracterizado por:

- 1) Distorsiones en las escalas de validez: pacientes simuladores presentan de forma sistemática distorsiones de respuesta relacionadas con la exageración de los síntomas (devaluación) y alta deseabilidad social, en relación con los pacientes honestos.
  
- 2) Perfiles clínicos sobredimensionados: debido a los sesgos de respuesta, es decir a las alteraciones en las escalas de validez, los simuladores puntúan en las pruebas de autoinforme presentando un deterioro psicopatológico mayor que el de los pacientes honestos con la misma patología, tanto en los cuestionarios de personalidad (Butcher, Pope y Seelen, 1993; Armayones y Torres, 2005; Bianchini, Etherton, Greve, Heinly y Meyers, 2008) como en las pruebas de screening como el SIMS (Smith y Burger, 1997; Merckelbach y Smith, 2003; González y Santamaría, 2010). Así, citando a Jones y Llewellyn (1917), se podría decir que *“el simulador ve menos que un ciego, oye menos que un sordo y está más lisiado que un paralítico”*.
  
- 3) Concurrencia de resultados interpruebas: el empleo conjunto de diferentes pruebas de autoinforme (por ejemplo el MMPI2 y el SIMS) puede aportar datos extra a la hora de cuantificar la exageración de los síntomas, al confirmarse así la existencia de similares patrones de respuesta en diferentes instrumentos estandarizados. Cuanta más evidencia y datos, cuantas más pruebas indiquen una tendencia a la exageración de síntomas, mayor certeza obtendrá el profesional evaluador a la hora de expresar sus conclusiones (Gonzalez y Santamaría, 2008 y 2009).

- **Evaluación neuropsicológica:**

En las pruebas de evaluación neuropsicológica, el patrón de los sujetos simuladores se suele caracterizar por un menor porcentaje de respuestas correctas en los ítems simples que en los ítems medios/difíciles. Además suelen presentar un nivel de deterioro más grave que los pacientes con deterioro neuropsicológico real (Frederick, 2003).

Por su parte, Bender y Rogers (2004) plantean la existencia de ciertas estrategias útiles para detectar simulación en pruebas neuropsicológicas, basadas en un deterioro excesivo y en la existencia de patrones inesperados.

- **Evaluación psicofisiológica:**

Actualmente la investigación psicofisiológica vinculada a la simulación es escasa. Existen procedimientos de medición fisiológica, más o menos avanzados, para la detección de la mentira, como son el polígrafo y otras. Las medidas psicofisiológicas más utilizadas son la tasa cardiaca, la tasa respiratoria, la respuesta galvánica de la piel y la dilatación de las pupilas. También existen medidas electrofisiológicas, con especial importancia el correlato onda P 300. El principal problema de las medidas fisiológicas se encuentra en la dificultad de aislar las variables extrañas y obtener una lectura clara, ya que estas variables están relacionadas con la mentira o la simulación pero también con una gama de sensaciones y emociones... De este modo su validez queda comprometida.

- **Evaluación observacional:**

Además de todo lo expuesto, es de gran utilidad la observación durante la entrevista de aquellas conductas que puedan llamar la atención y añadan información sobre la posibilidad de que el paciente sea un simulador. Según Resnick (2002), estas son algunas de las conductas observables asociadas a la simulación:

- Pacientes distantes, suspicaces, resentidos, no colaboradores, reservados, que suelen echar la culpa a los otros.
- Pacientes que tratan de evitar situaciones de evaluación a menos que sean estrictamente necesarias para obtener algún beneficio económico.
- Tienden a rechazar oportunidades laborales.
- Tienden a dar detalles muy específicos del accidente o lesión y sus secuelas, enfatizando aspectos negativos y discapacitantes.

Asimismo, también puede resultar útil la observación del lenguaje o indicadores no verbales. Así, durante la conducta de engaño el tono de voz es más elevado, se realizan menos movimientos expresivos de las extremidades, se realizan más pausas en el discurso, se emplean menos ilustraciones o se ilustra excesivamente, existe una mayor actividad neurovegetativa, puede aparecer desincronía en los patrones faciales de la emoción simulada y también entre la emoción manifestada verbalmente y la expresión facial asociada a esa emoción (De Paulo, 2003; Granhag, Hartwig y Strömwall, , 2004).

Además de la observación conductual durante la entrevista clínica, existen otras fuentes que aportan información valiosa: la observación interprofesional (comunicación multidisciplinar e interprofesional) y la observación mediante video en contextos evaluativos de ambientes naturales entre otras.

De Clue (2002) expresó que “ninguna puntuación aislada o combinación de puntuaciones en un test puede determinar por sí misma la presencia de simulación”. Es necesaria la exploración clínica cuidadosa, la detección de inconsistencias mediante el uso de distintas pruebas psicológicas, neuropsicológicas y físicas, observación de la conducta en distintos ámbitos y convergencia de los datos disponibles. Dicha determinación será como norma general realizada en términos de certeza diagnóstica de simulación posible, simulación probable y simulación confirmada.

## **3. MARCO EMPÍRICO**

### **3.1 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

La importante crisis económica y social que atraviesa la sociedad actual, con altas tasas de desempleo y malas condiciones laborales favorecen la aparición de conductas de fraude para poder subsistir, como por ejemplo obtener una prestación económica injustificada.

Este tipo de conductas fraudulentas suponen un enorme coste económico para el sistema socio-sanitario, las empresas y la sociedad en general.

Día tras día, en el trabajo diario de la Mutua colaboradora de la Seguridad Social Unión de Mutuas se observa como pacientes que se encuentran de baja médica por Contingencia Común no se muestran colaboradores y/o no responden a los tratamientos alargando así la situación de IT. Es de vital importancia, pues, detectar estas conductas fraudulentas para defender los derechos justos de quienes de verdad sufren la adversidad de una enfermedad o de un accidente, o bien de otros problemas que afecten a la calidad de vida de las personas (Ruano, 2009).

La psicología está bien dotada para la evaluación del trastorno mental, contando con numerosos y precisos instrumentos de evaluación, pero en el ámbito de la simulación y la exageración de síntomas la evaluación DSM resulta insuficiente, como hemos justificado en el marco teórico del presente trabajo. A lo largo de éste se ha presentado el modelo multidisciplinar-multimétodo que se propone como mejor estrategia para la detección y evaluación de la simulación, y hemos descrito el único instrumento de screening para la detección de la simulación existente hoy en día: el SIMS.

Además, tal y como se expuso en el marco teórico, la estimación de tasas de prevalencia en simulación es un asunto complejo ya que los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita llegar a conocer su prevalencia real.

Los objetivos de este estudio son:

- Describir el fenómeno de la simulación en el ámbito médico-legal
- Conocer cuál es el posible perfil sociodemográfico del paciente con sospecha de simulación

A partir de la literatura revisada a lo largo del presente trabajo se formula la siguiente hipótesis:

- El paciente con sospecha de simulación es de género femenino, de mediana edad, con estudios primarios, nivel socio-económico bajo y un puesto de trabajo poco gratificante.



## 3.2 MÉTODO

### 3.2.1 MUESTRA

La muestra está formada por 72 pacientes con edades comprendidas entre los 21 y 68 años de edad y que han acudido a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas durante el año 2015 en situación de ITCC, con un diagnóstico del espectro ansioso-depresivo y que superan en la escala *SIMS total* del SIMS la puntuación recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación (PD=16).

### 3.2.2 INSTRUMENTOS

- Recogida de datos sociodemográficos

En la primera entrevista de valoración se le entregó a cada paciente un documento elaborado ad hoc en la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas para cumplimentar los datos sociodemográficos que se describirán a continuación.

También se diseñó un cuadernillo de recogida de datos para rellenar con los datos sociodemográficos de cada paciente, así como con sus resultados en la prueba de screening SIMS, para facilitar la confección posterior de la base de datos.

Cabe destacar que estos datos sociodemográficos son referidos por el paciente, por lo que podría pasar que éste manipulara las respuestas. En nuestro trabajo diario y gracias al sistema informático “Chamán”, podemos contrastar determinados datos como si el paciente tiene un proceso judicial abierto con la empresa o si ha tenido bajas laborales previas (siempre que éstas hayan sido en nuestra Mutua).

Los datos recogidos fueron: número de historia clínica, edad, sexo, estado civil, estudios, nivel socioeconómico percibido, sector productivo actual, régimen laboral actual, tipo de contrato actual, tipo de jornada actual, baja en los últimos 2 años, proceso judicial con la empresa, y conflicto laboral:

-El *número de historia clínica* se registró para guardar la confidencialidad de los datos. Se hizo en el formato que genera el sistema informático “Chamán”: C00000000.

-Se registró la *edad* que tenía el paciente en el momento de la evaluación y en formato numérico.

-Se registró el sexo del paciente:

0 Hombre 1 Mujer

-El *estado civil* que refería el sujeto se clasificó en:

0 Soltero 1 Casado 2 Separado/divorciado 3 Pareja de hecho 4 Viudo

-El *nivel de estudios* finalizados que refería tener el sujeto se clasificó en:

0 Primarios 1 Secundarios 2 Universitarios 3 Sin escolarización

-El *nivel socioeconómico percibido* que refería el sujeto se clasificó en:

0 Bajo 1 Medio-Bajo 2 Medio 3 Medio-Alto 4 Alto 5 NS/NC

-El *sector productivo* al que refería pertenecer el desempeño laboral actual del sujeto se clasificó en:

0 Industria 1 Servicios 2 Agricultura 3 Funcionario

-El *régimen laboral actual* que refería el sujeto se clasificó en:

0 General 1 Autónomo 2 Empleado del hogar 3 Otros

-El *tipo de contrato* que refería tener el sujeto en la actualidad se clasificó en:

**0** Fijo **1** Temporal **2** ETT **3** Otros

-El *tipo de jornada laboral* que refería tener el sujeto en la actualidad se clasificó en:

**0** Completa **1** Parcial

-Si el sujeto refería *antecedentes de baja laboral en los últimos dos años* se registró de manera dicotómica:

**0** Sí **1** No

-Si el sujeto refería tener abierto un *proceso judicial con la empresa* se registró de manera dicotómica:

**0** Sí **1** No

-Si el sujeto refería tener un *conflicto con la empresa* se registró de manera dicotómica

**0** Sí **1** No

- Instrumentos de evaluación

Los participantes fueron evaluados con la adaptación española (González y Santamaría, 2009) del SIMS (Smith y Widows, 2005). En la versión española, los ítems del SIMS fueron traducidos y adaptados con el fin de evitar ambigüedades y localismos americanos (uso de dólares, mención al presidente de los Estados Unidos...).

La muestra está formada por 72 pacientes que igualaron o superaron en la puntuación total el punto de corte de esta prueba, que es de PD= 16.

El SIMS obtiene puntuaciones de las cinco escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

- Psicosis (Ps): evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real.
- Deterioro neurológico (Dn): evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
- Trastornos amnésicos (Am): evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
- Baja inteligencia (Bi): evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
- Trastornos afectivos (Af): evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

Dentro del proceso de adaptación del SIMS al español, Capilla, González y Santamaría (2008) realizaron un estudio en el que utilizaban dicho instrumento como herramienta para discriminar entre pacientes con dolor crónico litigantes y no litigantes. El SIMS se administró a cuatro grupos diferentes: grupo control, grupo con dolor crónico de espalda no litigante, dolor crónico de espalda litigante y fibromialgia litigante. Los autores encontraron que los grupos litigantes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el SIMS que el grupo no litigante y el grupo control, y que entre estos dos últimos no existían diferencias significativas.

El SIMS fue capaz de discriminar entre litigantes y no litigantes con una sensibilidad del 80%, una especificidad del 100% y un índice de exactitud global del 0.987.

### **3.2.3 PROCEDIMIENTO**

El paciente que acude a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas lo hace en situación de IT por enfermedad común y remitido por el Médico de ITCC, quien aplica unos criterios (anexo 1) para decidir si ese paciente es candidato a evaluación y/o tratamiento por parte de la Unidad,

Una vez es derivado a la Unidad de Psicología, se le cita para realizar la valoración psicológica que consiste en una entrevista semiestructurada y la administración del SIMS.

Todos los pacientes fueron informados sobre la voluntariedad y confidencialidad de la cesión de los datos para este estudio, y rellenaron un consentimiento informado.

Sistemáticamente se administró el SIMS a los pacientes que fueron derivados a la Unidad, y una vez obtenido el perfil se seleccionó para este estudio a aquellos que superaron la puntuación recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación y además estaban diagnosticados de algún trastorno del espectro ansioso-depresivo por el Servicio Público de Salud (los 72 que componen la muestra).

A estos pacientes se les hizo rellenar el documento con los datos sociodemográficos que se ha detallado más arriba.

Una vez obtenidos todos los datos del paciente, se transcribieron al cuadernillo de recogida de datos para facilitar su pase a la base de datos creada para el estudio.

### **3.2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS versión 22. Con el fin de obtener una descripción de la muestra, se han realizado análisis descriptivos de los datos recogidos. Para las variables cuantitativas se han obtenido medias y desviaciones típicas y para las variables categoriales se han realizado análisis de frecuencias.

### 3.3 RESULTADOS

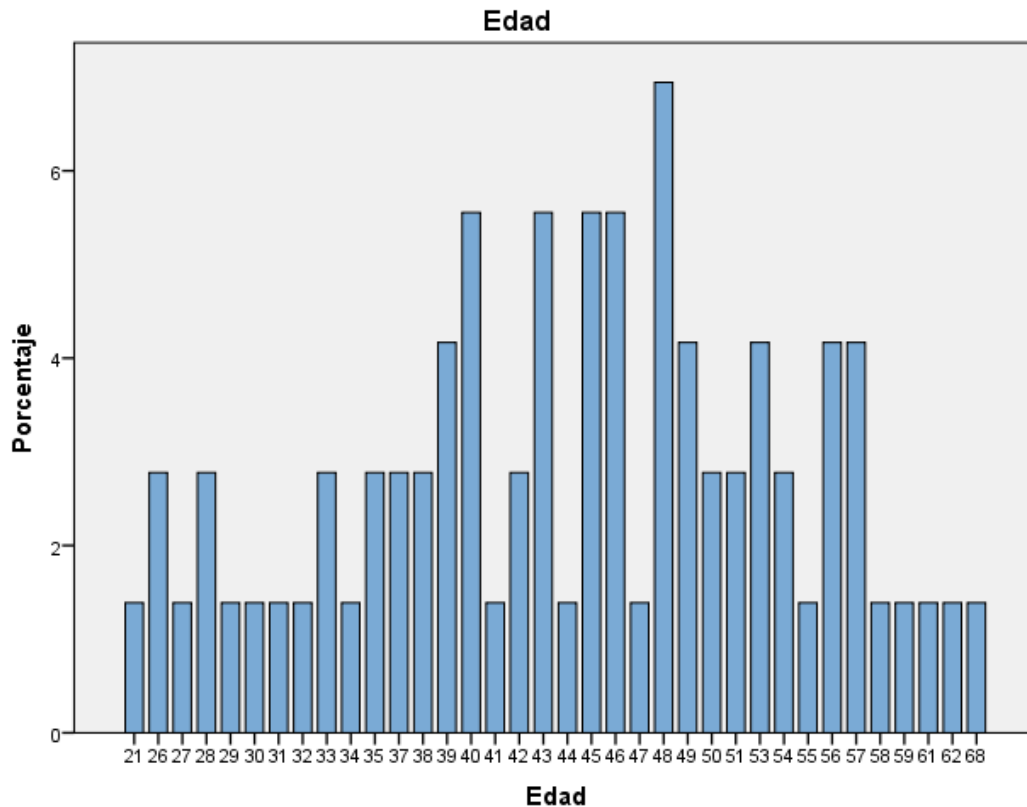
A continuación se presentan los hallazgos relacionados con las variables descritas, con el apoyo de estadísticos descriptivos y gráficos de porcentaje:

#### EDAD:

Los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 tienen edades comprendidas entre los 21 y 68 años.

La media de edad es de 44,24 años (DT=9,94).

**Figura 1:** Distribución de la muestra en función de la edad

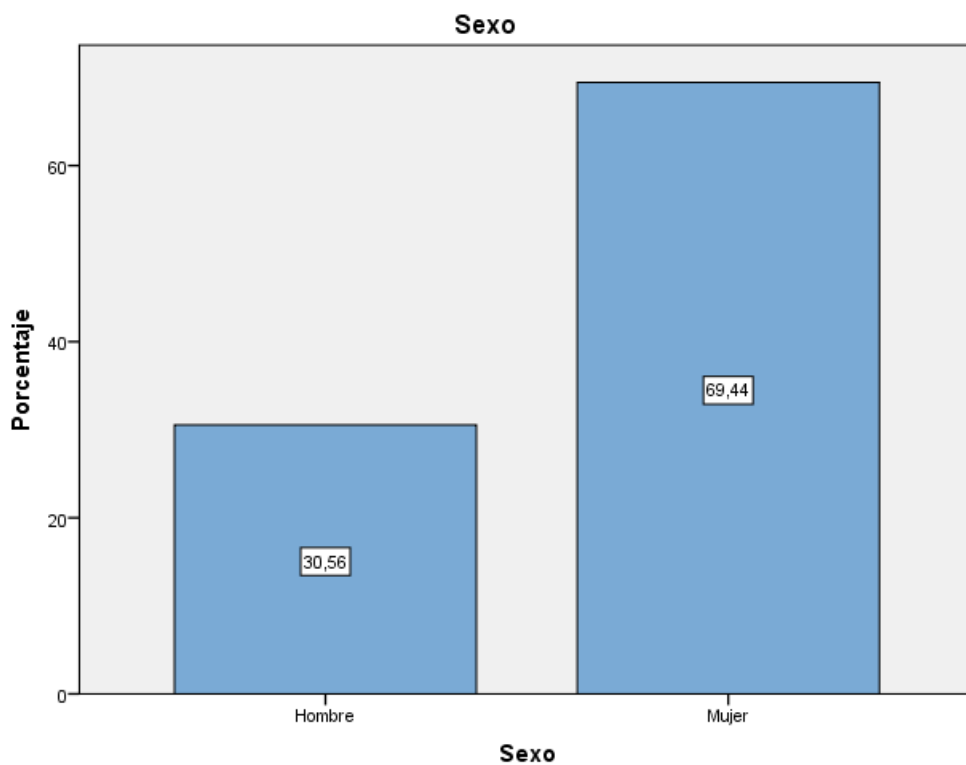




SEXO:

Un 69,4% de la muestra pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 fueron mujeres, frente al 30,6% que fueron hombres.

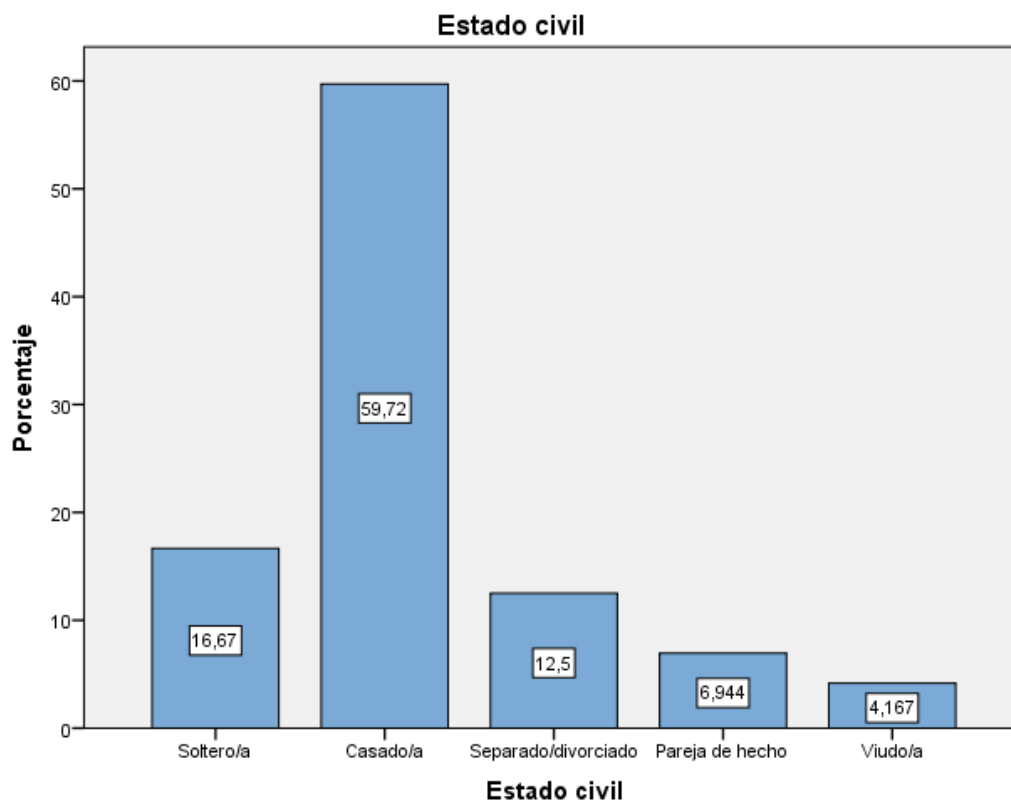
**Figura 2:** Distribución de la muestra en función del sexo



### ESTADO CIVIL:

Un 59,7% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían estar casados/as, seguido de un 16,7% que referían estar solteros/as, un 12,5% que referían estar separados/as o divorciados/as, un 6,9% que refería ser pareja de hecho y un 4,2% que refería ser viudo/a.

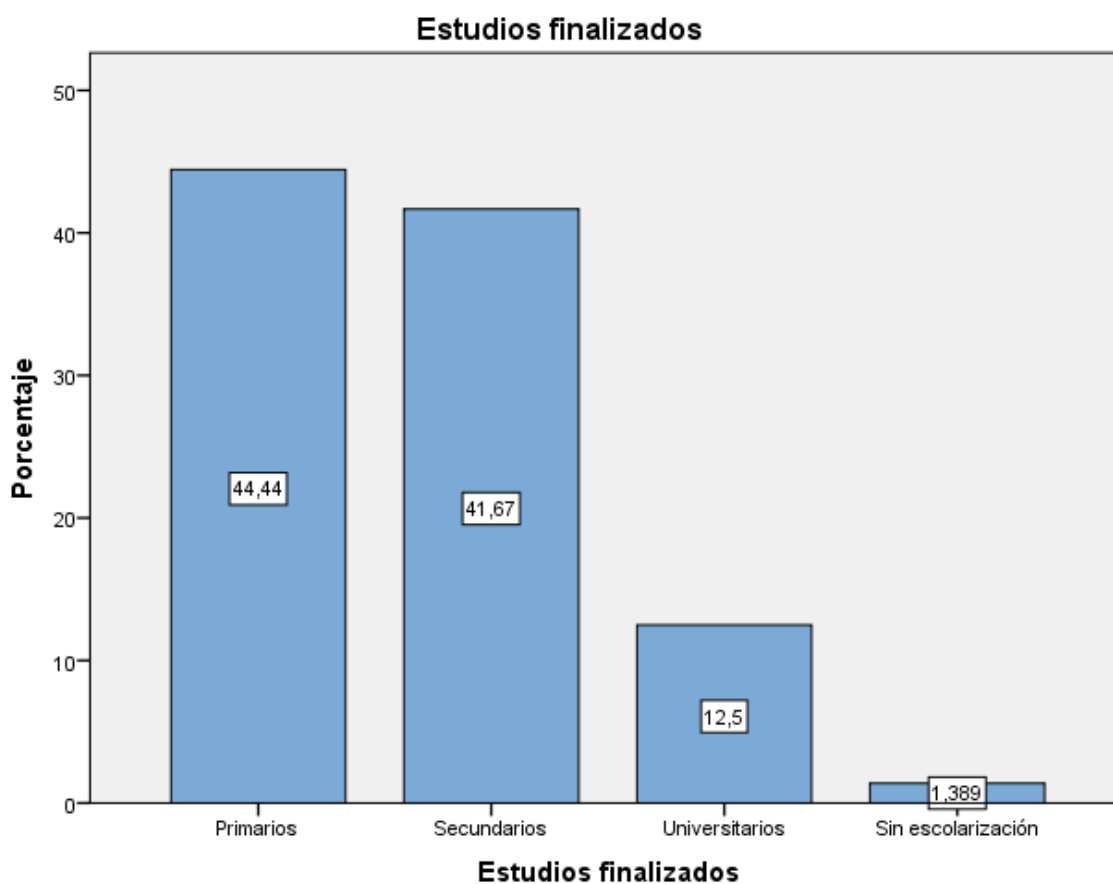
**Figura 3:** Distribución de la muestra en función del estado civil



### NIVEL DE ESTUDIOS:

Un 44,4% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían tener finalizados estudios primarios, seguido de un 41,7% que refería tener finalizados estudios secundarios, un 12,5% que refería tener finalizados estudios universitarios y un 1,4% que refería no tener escolarización.

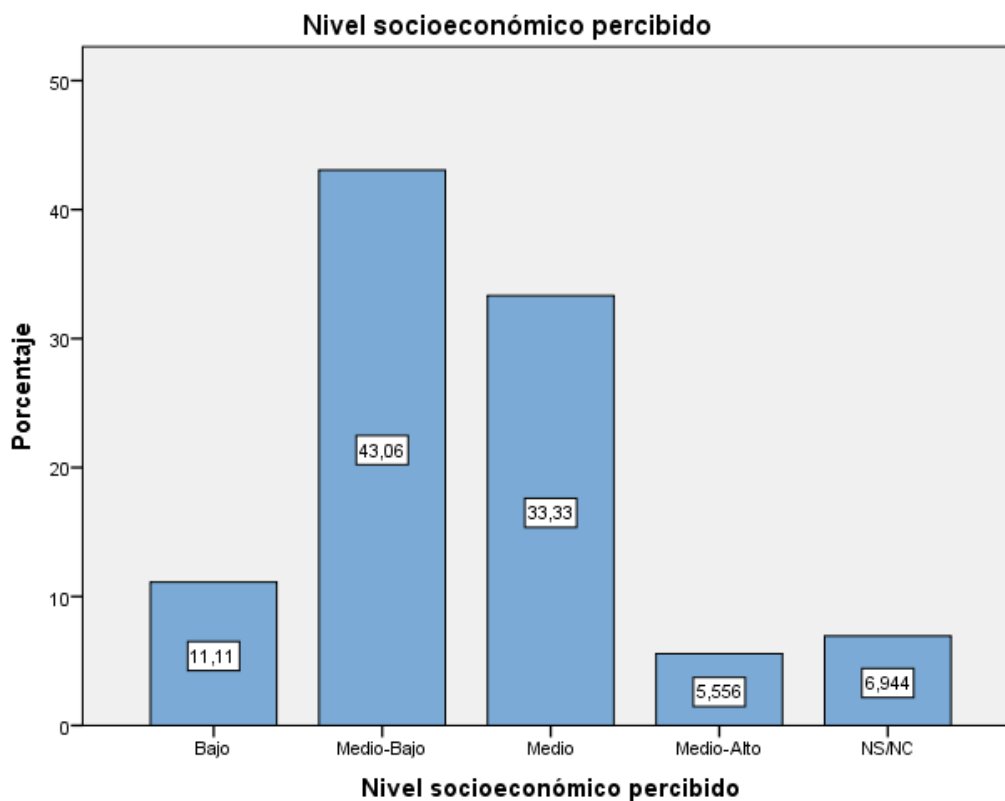
**Figura 4:** Distribución de la muestra en función del nivel de estudios



### NIVEL SOCIOECONÓMICO PERCIBIDO:

Un 43,1% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían tener un nivel socioeconómico medio-bajo, seguido de un 33,3% que refería tener un nivel socioeconómico medio, un 11,1% que refería tener un nivel socioeconómico bajo, un 5,6% que referían tener un nivel socioeconómico medio-alto y un 6,9% que prefirieron no contestar.

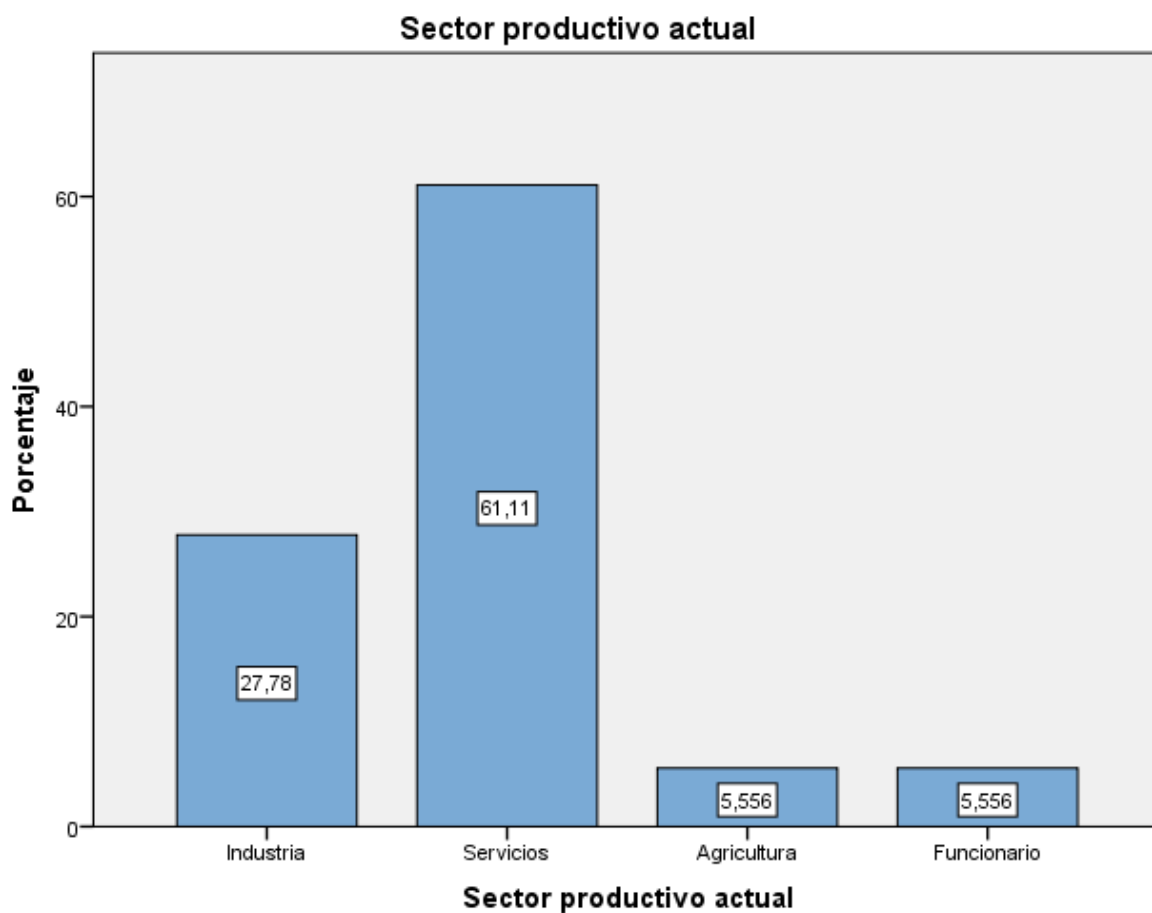
**Figura 5:** Distribución de la muestra en función del nivel socioeconómico



### SECTOR PRODUCTIVO ACTUAL:

Un 61,1% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían pertenecer al sector servicios, seguido de un 27,8% que refería pertenecer al sector industrial, un 5,6% que referían pertenecer al sector avícola y un 5,6% que refería ser funcionario.

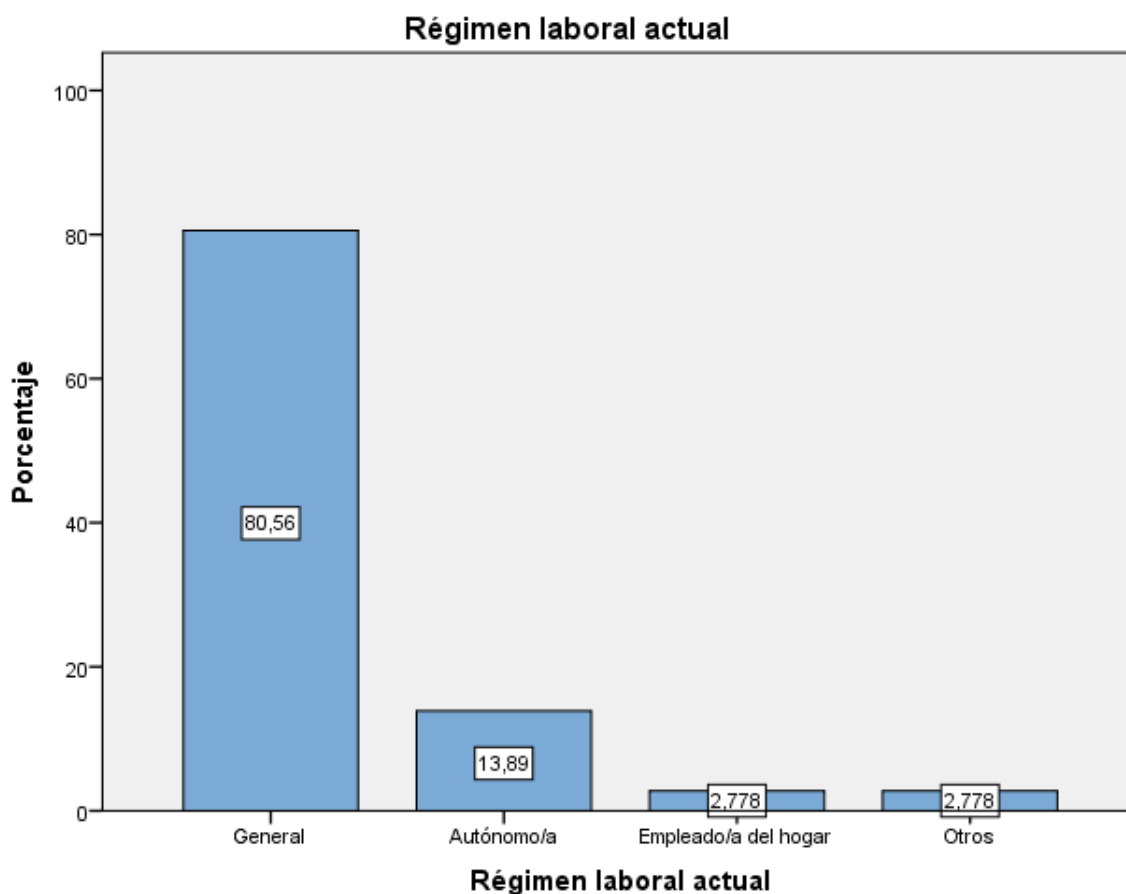
**Figura 6:** Distribución de la muestra en función del sector productivo



### REGIMEN LABORAL ACTUAL:

Un 80,6% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían tener un régimen laboral general, seguido de un 13,9% que refería ser autónomo, un 2,8% que referían ser empleado/a del hogar y un 2,8% otros.

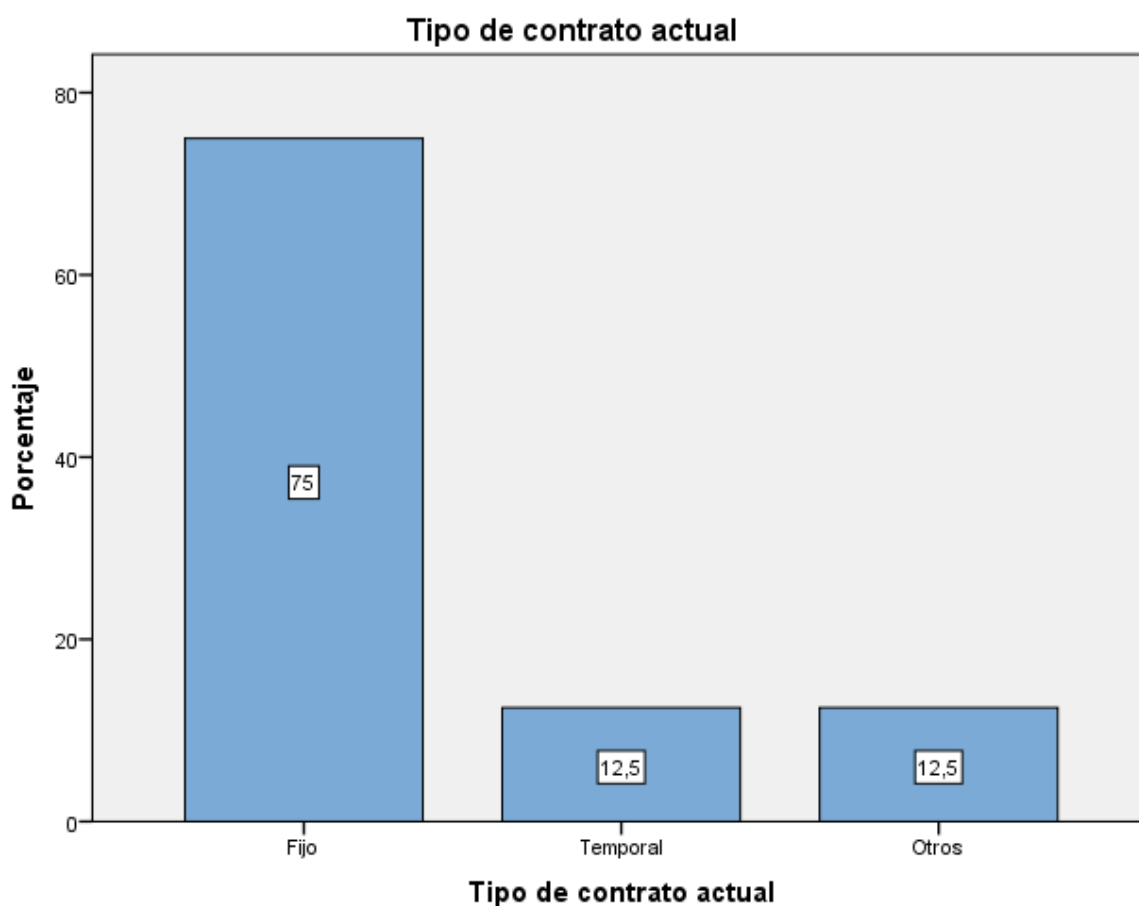
**Figura 7:** Distribución de la muestra en función del régimen laboral



### TIPO DE CONTRATO ACTUAL:

Un 75% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían tener un contrato fijo, seguido de un 12,5% que refería tener un contrato temporal y un 12,5% que referían otros.

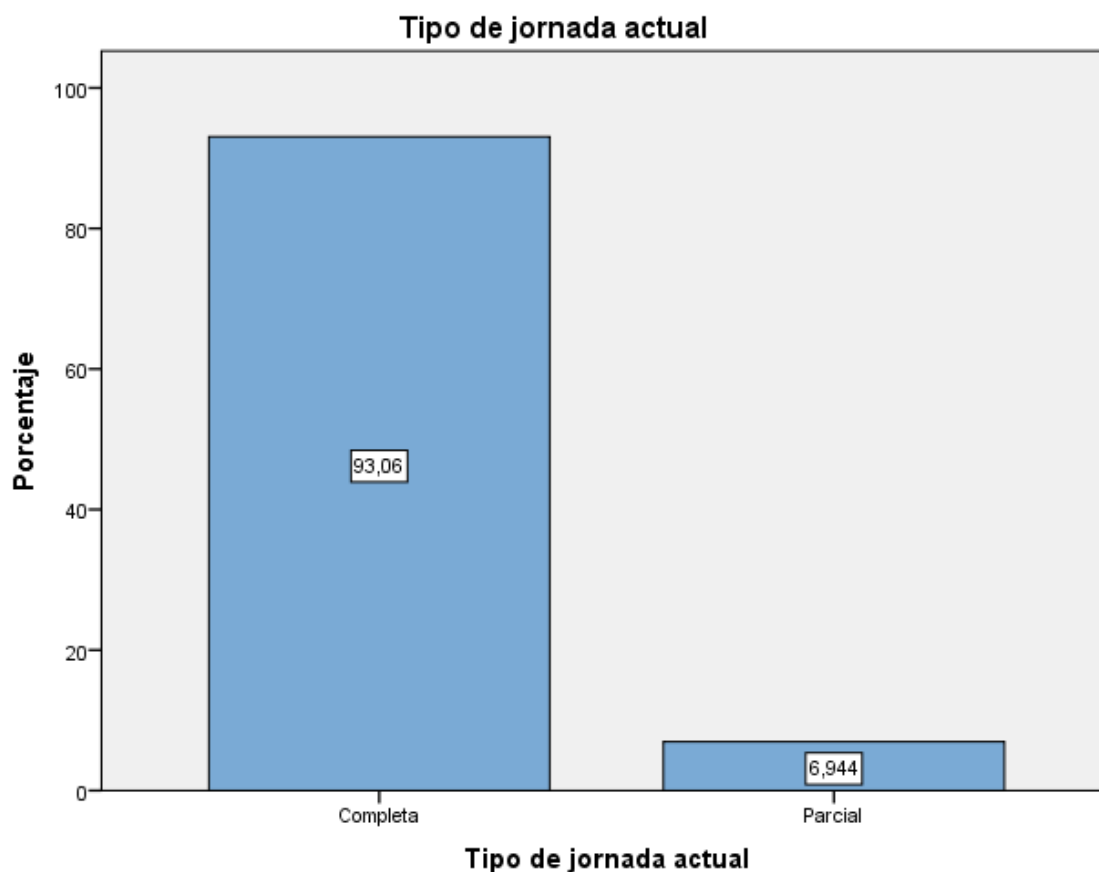
**Figura 8:** Distribución de la muestra en función del tipo de contrato



### TIPO DE JORNADA ACTUAL:

Un 93,1% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 referían tener jornada completa y un 6,9% refería tener jornada parcial.

**Figura 9:** Distribución de la muestra en función del tipo de jornada

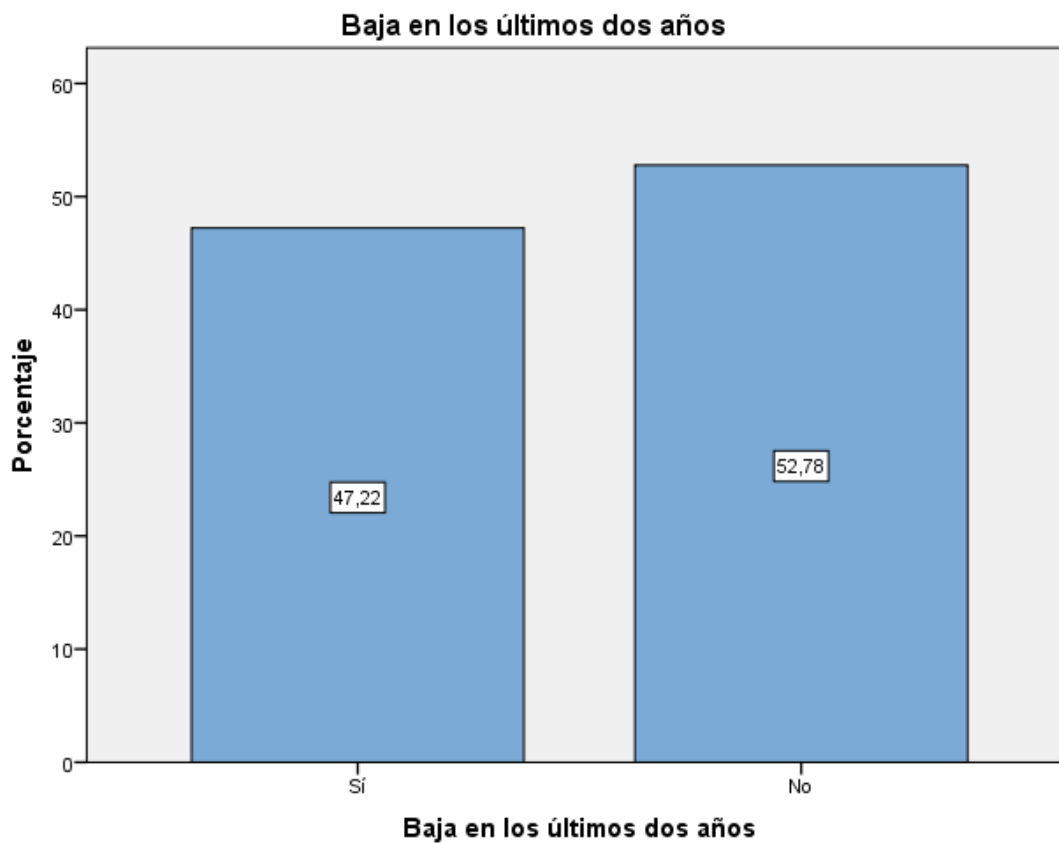




### BAJA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS:

Un 52,8% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 no refería haber tenido bajas laborales en los últimos dos años y un 47,2% sí.

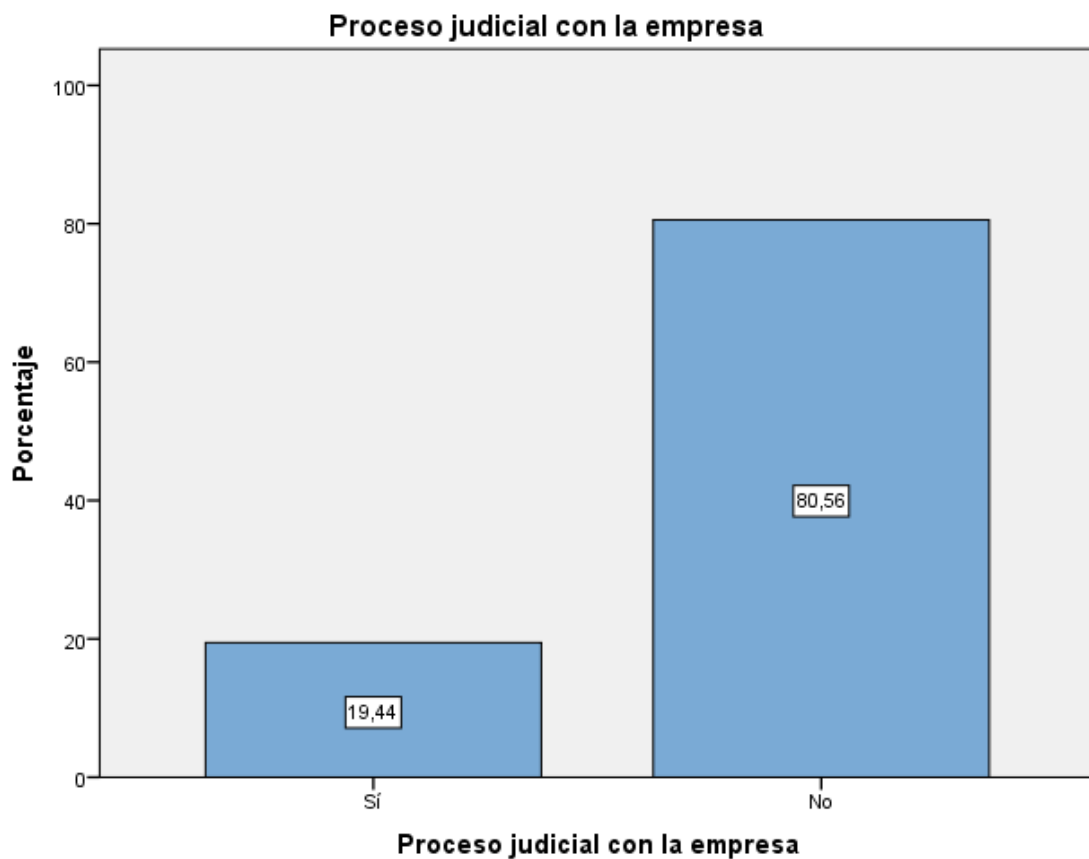
**Figura 10:** Distribución de la muestra en función de las bajas previas



### PROCESO JUDICIAL CON LA EMPRESA:

Un 80,6% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 no refería tener abierto un proceso judicial con la empresa y un 19,4% sí.

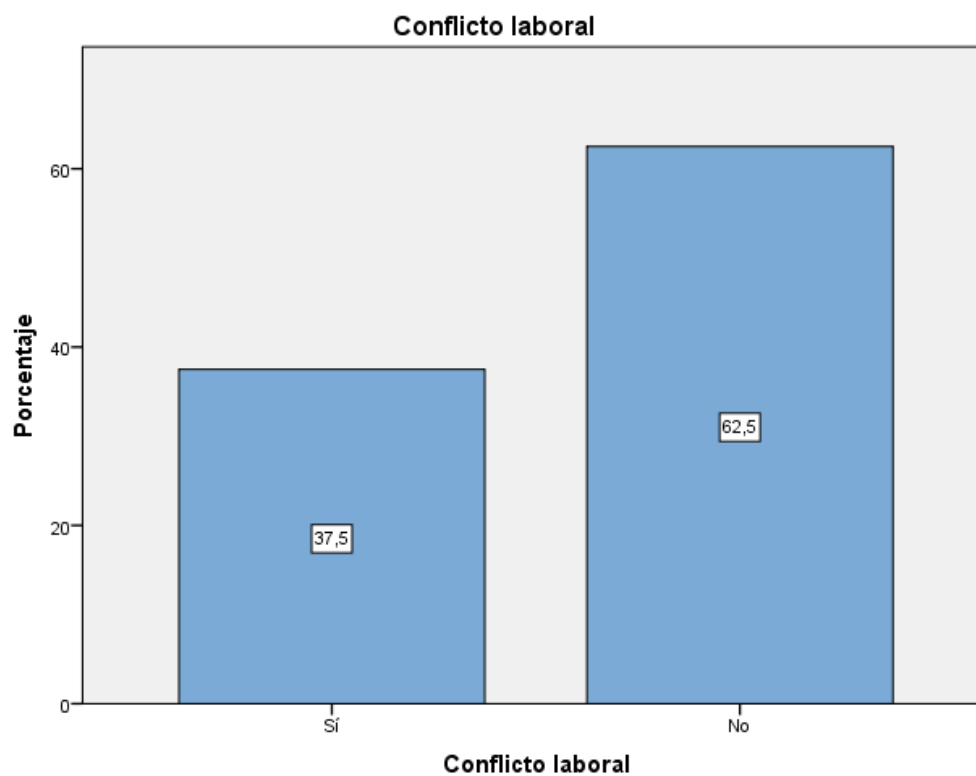
**Figura 11:** Distribución de la muestra en función de si el proceso está judicializado



### CONFLICTO LABORAL:

Un 62,5% de los pacientes con sospecha de simulación y diagnóstico del espectro ansioso-depresivo que acudieron a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas en situación de IT por Contingencia Común durante el año 2015 no refería tener conflicto laboral y un 37,7% sí.

**Figura 12:** Distribución de la muestra en función de si existe conflicto laboral



### 3.4 DISCUSIÓN

Los objetivos de este trabajo eran describir el fenómeno de la simulación en el ámbito médico-legal (desarrollado a lo largo del marco teórico) y conocer cuál es el posible perfil sociodemográfico del paciente con sospecha de simulación.

En cuanto al perfil sociodemográfico del paciente con sospecha de simulación valorado en Unión de Mutuas, los resultados muestran que la sospecha de simulación es más prevalente en edades medianas (concretamente la media de edad fue de 44,24 años), en mujeres (concretamente el 69.4% son mujeres, frente al 30.6% que son varones), en personas casadas, con estudios primarios, en niveles socio-económicos medio-bajos, en el sector servicios, en régimen laboral general, con contrato fijo y jornada completa, sin baja médica en los últimos dos años y sin proceso judicial ni conflicto laboral con la empresa.

Estos resultados concuerdan con algunos de los encontrados en la literatura científica, que asocian mayor prevalencia de incapacidad temporal y de sospecha de simulación en mujeres que en varones, a mayor edad, cuanto menores son los ingresos y los trabajos son menos satisfactorios (Alexanderson, Carstensen, Gjesdal y Karlsson, 2008; Bongers, Heymans, Steenstra y Verbeek, 2005; Gjesdal, Haug, Maeland y Ringdal, 2004; López, Marin, Quezada, Razo y Salinas, 2006).

Por ejemplo, el estudio de Alamillo, Aurrekoetxea, Sanzo y Zubero (2009) mostraba un incremento significativo de la reiteración en la incapacidad a partir de los 40 años, o el estudio de Benavides (2007) que observó una duración media en la incapacidad temporal más elevada en personas mayores de 40 años, mujeres y que trabajan en hostelería. No obstante, es necesaria más investigación para precisar y confirmar esta posible relación.

En concreto, en relación con la mayor prevalencia de mujeres, el estudio de Rogers (1998), basado en una encuesta a profesionales de la salud sobre el perfil prototípico del simulador, encontraba que en contextos no forenses era muy similar la tasa de varones y de mujeres (49.9%). El estudio de Brage, Nygard y Tellnes (1998) halló notables diferencias en la prevalencia y duración de las incapacidades temporales relacionadas con enfermedades musculoesqueléticas entre mujeres y varones, si bien dichas diferencias se veían significativamente reducidas si se controlaba la edad y el nivel de ingresos. Esto puede sugerir que las diferencias por sexo pueden ser explicadas, al menos parcialmente, por diferencias relacionadas con el nivel de ingresos, la profesión, la proyección profesional o las demandas sociales y familiares asociadas habitualmente al género femenino. Este es un punto interesante sobre el que investigar en futuros trabajos.

A la vista de los resultados cabe decir que el perfil sociodemográfico asociado a simulación hallado en el presente estudio encuentra condicionada su generalización a la incidentalidad de la muestra y a su reducido tamaño. Los resultados obtenidos también están fuertemente condicionados por el momento histórico actual y el marco legal existente en el mismo, por lo que su generalización no es posible.

La introducción de modificaciones legales a las prestaciones por incapacidad temporal o la situación del mercado laboral son factores que pueden afectar sensiblemente a la posible prevalencia de simulación. Siguiendo el modelo adaptativo, la simulación será más probable conforme mayores sean los incentivos, el contexto más adverso y no haya otras alternativas disponibles. Así, algunas investigaciones han mostrado cómo la introducción de modificaciones legales en el marco de indemnizaciones por lesiones han afectado de manera significativa a la prevalencia de la simulación (Loeser y Robinson, 2012).

Serán necesarias investigaciones que repliquen este estudio. Los resultados del mismo están restringidos al ámbito médico-legal y cabe esperar resultados muy diferentes en otros contextos.

### 3.5 CONCLUSIONES

A pesar de la relevancia de la simulación a nivel económico y profesional en el ámbito médico-legal, apenas existe investigación en España sobre su prevalencia y a qué perfil sociodemográfico suele vincularse.

No pueden compararse con la literatura científica los datos obtenidos en relación a las variables “proceso judicializado con la empresa” y “conflicto laboral”, puesto que no hemos encontrado estudios que recojan y analicen tales variables. Los datos hallados en el presente trabajo muestran que el paciente con sospecha de simulación que acude a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas no suele tener abierto un proceso judicial con la empresa, ni reconoce la existencia de algún conflicto laboral, hechos que podrían condicionar la obtención y el mantenimiento injustificados de la incapacidad temporal. Los resultados de la variable “baja en los últimos dos años” no son concluyentes puesto que los datos obtenidos a este respecto pueden ser fácilmente manipulados por los pacientes y no podemos contrastarlos.

Atendiendo a los datos hallados en el presente trabajo, el perfil sociodemográfico del paciente con sospecha de simulación que acude a la Unidad de Psicología de Unión de Mutuas parece encajar dentro del modelo adaptativo de la simulación propuesto por Rogers (2008) y Capilla, González y Santamaría (2012), que considera la respuesta de simulación como una elección adaptativa que supone el mejor balance coste-beneficio en un contexto adverso. La mayor tasa de simulación se asocia a personas de mediana edad, habitualmente con mayores cargas familiares asociadas, con trabajos poco estimulantes y bajos o moderados ingresos, que comienzan sufriendo originalmente algún tipo de lesión o trastorno y deciden prolongarlo en el tiempo para mantener los beneficios obtenidos de la baja, ya sean económicos o laborales.

Según los resultados obtenidos y atendiendo a la literatura científica disponible puede deducirse que:

- Simulan más aquellos sujetos con peores condiciones socio-económicas (menor nivel de ingresos o profesiones menos vocacionales) y de mediana edad, más motivados a considerar alternativas al trabajo para conseguir ingresos o mejores condiciones personales.
- Simulan como una alternativa que les surge para obtener beneficios externos a partir de una patología real que, o bien mantienen en el tiempo, o bien exageran.

Podemos concluir que es importante la investigación en el desarrollo de protocolos específicos de simulación que permitan la detección del paciente simulador, así como asegurar la determinación de que el paciente honesto realmente lo es y no es tratado como un falso positivo. El SIMS puede ser un instrumento de screening de gran utilidad a la hora de llevar a cabo este propósito, pero no debemos olvidar que para realizar una buena evaluación y un buen diagnóstico de simulación es necesaria la utilización convergente de múltiples métodos, fuentes y estrategias, mediante herramientas de screening, entrevistas, pruebas médicas y tests psicométricos.

Sería también importante en el futuro extender y comunicar los avances en el campo de la simulación a otros profesionales implicados como jueces, magistrados u otros profesionales de la salud.

Todo ello permitiría un mayor estudio y conocimiento de las características personales y motivacionales que llevan al simulador eventualmente a simular.



### 3.6 LIMITACIONES

En general se ha asumido, hasta hace pocas décadas, que la labor de detección de la simulación recaía principalmente en la impresión clínica del profesional de la salud, en el juicio clínico pero recientes estudios han mostrado que los profesionales implicados en la detección del engaño no destacan particularmente frente a la población general en su capacidad para detectar mentiras (Aamodt y Custer, 2006).

Poco a poco se ha ido tomando conciencia de la importancia de establecer un protocolo de evaluación de la simulación a aplicar sistemáticamente. A nivel internacional pueden encontrarse numerosos trabajos científicos dedicados a la detección de la simulación, también libros y monografías que describen instrumentos, estrategias y procedimientos. Pero en España el número de publicaciones es mucho menor, puesto que el estudio científico de la simulación es mucho más reciente en nuestro país. Esta es una de las limitaciones que he encontrado a la hora de documentarme para elaborar el presente trabajo.

Otra de las limitaciones que he encontrado ha sido la conceptualización de simulación en el DSM. Los criterios diagnósticos propuestos por este manual para considerar sospecha de simulación resultan demasiado limitados en su definición para considerarlos suficientemente fiables. En dicho manual la simulación se presenta como un constructor categorial, mientras que la simulación como estilo de respuesta es más bien dimensional, como se ha argumentado en el marco teórico, por lo que tal diagnóstico debería hacerse en base a información convergente obtenida a través de distintas fuentes de información.

Por último, otra limitación que he hallado a lo largo del trabajo ha sido la aplicación de un único instrumento de evaluación (SIMS). Como se ha visto más arriba, se trata de una prueba de screening muy útil a la hora de realizar un cribaje, pero para poder realizar un diagnóstico de simulación sería necesario administrar otros instrumentos psicométricos para finalmente valorar la convergencia de los resultados obtenidos en todos ellos.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- Alamillo, E., Aurrekoetxea, J., Sanzo, J. y Zubero, E. (2009). Repetición de procesos de incapacidad temporal según diagnóstico. *Atención primaria*, 41, 439-445.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría
- Benavides, F., Plana, M., Serra, C., Domínguez, R., Despuig, M., Aguirre, S. y Gimeno, D. (2007). Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 183-190.
- Benavides, F., Sáez, M., Barceló, M., Serra, C. y Mira, M. (1999). Incapacidad temporal: estrategias de análisis. *Gaceta sanitaria*, 13, 185-190
- Domínguez, A., López, R., Gordillo, F., Pérez, M., Gómez, A. y Fuente, J. (2013). Distorsión clínica y simulación en la Incapacidad Temporal: un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 29-45.
- Gjesdal, S., Ringdal, P., Haug, K. y Maeland, J. (2004) Predictors of disability pension in long-term sickness absence. Results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *The European Journal of Public Health*, 14, 398-405.
- Gonzalez, H., Capilla, P. y Matalobos, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y salud*, 19(3), 393-415.

- González, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gonzalez, H., Santamaría, P. (2012). Evaluación mediante autoinforme. En Gonzalez, H., Santamaria, P. y Capilla, P., *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (págs. 185-273). Madrid: TEA Ediciones.
- González, H., Santamaría, P. y Fernández P. (2010) Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas en el contexto médicolegal. *Edupsykhé*, 9 (1), 3-22.
- Karlsson, N., Carstensen, J., Gjesdal, S. y Alexanderson, K. (2008) Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *The European Journal of Public Health*, 18, 224-231.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. y Condit, D. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102. Resnick, P. (2002). Malingering. En Rosner, R., *Principles and practice of forensic psychiatry*, 2<sup>nd</sup> edition (págs. 543-554). New York: Chapman & Hall.
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. En Rogers, R., *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3<sup>o</sup> edición (págs. 3-13). Nueva York: Guilford-Press.
- Santamaría, P., Gonzalez, H. y Capilla, P. (2012). La simulación como estilo de respuesta. En Gonzalez, H., Santamaria, P. y Capilla, P., *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (págs. 185-273). Madrid: TEA Ediciones.

## 4. ANEXOS

### ANEXO 1: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA DE UNIÓN DE MUTUAS

#### Criterios de **EXCLUSIÓN**:

- Patología física comórbida que condiciona el alta más allá del tratamiento psicológico (*con excepciones*).
- Situación judicializada-casos en los que el alta médica dependa de la resolución judicial- (*con demanda o con intención de ponerla*).
- Patología dual (adicciones).
- Patología mental grave.
- Paciente con medicación psiquiátrica invalidante.
- Paciente sin posibilidad de reincorporación laboral (*Ejemplo: Autónomo sin trabajo de más de 60 años*).
- Antecedentes de bajas prolongadas por problemas psicológicos.

**Criterios de INCLUSIÓN:**

- Paciente motivado que solicite ayuda.
- Existencia de **sospecha de simulación** por parte del profesional sanitario – *médico evaluador*- que efectúa el seguimiento del proceso. (*Peritaje psicológico*).
- Trastorno Adaptativo (*CON/SIN problemática laboral*).
- Trastornos Afectivos Leves/Moderados.
- Trastornos de Ansiedad Leves/Moderados.

### Sospecha Simulación:

- Existe evidencia de incentivos externos significativos.
- Existencia de divergencias entre la valoración de la sintomatología subjetiva del paciente y la percibida en consulta clínica.
- Baja adherencia a las prescripciones médicas y al tratamiento.
- Frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas, se encuentran por encima de los parámetros esperados, sin base etiológica que lo justifique.
- Escasos o nulos avances terapéuticos.
- El paciente “predice” empeoramiento, falta de mejoría; incluso aparecen recidivas u otras patologías ante la posibilidad del alta laboral.
- Colaboración del paciente.
- Existencia de anteriores situaciones de incapacidad del paciente.