



Original
Artículo español

Análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal (Baja Laboral)

Psychometric analysis of simulated psychopathology during sick leave

Ignacio Jáuregui Lobera

Instituto de Ciencias de la Conducta y Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. España

Resumen

La simulación desde una perspectiva categorial, diagnóstica, ha ido dando paso a una visión más dimensional, por lo que es posible establecer “grados” de simulación. Para analizar, desde una perspectiva psicométrica, la posible predicción de conducta simulada sobre la base de instrumentos de medida de uso en psicopatología, el Objetivo del presente trabajo fue analizar posibles predictores de las puntuaciones en el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS), considerando como variables dependientes (VD) la puntuación total en el SIMS, las puntuaciones de las subescalas del SIMS y los puntos de corte de la prueba habitualmente sugeridos para discriminar entre “no sospecha de simulación”/“sospecha de simulación”, y que son 14 y 16. En cuanto posibles predictores se establecieron una serie de variables: a) categóricas (sexo, tipo de tratamiento -psicofarmacológico, psicoterapéutico, combinado-, tipo de actividad laboral, ser trabajador autónomo o no, presencia o no de antecedentes -de interés psicopatológico-familiares, personales y ambos, presencia o no de patología física asociada, diagnóstico -según la CIE-10- y propuesta realizada -alta laboral, continuar de baja, propuesta de incapacidad permanente-); y b) continuas (percepción de estrés -general y actual-, autoestima, resultados del cuestionario de screening para trastornos de personalidad y puntuaciones en un cuestionario de síntomas. Además, se llevó a cabo un estudio descriptivo de todas las variables y se analizaron posibles diferencias de género.

Palabras clave

Simulación; baja médica laboral; psicopatología; psicometría; predictores

Abstract

Simulation from a categorical or diagnostic perspective, has turned into a more dimensional point of view, so it is possible to establish different “levels” of simulation. In order to analyse, from a psychometric perspective, the possible prediction of simulated behaviour based on common measures of general psychopathology, the objective of the current study was to analyse possible predictors of the Structured Symptomatic Simulation Inventory (SIMS) scores considering as dependent variables the total SIMS score, the SIMS subscales scores, and the cut-off points usually suggested to discriminate between “no suspected simulation”/“suspected simulation”, which usually are 14 and 16. In terms of possible predictors, a set of variables were established: a) categorical (sex, type of treatment - psychopharmacological, psychotherapeutic, combined-, type of work activity, being self-employed or not, presence-absence of a history of psychopathology (both familial and personal), presence or not of associated physical pathology, diagnosis -according to ICD-

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ijl@tcasevilla.com (Ignacio Jáuregui Lobera).

Recibido el 15 de octubre de 2017; aceptado el 23 de octubre de 2017.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:
Articles published in this journal are licensed with a:
Creative Commons Attribution 4.0.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

10- and the final proposal -return to work, sick leave extended, proposal of permanent work incapacity-); and b) continuous (perceived stress -general and current), self-esteem, results of a screening questionnaire for personality disorders and scores on a symptoms questionnaire. In addition, a descriptive study of all variables was carried out and possible differences of genre were analysed.

Keywords

Simulation; sick leave of work; psychopathology; psychometry; predictors

Introducción

Conceptos y definición

La simulación (del latín, *simulare*) es, etimológicamente, representar algo, fingiendo o imitando lo que no es ⁽¹⁾. Se ha dicho que, desde el punto de vista psicológico, la simulación es equivalente al engaño, aunque debe darse con una expresión verbal o apreciable de una “no-verdad”, requiriendo una expresión psicomotora, es decir, es una mentira plástica, por lo que es imprescindible la ejecución de ciertos actos o la reproducción de algunas actividades que carezcan de motivación real. En todo caso, siempre está encaminada a conseguir diversos fines o ventajas personales a las que no se tendría acceso sin el fraude ⁽²⁾. En cuanto a la terminología, el inglés tiene distintas acepciones según la conducta simuladora. Así, se alude a *dissimulation* o *deception* (encubrimiento), *faking* (fingimiento o engaño) o *malingering* (invención consciente y deliberada de trastornos). Junto con estas cuestiones propias del lenguaje y generales, en el ámbito clínico es con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (1980) cuando la simulación entra a formar parte de las clasificaciones de los trastornos mentales ⁽³⁾. Desde entonces, las distintas ediciones del citado manual han contemplado este concepto con pequeños cambios hasta llegar a la más reciente de dichas ediciones (DSM-5, 2013) ⁽⁴⁾. La DSM-5 define la simulación 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*. Se añade también que *en determinadas circunstancias puede constituir un comportamiento adaptativo, por ejemplo, fingir una enfermedad cuando se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra*. Por otro lado, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10, 1992) ⁽⁵⁾, define la simulación como la *producción intencional o el fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas motivadas por incentivos o estrés externos*.

La conducta de simulación

El hecho de que tanto un sistema clasificatorio como otro incluyan la simulación, no significa que aparezca codificada como trastorno mental, por lo que no cabe hablar de “diagnóstico de simulación” sino más bien debe entenderse como un estilo de conducta fraudulento centrado en el engaño sobre la enfermedad y la discapacidad. Uno de los elementos de interés, por cuanto no se trata de un diagnóstico sino antes bien de un estilo de conducta, es cuándo sospechar su existencia. En este sentido, la antedicha DSM-5 apunta a cuatro elementos clave para dicha sospecha: a) contexto médico legal de la presentación (por ejemplo, el individuo ha sido remitido al clínico por un abogado para que lo examine, o el propio individuo viene por voluntad propia estando en pleno proceso judicial o a la espera de acusación); b) marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad que cita el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos; c) falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y para cumplir la pauta de tratamiento prescrito; y d) la presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

A la sospecha de la existencia de una conducta de simulación hay que añadir otro elemento crucial: ¿de cuántas formas puede presentarse dicha conducta? En este sentido la DSM-5 ofrece algún dato ya que considera posibles la “falsedad” y la “exageración”. Previamente, algún autor ya había apuntado en esa dirección al distinguir entre el fingimiento de un trastorno inexistente (simulación pura o *pure malingering*) y la exageración de síntomas presentes o de un trastorno ya superado (simulación parcial o *partial malingering*)⁽⁶⁾. Antes también se había diferenciado entre síntomas inventados (engaño), exagerados o perseverados (los síntomas que en algún momento estuvieron presentes han cesado, pero se continúa alegando su presencia)⁽⁷⁾. Mucho más recientemente, se han considerado: a) simular *ex novo* síntomas y sus correlatos clínicos; b) exagerar de forma flagrante una discapacidad o alteración causada por una patología real, motivo de cierto grado de compensación o discapacidad; y (c) atribuir fraudulentamente determinados síntomas reales a una causa o condición que pueda ser indemnizable o compensable (*false imputation*)⁽⁸⁾. De todas estas variantes conductuales se desprende que la existencia de síntomas reales no excluye la conducta de simulación⁽⁹⁾. Diversos autores han reflejado “indicadores de simulación”, “elementos de sospecha” en el contexto médico-legal, datos relacionados con la simulación del dolor e “índices de sospecha”⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Dejado claro que la simulación no es un diagnóstico, lo cierto es que su existencia o no (se cumplen criterios o no) hace que se incluya de forma categorial en clasificaciones como la mencionada DSM^(3,4). Siguiendo esta aproximación categorial basada en criterios, se ha comprobado que por cada simulador que es correctamente identificado, cuatro pacientes “reales” son erróneamente clasificados como simuladores, es decir, se incrementa notablemente el número de falsos positivos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Este modelo de “diagnóstico” ha ido dando paso a otro más “adaptativo” que considera la simulación como un resultado del balance costes-beneficios en el que el individuo ve en la simulación la “mejor” solución a la vista de dicho balance. Además, cabría hablar de grados, es decir, se pasa a un enfoque más dimensional por lo que es posible establecer “sospecha de simulación”, “posible simulación”, “probable simulación” y “clara existencia de simulación”, a diferencia de la visión categorial del DSM⁽¹⁸⁾. Un dato extremadamente frecuente de cara a la inicial sospecha resulta ser el hecho de que los simuladores parecen responder a los diversos auto-informes presentando un patrón de exageración de síntomas con el fin de reflejar “su peor imagen posible”, mucho más deteriorada que los individuos que presentan una patología similar pero que responden honestamente, siguiendo el principio de “cuanto más, mejor”⁽¹⁹⁾.

Contextos y trastornos simulados

Tipos de trastornos simulados y contexto de la simulación son dos elementos bien estudiados. Así, la literatura científica se ha centrado principalmente en el estudio de la simulación de trastornos psicopatológicos, el deterioro cognitivo y el dolor y discapacidad asociados a diversas dolencias médicas⁽²⁰⁾. En cuanto al ámbito de presentación, cabe destacar un estudio que aporta los siguientes datos de prevalencia de la simulación: a) lesiones personales, 29%; b) discapacidad o indemnización laboral, 30%; c) casos criminales, 19%; y d) casos procedentes de la medicina general o psiquiatría, 8%⁽²¹⁾. A la vista de estos datos, el ámbito vinculado a la valoración de la discapacidad y a los posibles beneficios laborales y socioeconómicos derivados de la misma es el que presenta mayor prevalencia de simulación (ello sin tener en cuenta que muchos de los casos procedentes de otros ámbitos pueden implicar posteriormente bajas laborales, largos procesos de rehabilitación y valoración de discapacidad con implicaciones económicas).

Con expresa referencia a los trastornos psicopatológicos simulados, en el citado estudio⁽²¹⁾ se mencionan los siguientes datos de prevalencia: trastornos por depresión, 14,9%; trastornos de ansiedad, 13,5%; trastornos disociativos, 10,5%. No obstante, los citados autores incluyen alteraciones psicopatológicas en otros apartados al mencionar, por ejemplo, el dolor o *trastornos somatomorfos* con un 31,4%. En otro trabajo se señala que, entre las patologías susceptibles de simulación, los médicos encuestados mencionan en un 50% la ansiedad y depresión⁽²²⁾. Una

cuestión que se ha venido planteando es si el hecho de simular no implicaría *per se* la existencia de alguna alteración psicopatológica. Así, en el llamado trastorno facticio la persona finge síntomas físicos o psicológicos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. En la DSM-5 se distingue entre el fingimiento hecho sobre uno mismo o sobre otro y se incluye este trastorno entre los somatomorfos⁽⁴⁾. En el trastorno histriónico de la personalidad estos síntomas “simulados” obedecerían a una falta de control sobre la conducta, por ejemplo, manipuladora. Pero ahondando en este terreno, hay quien sostiene que la persona simuladora presentaría alguna alteración psicopatológica pues nadie “sin patología” elegiría un camino como el que supone llevar a cabo una conducta simulada para obtener tal o cual beneficio. En todo caso, en el ámbito jurídico-legal hay intención o no la hay⁽²³⁾. Pero si en lo jurídico hay intención o no, desde el punto de vista psicológico se ha estudiado también la motivación que subyace a la conducta de simulación. Podría verse la simulación desde una perspectiva “patógena” (la simulación sería un síntoma o presentación clínica no controlada de un trastorno mental crónico y progresivo; así la exageración de síntomas cada vez sería menos deliberada hasta convertirse en algo involuntario, como en los casos de mentira patológica o pseudología fantástica), “criminológica” (lo característico sería la motivación principal por mentir, de manera que la simulación dependería de las ventajas situacionales que se presenten, como en el trastorno antisocial de la personalidad) o “adaptativa” (la simulación sería resultado de un análisis de coste-beneficio, esto es, se utiliza la enfermedad para obtener recompensas económicas, evitación de deberes y obligaciones, etc.)^(16, 24, 25). Para algunos autores, la concepción adaptativa es la que mejor se ajusta a la simulación y, en todo caso, los diferentes elementos motivadores señalados no resultan excluyentes entre sí⁽²⁵⁾.

Como trastornos psicopatológicos específicos (además de los ya mencionados ansiedad y depresión) que suelen ser, con mayor frecuencia, objeto de simulación, se han citado el trastorno de estrés postraumático⁽²⁶⁾, muchas veces de forma vaga, artificiosa y forzada⁽²⁷⁾, el síndrome subjetivo postraumático⁽²⁶⁾, la amnesia (lo más frecuentemente simulado entre los trastornos cognitivos)⁽²⁷⁾ y las psicosis⁽¹⁴⁾.

Incidencia, prevalencia

Considerando el modelo conceptual actual, dimensional y no categorial, y el enfoque “adaptativo” de la simulación, resulta difícil conocer la verdadera prevalencia de las conductas de simulación ya que cabe desde “simular un poco” a hacerlo en una situación sí, pero en otra no, etc. Aunque se ha mencionado algún dato general, merece destacarse que en estudios norteamericanos se ha sugerido una prevalencia de simulación del 7% en la práctica clínica general^(21, 28, 29), un 14%-30% cuando se trata de solicitar discapacidades o indemnizaciones^(21,28-30), un 30%-50% en contextos forenses⁽³⁰⁻³⁴⁾ y un 20%-50% para la simulación del dolor⁽³⁵⁻³⁹⁾. En cuanto a estudios europeos, las ratios oscilan entre un mínimo del 23%⁽⁴⁰⁾ hasta incluso un 61%⁽⁴¹⁾. En España se ha señalado que la presencia de la simulación que aprecian los profesionales está cercana al 50%, particularmente en trastornos muy frecuentes y prevalentes en la población como son los trastornos por dolor crónico (esguince cervical, lumbalgia y cervicalgia) y los afectivos y emocionales (ansiedad y depresión)⁽⁴²⁾.

Consecuencias

Se presente como se presente y comporte distintas motivaciones, la simulación, considerada como conducta fraudulenta, da lugar a importantes consecuencias en la economía general, originando cargas injustificadas y potenciando, lo que se ha venido en llamar “la cultura de la pensión”. Por ello, incluso aunque el sujeto no consiga lo que quiere, simplemente con sus acciones, va a ocasionar unos gastos sociales (gastos de fraude)⁽²⁶⁾, que recaen sobre la sociedad en general y sobre diversas Instituciones en particular. Entre los citados gastos hay que destacar los farmacéuticos, hospitalarios, relacionados con pruebas diagnósticas, de situaciones de incapacidad, menor

productividad, etc. En cuanto a Instituciones que soportan las consecuencias es fácil apuntar a entidades como la Hacienda Pública, Seguridad Social, Mutuas, entidades aseguradoras, empresas, etc.

En el terreno laboral ⁽⁴³⁾, se han subrayado los distintos aspectos que se destacan en función de dos situaciones diferenciadas. Así, en el caso de la situación de Incapacidad Temporal (IT) o baja laboral puede observarse la simulación o exageración de sintomatología con intención de conseguir el parte de baja y, una vez obtenida dicha baja (con o sin razón clínica), se sigue refiriendo persistencia de clínica con intención de mantenerla. También se puede buscar dicha baja en la proximidad de la finalización de un contrato, o inmediatamente antes de concluir la percepción de las prestaciones por desempleo. Resulta frecuente también el simultanear la situación de baja con una actividad laboral y, finalmente, hay personas que no tienen carencia (tienen cotizaciones suficientes para optar a una incapacidad permanente) y buscan/alargan procesos de incapacidad temporal para intentar conseguirla. Por su parte, en la Incapacidad Permanente (IP) puede darse la suplantación o sustitución (simulación) de persona, parecidos (hermanos, gemelos, etc.) o no, lo que se soluciona con el requerimiento, en todo reconocimiento tanto en IT como IP, de que se acredite la identidad, mediante documento oficial vigente. También se observa la simulación de la profesión, de modo que la persona simuladora referirá profesiones generales, sin especificar puesto de trabajo, alegará trabajos con riesgo, de esfuerzo físico o psíquico intenso, citará como profesión aquélla que más tiempo ha realizado en su vida laboral, y no la que realizaba al iniciar el proceso de IT/IP, puede referir cambios (recalificaciones) profesionales falsos durante la reestructuración de plantilla, etc. Es posible también la falsificación de pruebas médicas, usando las de otras personas, o manipulando/falsificando informes, obteniendo informes médicos de complacencia, alta con afiliación a la Seguridad Social a una edad avanzada existiendo patologías incapacitantes, conducta de disimulación de una enfermedad para afiliación a una actividad y lograr posteriormente una calificación de enfermedad profesional, etc. Y en el caso de accidentes de trabajo cabe alterar la cronología de los hechos (por ejemplo alterar la fecha y hora del comienzo de la clínica para que sea accidente de trabajo, bien en lugar de accidente no laboral, o bien en lugar de enfermedad común) o alterar y simular en la confección del parte de accidente, con acuerdo entre el trabajador y la empresa, alterando las circunstancias del mismo, el horario y la fecha en que ocurrió el suceso, etc., bien con objeto de obtener una mejora de las condiciones para el trabajador, bien para ocultar alguna negligencia de falta de medidas de seguridad e higiene.

En el ámbito laboral, estudios internacionales suelen establecer porcentajes de simulación del 30% en las solicitudes de bajas laborales, incapacidades o indemnizaciones, oscilando entre el 10 y el 50% según el estudio ^(21, 31, 36, 41, 44), demostrando la relevancia potencial que puede tener este posible fraude en los aspectos socioeconómicos. En 2011 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebró la Cumbre Mundial sobre Enfermedades Crónicas (entre ellas los trastornos mentales y los trastornos por dolor crónico), reflejando que suponen un desafío de “proporciones epidémicas”, con un grave impacto en el desarrollo socio-económico de los países. En la lucha contra este problema hay dos elementos clave, el preventivo-asistencial y la correcta identificación de los casos de simulación de síntomas en las bajas laborales (o incapacidades) temporales o permanentes por enfermedades crónicas ⁽⁴²⁾.

Sospecha y detección

El tratarse de una conducta de fraude con posible cercanía a diversas alteraciones psicopatológicas, el hecho de remedar tanto problemas orgánicos como estrictamente psicológicos, y el gasto y carga social que representa, hacen que la detección de la simulación sea un empeño preeminente. Identificar y determinar la existencia de simulación es el final de un proceso de evaluación y que se inicia con la “sospecha clínica” por parte de los profesionales de la salud implicados en el tratamiento y rehabilitación del paciente o, en su caso, en la evaluación con fines periciales. La sospecha de simulación (comienzo del proceso de evaluación) puede sustentarse en diferentes elementos presentes y citados por diversos autores ^(10, 11, 26) pero, sobre todo, en dos situaciones fundamentales: a) un contexto facilitador (por

ejemplo, el ámbito pericial, legal); y b) existencia de discrepancias e inconsistencias entre el diagnóstico y evolución del paciente, en comparación con la evolución habitual de los pacientes con relación a la patología diagnosticada.

La simulación es un fenómeno multideterminado y multidimensional por lo que precisa más de una estrategia unidimensional para su detección ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. La determinación de la simulación exige una evaluación compleja, multifacética, centrada en la selección del ámbito de la simulación (clínico, médico-legal o forense), la administración de medidas empíricamente validadas que evalúen sistemáticamente estrategias de detección y la investigación cuidadosa de las motivaciones subyacentes a la simulación ⁽⁴⁸⁾. La detección de la simulación se fundamenta en la idea central de la “convergencia de datos” que provienen de distintas fuentes de información (entrevistas, historia clínica, pruebas complementarias, etc.) y no cabe “diagnosticar” simulación sobre la base de una fuente aislada de información (sea entrevista, test, etc.).

Como se ha señalado, todo empieza por la sospecha de simulación que nace de la discrepancia y del contexto. Dado el contexto (penal, laboral, etc.), cabe sospechar simulación considerando ⁽¹¹⁾: a) Hay una motivación (incentivo económico, insatisfacción profesional, conflicto laboral, situación cercana a la jubilación e historia previa de engaño o simulación, etc.); b) Hay sintomatología atípica, inusual o exagerada y/o resultados de pruebas incoherentes con la clínica; c) Determinada actitud en la entrevista (falta de cooperación, ocultación de documentos, inconsistencia en la información, etc.); y d) Determinada actitud y conducta fuera de la entrevista (vida normal en todo cuanto no es el trabajo, actividad laboral en situación de IT, incumplimiento terapéutico, etc.). Indicadores habituales para la sospecha serían ⁽²⁾: existencia de un beneficio externo (prolongación de baja laboral, obtención de indemnizaciones, incapacidad, discapacidad, etc.), discrepancia entre pruebas objetivas (radiología general, RNM, TAC, etc.) y la valoración subjetiva del síntoma y la discapacidad por parte del paciente, distorsiones de respuesta en las pruebas de autoinforme, discrepancias entre las pruebas de rendimiento neuro-cognitivo y la valoración subjetiva del síntoma y la discapacidad por parte del paciente, baja adherencia al tratamiento, incongruencia entre el curso concreto de la patología del paciente y el curso habitual de dicha patología, frecuencia, intensidad y duración de síntomas inusual, escasa mejoría aun con distintos tratamientos, recibidas “cerca del alta”, el paciente “ve” que lo suyo va a ir mal, etc.

El enfoque actual en la evaluación de la simulación se basa en el empleo convergente de múltiples métodos, fuentes y estrategias para su correcta evaluación. Para ello, la evaluación se acompaña de instrumentos de screening (despistaje, cribado), entrevistas estructuradas, pruebas médicas e instrumentos (cuestionarios, inventarios, escalas) psicométricos válidos y fiables, específicos para cada caso y dirigidos a detectar a los posibles simuladores ⁽⁴⁹⁾. En muchas ocasiones la consideración de una persona como simuladora o no simuladora se ha basado en ideas erróneas por parte de los profesionales (“es algo muy raro y mis pacientes no lo hacen”, “todos mienten”, “se le nota”, “no se le escapa a un profesional entrenado, experto o con ojo clínico”, “con una prueba se detecta”, etc.) ⁽⁵⁰⁾. Hay que señalar que la conducta de simulación es frecuente, que no hay una “categoría” de simulador (como se ha referido, la concepción predominante es la adaptativa), el “ojo clínico” es poco preciso para la detección, no hay una prueba única de garantía la evaluación debe ser “multi-método”) y debe procurarse obtener la mayor información posible sobre incoherencias, discrepancias, etc.

Este método convergente o multi-método puede desglosarse, según González (2011) ⁽⁵¹⁾ en: a) Evidencia de incentivos externos significativos; b) Evidencia procedente de la evaluación física; c) Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica; d) Evidencia procedente de la evaluación mediante auto-informes; y e) El resultado no se explica mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos. A la vista del resultado cabría distinguir entre: a) simulación confirmada; b) simulación probable; y c) simulación posible.

La evidencia de incentivos externos es uno de los pilares para la sospecha junto con las discrepancias. La evaluación física es de especial interés en patologías orgánicas y el caso del dolor crónico. Desde la perspectiva psicopatológica, la evaluación neuropsicológica y los auto-informes son de mayor interés. Para algún autor los tests

neuropsicológicos clásicos para la detección de la simulación serían el Test de Bender (haciendo un re-test pasados algunos días), el Test de Retención Visual de Benton, La Batería de Halstead-Reitan (incluyendo el WAIS), el Minnesota Multifasic Personality Inventory (MMPI) o el Porch Index of Communicative Ability (PICA) ⁽⁵²⁾. En cuanto a entrevistas y auto-informes, tratan de detectar la conducta de simulación e inicialmente el método se basaba en incluir índices de validez de las respuestas en distintos instrumentos. De ese modo cuando se administraban instrumentos como el citado MMPI o el 16 PF de Cattell, se incluían escalas para detectar “respuestas atípicas”. El resultado fue que se solapaban puntuaciones de pacientes y simuladores y/o que ciertas conductas específicas no eran detectadas. Al uso de escalas y subescalas con este propósito le siguió el diseño de instrumentos *ad hoc* para la detección de simulación como, por ejemplo, el M Test, cuya capacidad para la detección no quedó clara ⁽⁵³⁾. A partir de esta prueba pionera se han sucedido otras como la Malingering Scale ⁽⁵⁴⁾, la Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) ^(19, 55, 56) y, más recientemente, la Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) ^(57, 58). En todo caso, los instrumentos mencionados se enmarcan en lo que se conoce como cribado, filtro, despistaje o screening, aportando la existencia o no de “sospecha de simulación”, lo que exigirá después una evaluación más detallada y exhaustiva.

Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) ^(57,58)

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) es un instrumento de evaluación que consta de 75 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que puede ser aplicado en aproximadamente 10-15 minutos y cuyo objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su versión española ⁽⁵⁹⁾ tiene como objeto proporcionar a los psicólogos de habla española una herramienta breve, fiable y válida para explorar y detectar patrones de falseamiento y exageración de síntomas psicopatológicos y neurocognitivos. El SIMS puede aplicarse como medida de screening aislada o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada en diversos contextos (clínico, laboral, médico-legal, forense, etc.) y condiciones (ingreso, instituciones penitenciarias, consultas y clínicas psiquiátricas, etc.). Siguiendo las recomendaciones de Sharp y Lipsky (2002) ⁽⁶⁰⁾ para un adecuado instrumento de screening, el SIMS resulta ser una prueba breve, fácil y rápida en su aplicación, evalúa conductas específicas, va dirigido a una población diana (aquella en la que se sospecha simulación), puede ser aplicada por diversos profesionales (no necesariamente especializados), es de bajo coste y tiene una base psicométrica adecuada.

El contenido de la prueba procede de ítems de instrumentos bien conocidos y relativamente útiles en este campo (MMPI, SIRS y la escala revisada del Wechsler Adult Intelligence Scale -WAIS-R-), y de características cualitativas de las personas simuladoras según diversos autores ^(14, 61, 62). El resultado del SIMS es una puntuación final sobre la que se han establecido dos puntos de corte para la detección de simulación: 14 y 16. Con estos puntos de corte, la validez predictiva, en el primer caso, se concreta en una sensibilidad del instrumento estimada entre 0,93 y 1, y en el segundo caso entre 0,94 y 1. Para la especificidad los valores son 0,52-0,91, y 0,51-0,98 respectivamente. Además de la puntuación total, el SIMS ofrece puntuaciones de 5 subescalas (con 15 ítems cada una): Psicosis (Ps), Deterioro Neurológico (Dn), Trastornos Amnésicos (Am), Baja Inteligencia (Bi) y Trastornos Afectivos (Af). Estas subescalas específicas del SIMS permiten una valoración de síntomas de las distintas áreas de simulación, como son los aspectos físicos (Dn), cognitivos (Bi, Am) y psicopatológicos (Ps, Af). Por lo tanto, con la puntuación global y la exploración de dichas áreas, se puede determinar el grado de sospecha de simulación y dónde se presenta.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el SIMS presenta una adecuada consistencia interna tanto en su versión española como en la original ^(58,59). En el caso de la versión española con coeficientes alfa de Cronbach de 0,94 para el total de la prueba, y de 0,90 (Ps), 0,85 (Dn), 0,90 (Am), 0,69 (Bi) y 0,65 (Af) para las subescalas. Su validez convergente se ha mostrada adecuada al comparar el SIMS con las escalas de validez (exageración de síntomas) del

MMPI-2 y MMPI-2-RF. Asimismo, presenta validez divergente con las escalas de defensividad de los citados instrumentos ^(59,63). El SIMS también correlaciona significativa y positivamente con indicadores de exageración de síntomas o “mala imagen” de otras pruebas como la Escala Z (“mala imagen”) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) II y III ⁽⁶³⁾ o el Índice de Severidad Global (GSI) del SCL-90-R ⁽⁶⁴⁾. Considerando diferentes situaciones clínicas, el SIMS se ha mostrado capaz de discriminar entre exageración y no exageración de síntomas en casos de dolor crónico ⁽⁶⁵⁾, trastornos somatomorfos ⁽⁶⁶⁾ o en trastornos mixtos de ansiedad y depresión, y trastornos adaptativos ⁽⁶⁷⁾.

Los estudios de la validez convergente del SIMS se han centrado, como ha quedado mencionado, en la correlación entre la puntuación total obtenida y escalas de validez de otros instrumentos (MMPI-2, MMPI-2-RF), escalas de “mala imagen” (MCMI-II, MCMI-III) o índices de malestar psicológico (por ejemplo, la subescala GSI del SCL-90-R). Al margen de estas correlaciones no se han llevado a cabo otros estudios que pudieran valorar la asociación entre otras variables psicológicas y/o psicopatológicas y las puntuaciones en el SIMS. Se estima que analizar posibles asociaciones de este tipo ampliaría la idea de la valoración de la simulación desde una perspectiva multi-fuente como parece aconsejable.

Para ahondar en esta perspectiva, los Objetivos del presente trabajo son, en primer lugar, analizar posibles predictores de las puntuaciones en el SIMS, considerando como variables dependientes (VD) la puntuación total en el SIMS, las puntuaciones de las subescalas del SIMS y los puntos de corte de la prueba habitualmente sugeridos para discriminar entre no sospecha de simulación/sospecha de simulación (en este caso variable dicotomizada), y que son 14 y 16. En cuanto posibles predictores se establecieron una serie de variables: a) categóricas (sexo, tipo de tratamiento -psicofarmacológico, psicoterapéutico, combinado-, tipo de actividad laboral, ser trabajador autónomo o no, presencia o no de antecedentes -de interés psicopatológico- familiares, personales y ambos, presencia o no de patología física asociada, diagnóstico -según la CIE-10- y propuesta realizada -alta laboral, continuación en IT, propuesta de IP-); y b) continuas (percepción de estrés -general y actual-, autoestima, resultados del cuestionario de screening para trastornos de personalidad y puntuaciones en un cuestionario de síntomas. Además de analizar las posibles asociaciones entre dichas variables y el SIMS, se llevó a cabo un estudio descriptivo de todas las variables y se analizaron posibles diferencias de género.

Método

Participantes

Se estudiaron un total de 63 trabajadores en situación de IT remitidos por sus Mutuas para valoración y respuesta acerca de la procedencia o no de la citada IT desde el punto de vista psicopatológico. La edad media de dichos participantes fue 36,84 años (DE = 10,52), siendo 40 mujeres (63,49%) y 23 hombres (36,51%).

Instrumentos

A todos los participantes se les realizaron dos entrevistas semi-estructuradas. Una de ellas, de evaluación pericial previa, contemplando los datos de filiación, análisis de documentos que se hubieran podido aportar, recogida de los tratamientos realizados, actividad laboral, antecedentes personales y familiares, nivel académico alcanzado, existencia de problemática legal previa, posible patología física asociada y presencia y/o antecedentes de consumo de sustancias. En la segunda entrevista se recogió información de la sintomatología actual (entrevista diagnóstica) y se llevó a cabo la exploración del estado mental.

Además de las dos entrevistas señaladas, los participantes cumplieron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Percepción de Estrés, PSQ ⁽⁶⁸⁾ *versión española* ⁽⁶⁹⁾

El PSQ fue diseñado como medida de percepción de estrés y consta de 30 ítems que evalúan tanto la percepción de estrés habitual o general como la más reciente. El estudio de validación para población española ha mostrado buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de 0,90 para la forma general y de 0,87 para la forma reciente. Asimismo, este instrumento ha mostrado un buen valor predictivo en la investigación de trastornos relacionados con situaciones de estrés.

Cuestionario de Autoestima, SES de Rosenberg ⁽⁷⁰⁾, *versión española* ⁽⁷¹⁾

Se trata de una escala de 10 ítems con adecuada fiabilidad (coeficiente α de Cronbach de 0,84). Se presenta en formato tipo Likert de cinco puntos (desde 1, muy en desacuerdo, hasta 5, muy de acuerdo). Un ejemplo de ítem de la escala es "Siento que tengo muchas buenas cualidades". La puntuación suele ser la suma de las de los ítems de la escala y a mayor puntuación obtenida mejor evaluación emocional subjetiva de la valía de la persona.

Cuestionario de screening para trastornos de personalidad Salamanca ⁽⁷²⁾

Fue diseñado como test de cribado de trastornos de personalidad mostrando adecuada sensibilidad y especificidad, dando lugar a resultados relativos a los diferentes trastornos de personalidad. El cuestionario consta de 22 ítems (dos por cada trastorno de personalidad) resumiendo con la mayor precisión posible los valores de cada constructo y adaptándolo a un lenguaje lo más coloquial posible para facilitar la identificación de cada paciente con cada criterio contenido en cada ítem. En concreto, el cuestionario aporta puntuaciones relacionadas con los siguientes tipos de personalidad siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría: paranoide, esquizoide, esquizotípica (grupo A), histriónica, antisocial, narcisista, inestabilidad emocional -subtipos impulsivo y límite- (grupo B), anancástica, dependiente y ansiosa (grupo C).

Cuestionario de Síntomas, SCL-90-R, de Derogatis ⁽⁷³⁾, *versión española* ⁽⁷⁴⁾

Se utilizó la versión española del listado de síntomas SCL-90-R, instrumento autoinformado compuesto por 90 ítems, con formato de respuesta tipo escala Likert de cinco puntos (nada en absoluto, un poco, moderadamente, bastante, mucho). El cuestionario mide nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice de Severidad Global -GSI-, Total de Síntomas Positivos -PST- e Índice de Malestar relacionado con los Síntomas Positivos -PSDI-). La versión española del instrumento, muestra buena consistencia interna (α de Cronbach entre 0,81 y 0,90) y adecuada fiabilidad temporal test-retest para una semana (r entre 0,78 y 0,90).

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas, SIMS, versión española ⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

Como ya se describió anteriormente, se trata de un instrumento de evaluación que consta de 75 ítems, con un formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, que puede ser aplicado en aproximadamente 10-15 minutos y cuyo objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter psicopatológico y neuropsicológico.

Procedimiento

Los participantes del estudio fueron evaluados a instancia de su Mutua. Tras la petición de cita para la evaluación, los participantes acudieron al Centro y tras ser informados del objeto de la visita dieron su consentimiento informado. Tras ello se llevaron a cabo las entrevistas y cumplimentación de las pruebas antedichas, todo ello en

condiciones adecuadas para ello. Tras la recogida de datos se llevó a cabo el estudio de los mismos a fin de emitir en cada caso el correspondiente informe pericial. Se introdujeron los datos en un libro de Excel para exportarlos luego al programa estadístico "R".

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico "R", en concreto "RStudio" en su versión 1.0.136 para "macOS Sierra" versión 10.12.3. Las variables categóricas se expresaron en forma de números absolutos y porcentajes, y las variables cuantitativas continuas con sus medias y desviaciones típicas. Antes de proceder al análisis de la predictibilidad de las diferentes variables en los resultados del cuestionario SIMS, se llevaron a cabo pruebas de ajuste a la distribución normal (test de Shapiro-Wilk) de las variables en cuestión, además de comprobarse las medias y desviaciones típicas junto con el coeficiente de asimetría. Dado el aceptable ajuste a la normalidad y el tamaño de la muestra, se llevaron a cabo pruebas estadísticas paramétricas.

Resultados

Los pacientes evaluados se encontraban en situación de IT, llevando en dicha situación una media de 2,97 meses (DE = 2,68). Comenzando por las variables categóricas, cabe destacar que en el momento de ser evaluados, 63 pacientes (98,41%) recibían algún tipo de tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos: 8; ansiolíticos: 15; antidepresivos y ansiolíticos: 14; antidepresivos, ansiolíticos y otros fármacos: 21; no especificados: 2; otros: 2). En cuanto a tratamiento psicológico, lo recibían 12 pacientes (19,05%). El 87,30% de quienes recibían tratamientos lo hacían en la sanidad pública y el tratamiento psicofarmacológico había sido prescrito principalmente por el médico de atención primaria (58,73%) o el psiquiatra (28,57%).

En cuanto a la actividad laboral al momento de la evaluación, puede verse en la Tabla 1. Del total de participantes, 7 eran trabajadores autónomos (11,11%).

Tabla 1. Actividad laboral en el momento de la evaluación

	N	%
Dependientes, vendedores	17	26,98
Administrativos, contables, comerciales	7	11,11
Personal auxiliar (sanitario y seguridad)	7	11,11
Limpiadoras	7	11,11
Oficios de la construcción	5	7,94
Personal de mantenimiento y almacén	5	7,94
Hostelería	4	6,35
Varios	4	6,35
Tele-operadoras	3	4,76
Peluquería	2	3,17
Faeneros del campo	2	3,17

En cuanto a los antecedentes, el 42,85% refirieron antecedentes personales de interés psicopatológico (haber recibido con anterioridad algún tipo de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico), el 31,74% mencionaron la existencia de antecedentes familiares de igual naturaleza y el 20,63% referían antecedentes tanto familiares como personales. Finalmente, un 22,22% de los evaluados presentaban algún tipo de patología física.

Los diagnósticos emitidos tras la evaluación realizada se observan en la Tabla 2.

Tabla 2. Diagnósticos (CIE-10) tras la evaluación

	N	%
Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22)	29	46,03
Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	9	14,28
Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)	5	7,94
Otro trastorno de adaptación (F43.28)	5	7,94
Episodio depresivo moderado (F32.1)	3	4,76
Distimia (F34.1)	3	4,76
Trastorno de pánico (F41.0)	2	3,17
TMC debido al consumo de múltiples drogas (F19)	1	1,59
Trastorno bipolar (F31)	1	1,59
Agorafobia con trastorno de pánico (F40.01)	1	1,59
Trastorno de estrés postraumático (F43.1)	1	1,59
Síndrome de Ganser (F44.80)	1	1,59
TP inestabilidad emocional de tipo impulsivo (F60.30)	1	1,59
TP inestabilidad emocional de tipo límite (F60.31)	1	1,59

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades; TMC: Trastornos Mentales y del Comportamiento; TP: Trastorno de Personalidad

Finalizada la evaluación, la propuesta a la entidad solicitante del reconocimiento realizado fue: Alta laboral (43 pacientes: 66,66%), mantener la situación de Incapacidad Temporal (18 pacientes: 28,57%) o aconsejar inicio de expediente para Incapacidad Permanente (3 pacientes: 4,76%).

La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos con respecto a las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados.

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios

	M	DE
Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ)		
Forma General	0,51	0,13
Forma Reciente	0,56	0,12
Escala de Autoestima (SES)	23,22	6,03
Cuestionario Salamanca	5,33	1,8
Cuestionario de Síntomas (SCL-90-R)		
Somatizaciones	2,41	0,99
Obsesiones	2,38	0,91
Sensibilidad interpersonal	2,03	1,03
Depresión	2,67	0,93
Ansiedad	2,52	0,93
Hostilidad	2,09	1,16
Ansiedad fóbica	2,05	1,08
Ideación paranoide	1,91	1,02
Psicoticismo	1,68	0,94
Índice de Severidad Global	2,28	0,83
Total de Síntomas Positivos	74,38	15,39
Índice de Malestar	2,65	0,64

Por lo que se refiere al SIMS, las puntuaciones encontradas figuran en la Tabla 4, tanto para el total como para las distintas subescalas: Psicosis (Ps), Deterioro Neurológico (Dn), Trastornos Amnésicos (Am), Baja Inteligencia (Bi) y Trastornos Afectivos (Af).

Tabla 4. Puntuaciones en la escala SIMS

	M	DE
Psicosis (Ps)	1,86	2,03
Deterioro Neurológico (Dn)	5,71	3,34
Trastornos Amnésicos (Am)	4,06	3
Baja Inteligencia (Bi)	2,67	1,45
Trastornos Afectivos (Af)	8,84	2,09
Puntuación total	23,14	8,41

Considerando los diferentes puntos de corte para la sospecha de simulación en cuanto a la puntuación total se encontraron:

- Punto de corte de 14: positivos (sospecha de simulación) 50 (79,36%)
- Punto de corte de 16: positivos (sospecha de simulación) 47 (74,60%)

Se analizó la posible existencia de diferencias de género en cuanto a las variables recogidas en las entrevistas. No se encontraron tales diferencias en el tipo de tratamiento psicofarmacológico realizado ($X^2 = 5,50$; $p = 0,48$). Tampoco en la presencia de antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico ($X^2 = 2,10$; $p = 0,14$) ni en la de antecedentes familiares ($X^2 = 0,20$; $p = 0,65$) o personales ($X^2 = 3,15$; $p = 0,07$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de patologías físicas asociadas ($X^2 = 1,02$; $p = 0,31$). Los diagnósticos emitidos según la CIE-10 tampoco revelaron diferencias de género ($X^2 = 14,24$; $p = 0,36$) al igual que ocurrió con la propuesta post-evaluación (Alta, seguir en IT, propuesta de IP), $X^2 = 0,89$; $p = 0,64$.

La presencia de antecedentes familiares, así como la presencia conjunta de antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico, dieron lugar a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del SIMS ($F = 5,80$ y $F = 6,31$ respectivamente; $p < 0,05$), con mayores puntuaciones entre quienes presentaban dichos antecedentes. La presencia o no de patologías físicas asociadas a los trastornos psicopatológicos no dio lugar a puntuaciones diferentes en el SIMS ni tampoco los diferentes diagnósticos finales. Por otro lado, el hecho de ser trabajador autónomo o asalariado tampoco generó diferencias significativas en las puntuaciones del SIMS si bien las puntuaciones del SIMS en los autónomos son algo inferiores. Figura 1.

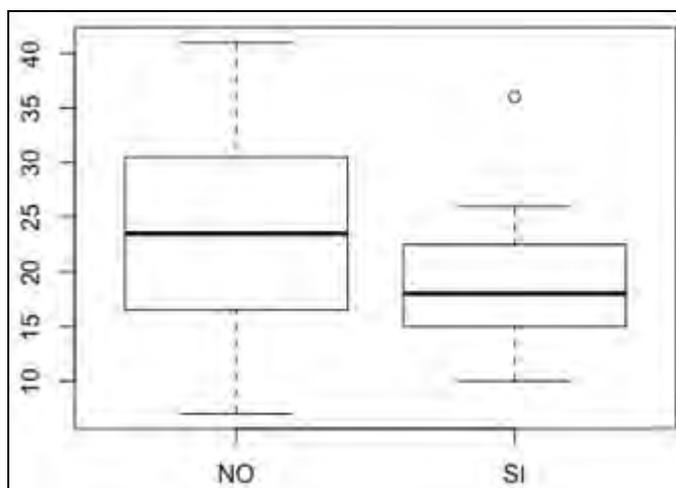


Figura 1. Puntuaciones totales del SIMS en trabajadores autónomos (SI) y no autónomos (NO)

En cuanto a la propuesta realizada tras la evaluación (alta, seguir en situación de IT o propuesta de IP), no hubo diferencias en cuanto a género, ni en cuanto al hecho de ser trabajador autónomo o asalariado. En este punto cabe

destacar que sólo el 11,11% de las personas evaluadas era trabajador autónomo. Tampoco el hecho de presentar patologías físicas asociadas dio lugar a diferencias en cuanto a la propuesta final realizada.

Analizada la correlación entre la puntuación del SIMS y el tiempo de duración de la situación de IT, dicha correlación no resultó estadísticamente significativa ($r = -0,08$).

Para analizar los posibles predictores de las puntuaciones en el SIMS, se consideraron como VD la puntuación total en el SIMS, las puntuaciones de las subescalas del SIMS y los puntos de corte de la prueba habitualmente sugeridos para discriminar entre no sospecha de simulación/sospecha de simulación (en este caso variable dicotomizada), y que son 14 y 16.

Aplicado un modelo de regresión lineal con R, las variables que resultaron ser predictores significativos de la puntuación total del SIMS resultaron ser: “somatizaciones” (SOM) y “psicoticismo” (PSI) medidas mediante las subescalas del SCL-90-R, “autoestima” (AER) obtenida a través de la escala de Rosenberg, y presencia de antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico (AFPIPSI). La ecuación obtenida quedó del siguiente modo:

$$\text{Puntuación total del SIMS} = 17,06 + 3,97 (\text{SOM}) + 4,41 (\text{PSI}) + 3,97 (\text{AFPIPSI}) - 0,34 (\text{AER})$$

A la vista de los datos cabe señalar que la presencia de elevadas puntuaciones en “somatizaciones” y “psicoticismo” así como la presencia de antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico predicen mayores puntuaciones en la escala SIMS y que lo mismo ocurre con las más bajas puntuaciones en “autoestima”.

Los resultados del modelo predictivo se expresan en la Tabla 5.

Tabla 5. Resultados (coeficientes) del modelo predictivo de regresión lineal

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	17.0591	4.1418	4.119	***
SOM	3.9705	0.8433	4.708	***
PSI	4.4119	1.2298	3.587	***
AFPIPSI	3.9705	1.7175	2.312	*
PATFISSI	2.6718	1.5947	1.675	0.099419
AER	-0.3396	0.1317	-2.578	*

*** $p < 0,001$; * $p < 0,01$

AER: autoestima; AFPIPSI: antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico; PATFISSI = presencia de patologías físicas asociadas; PSI = psicoticismo; SOM = somatizaciones

Los Intervalos de Confianza (IC) al 95% para las variables predictoras fueron los siguientes: SOM (2,56/5,38), PSI (2,35/6,47), AFPIPSI (1,09/6,84) y AER (-0,56/-0,12).

Se aplicó posteriormente el paquete “party” del programa estadístico R a fin de obtener árboles de inferencia condicional para las diferentes variables cuantitativas predictoras en el modelo y tomando como variable dependiente el punto de corte del SIMS situado en 16. De este modo se observa gráficamente qué variables y en qué medida predicen los “casos positivos” en el SIMS (SIMS > 16 puntos).

En la Figura 2 se aprecia que en los casos con puntuación en “somatizaciones” > 1,9 la probabilidad de dar positivo (“sospecha de simulación”) en el SIMS (con punto de corte de 16) supera el 90%.

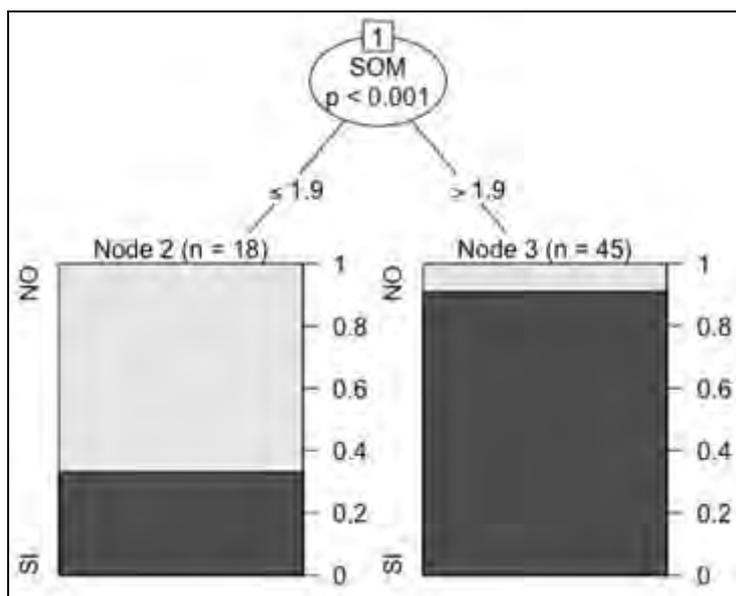


Figura 2. Árbol de inferencia condicional para “somatizaciones” (SOM)

En el caso del “psicoticismo”, en la Figura 3 se observa que entre quienes puntúan $> 0,5$ más del 80% resultan ser casos positivos en el SIMS. Resulta también que cuando la puntuación en esta subescala es $\leq 0,5$ (8 personas evaluadas) ningún caso resulta positivo en el SIMS.

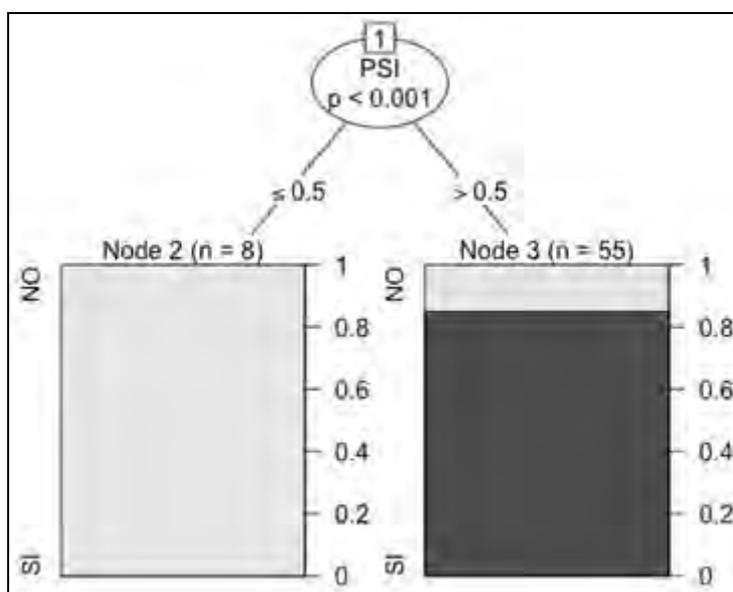


Figura 3. Árbol de inferencia condicional para “psicoticismo” (PSI)

En cuanto a la “autoestima”, ocurre una situación inversa. Cuando la puntuación en la Escala de Rosenberg es ≤ 27 , más del 80% resultan ser casos de sospecha en el SIMS. Cuando la puntuación en “autoestima” es > 27 sólo el 30% resultan ser casos de sospecha. Figura 4.

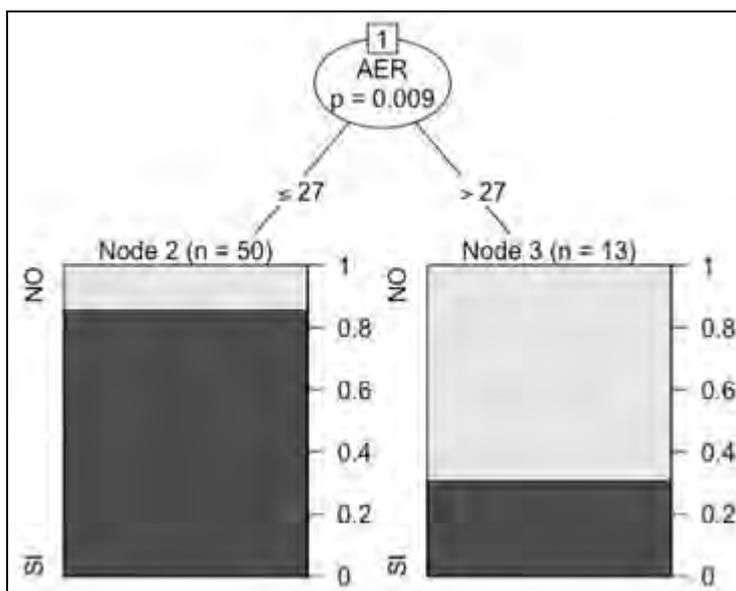


Figura 4. Árbol de inferencia condicional para “autoestima” (AER)

La puntuación total en el SIMS reveló cierta diferencia entre hombres y mujeres que, no obstante, no alcanzó significación estadística ($p = 0,052$), puntuando más alto las mujeres de la muestra. Figura 5.

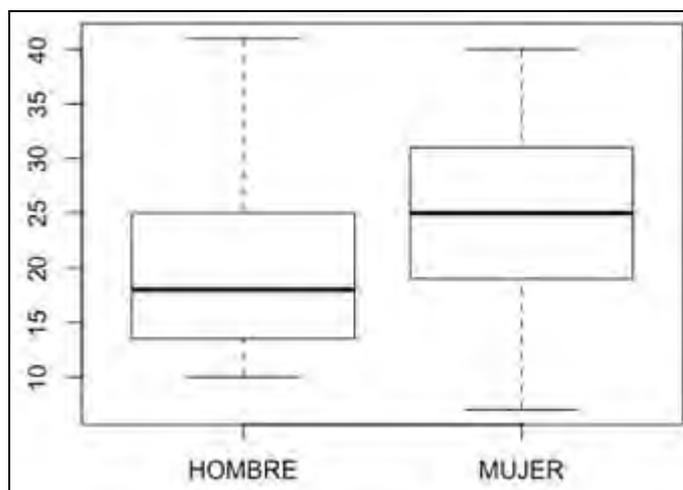


Figura 5. Puntuaciones del SIMS por sexo

Considerando las diferentes subescalas del SIMS, la correspondiente a “Psicosis” (Ps) da lugar a la siguiente ecuación:

$$\text{Puntuación total de sospecha de simulación de "Psicosis"} = 6,28 + 1,24 (\text{SOM}) + 2,38 (\text{PSI})$$

Para el “Deterioro Neurológico” (Dn) se obtuvo:

$$\text{Puntuación total de sospecha de simulación de "Deterioro Neurológico"} = 2,40 - 0,18 (\text{AER}) + 2,08 (\text{SOM}) + 1,99 (\text{PSI})$$

En el caso de “Trastornos Amnésicos” (Am) sólo la puntuación en OBS resultó significativa como predictor:

$$\text{Puntuación total de sospecha de simulación de "Trastornos Amnésicos"} (\text{Am}) = 3,27 + 2,47 (\text{OBS})$$

En el caso de la subescala “Baja Inteligencia” (Bi) ninguna de las variables potencialmente predictoras resultó significativa.

Para la sospecha de simulación de “Trastornos Afectivos” (Af), la ecuación quedó como sigue:

Puntuación total de sospecha de simulación de “Trastornos Afectivos” (Af) = 5,98 – 3,39 (PSQGEN) – 0,12 (AER)

El análisis de las posibles diferencias de género en las distintas escalas específicas del SIMS, reveló una mayor puntuación en la escala Dn para el caso de las mujeres ($F = 5,31$; $p < 0,05$), no así en el resto de las escalas.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo se ha desarrollado en un contexto pericial-laboral al ser diferentes Mutuas las que solicitan una valoración psicopatológica a fin de determinar la procedencia de una situación de IT y/o el mantenimiento de la misma. Se trata de un contexto propicio para la sospecha de simulación^(11, 21, 24, 25) en el que, por ejemplo, conflictos laborales, intento de prolongar la situación de IT, búsqueda de una situación de IP o de determinada discapacidad, etc., son elementos que pueden subyacer en la evaluación y resultado de la misma^(2,11).

Las personas evaluadas en este estudio lo fueron cuando se encontraban en situación de IT, con una duración media de la misma de unos 3 meses en el momento de la exploración. Este tiempo viene a coincidir con lo que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS, 2009)⁽⁷⁵⁾ califica como “tiempos estándar de incapacidad temporal”. Estos son definidos como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador. En el caso de los trastornos mentales el citado INSS fija tiempos de 15 días para los “síndromes de ansiedad”, 20 días para los “estados de ansiedad”, “estados de ansiedad no especificados” y “reacción de adaptación”, 30 días para el “trastorno de ansiedad generalizado”, la “agorafobia con ataques de pánico” y la “reacción depresiva breve” o 60 para la “reacción depresiva prolongada”, entre otros.

En el momento de ser remitidas para su evaluación psicopatológica, el 98,41% de las personas ya tenían prescrito algún tratamiento psicofarmacológico, la mayoría de las veces (casi el 60%) por parte de sus médicos de atención primaria. Si se contemplan los diagnósticos finales, resulta que el 76,19% corresponde a trastornos reactivos (adaptativos) y síndromes de ansiedad-depresión, cuadros todos ellos muy ligados a eventos ambientales. Como se ha señalado, muchos de estos cuadros clínicos acaban siendo lo que la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión, CIE-10 (OMS, 1992)⁽⁵⁾ llama “códigos Z”, en concreto “problemas relacionados con el empleo y el desempleo”. Este tipo de alteraciones ligadas a eventos de la vida diaria hacen que los profesionales asistan a un incesante incremento de distintas demandas que tienen que ver con estos sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. Se trata de una auténtica medicalización y psiquiatrización de la sociedad en los últimos decenios⁽⁷⁶⁾. Y resulta curioso que, en esta situación, mientras el citado 98,41% tienen prescrito un tratamiento psicofarmacológico, sólo el 19,95% recibían tratamiento psicológico. En este contexto se ha señalado que se está etiquetando de enfermos a personas que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas. En segundo lugar, las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas (si es preciso con ayuda psicológica) se está reduciendo⁽⁷⁷⁾.

De las personas evaluadas tan sólo el 11,11% eran trabajadores autónomos frente al casi 90% de asalariados. Este dato es claramente coincidente con el informe presentado sobre 2015 por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT)⁽⁷⁸⁾, es decir que los autónomos vienen a darse de baja por enfermedad al menos seis veces menos que los trabajadores por cuenta ajena. Entre los trabajadores asalariados del presente estudio, el 60,31% se agrupaban en dependientes-vendedores, administrativos-contables-comerciales, personal auxiliar y limpiadoras, de manera muy similar a lo recogido en un trabajo anterior⁽⁷⁹⁾. No obstante, el hecho de ser trabajador autónomo o asalariado no generó

diferencias en las puntuaciones del SIMS, al igual que ocurrió con la presencia o no de patologías físicas asociadas o los diferentes diagnósticos finales.

La presencia de antecedentes psicopatológicos encontrados (familiares y personales) fue muy parecida a la de un estudio previo de similares características ⁽⁷⁹⁾. En este caso, los antecedentes familiares de interés psicopatológico, así como la presencia conjunta de antecedentes familiares y personales, dieron lugar a mayores puntuaciones en el SIMS. Es posible que la antedicha medicalización de la vida cotidiana, con el consiguiente etiquetado psicopatológico, lleve a la reiteración de síndromes reactivos generándose un modelo de afrontamiento de problemas cotidianos basado en la consecución de una situación de IT y ello tanto a nivel personal como familiar.

En un contexto pericial-laboral, con escasa presencia de trabajadores autónomos, trabajadores asalariados de baja-media cualificación, con diagnósticos relacionados con problemas reactivos-adaptativos y con presencia de un elevado porcentaje de antecedentes psicopatológicos, el resultado final de la evaluación culminó con la propuesta de alta laboral en el 66,66% de los casos. Ello abunda en el hecho de que se trata de un contexto especialmente propicio para la sospecha de simulación. Por lo demás, en el antes citado trabajo de Jáuregui-Lobera y Torres Lobera (2007), con una muestra de 509 trabajadores evaluados, el porcentaje de propuestas de alta fue muy similar (68,30%). Igual de coincidentes son las propuestas de IP realizadas, 4,68% en el estudio de 2007, 4,76% en el trabajo actual.

En cuanto a la propuesta realizada tras la evaluación (alta, seguir en situación de IT o propuesta de IP), no hubo diferencias en cuanto a género, ni en cuanto al hecho de ser trabajador autónomo o asalariado. Analizada la correlación entre la puntuación del SIMS y el tiempo de duración de la situación de IT, dicha correlación no resultó estadísticamente significativa ($r = -0,08$). A la vista de dicha correlación cabría pensar que en todo caso no resulta positiva por lo que no cabe concluir que a mayor duración de la IT mayor sospecha de simulación. En todo caso sería más razonable pensar en lo contrario y que la mayor duración de una situación de IT tuviera guardara más relación con una mayor afectación psicopatológica “real”.

Los resultados en cuanto al estrés percibido por las personas evaluadas revelan que presentan una elevada percepción de estrés tanto de forma habitual (últimos dos años) como en el momento de la evaluación (último mes). A diferencia de lo encontrado en población sana (rango entre 0,01-0,93 para ambas formas; media de 0,35 y 0,37) en el presente trabajo los rangos de las puntuaciones oscilaron entre 0,24-0,74 para la forma general y 0,25-0,77 para la forma habitual, siendo las medias 0,51 y 0,56 respectivamente. Esta elevada percepción de estrés se ha relacionado con insatisfacción laboral, y ambos con síntomas psicológicos ^(64, 80, 81).

Un dato que nos acerca a la sospecha de simulación, además del contexto y otros aspectos ya referidos, son los resultados obtenidos en el Cuestionario Salamanca. Siendo un instrumento de screening, es llamativo que los evaluados puntúen significativamente (considerando el punto de corte en 2) en más de cinco tipos diferentes de trastornos de personalidad (la prueba considera 11). Estos resultados están muy por encima de lo analizado en algunos otros trabajos, tanto en muestras no clínicas como clínicas ambulatorias ^(82, 83) e indican una clara tendencia magnificadora del malestar en las respuestas.

Los datos recogidos mediante el SCL-90-R son de especial interés por cuanto algunas de sus escalas, como el GSI, se ha visto significativamente correlacionada con los datos del SIMS en estudios previos ⁽⁶⁴⁾. En un estudio llevado a cabo con el SCL-90-R entre asistentes al Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) con diferentes diagnósticos (Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, Trastornos Psicóticos, Disfunciones Sexuales y Otros), las puntuaciones de todas las escalas estaban muy por debajo de lo obtenido en el presente trabajo ⁽⁸⁴⁾. Mientras que en el citado estudio de la UNED las puntuaciones medias en las dimensiones del SCL-90-R oscilaban entre 0,56 y 1,68, en el presente trabajo oscilan entre 1,68 y 2,67. Si se consideran los índices globales (GSI, PST, PSDI) se produce el mismo resultado. Mientras en dicho trabajo las puntuaciones fueron 1,12 (GSI), 44,76 (PST) y 1,81 (PSDI), en nuestro trabajo resultan ser 2,28 (GSI), 74,38 (PST) y

2,65 (PSDI). Si se consideran poblaciones no clínicas, las puntuaciones oscilan entre 0,29 y 1,05 para las dimensiones del SCL-90-R, siendo las de los índices globales 0,71 (GSI), 37,90 (PST) y 1,56 (PSDI) ⁽⁸⁵⁾.

Nos encontramos con puntuaciones en el SCL-90-R muy por encima tanto de poblaciones no clínicas como clínicas y con datos que sugieren una escasa validez (magnificación del malestar), como ocurre con las elevadas puntuaciones en el índice PST ⁽⁷³⁾.

Si atendemos a las puntuaciones obtenidas en el SIMS, la puntuación media total en este estudio (23,14) es prácticamente idéntica a la obtenida por González et al. (2010) ⁽⁶⁶⁾, en una muestra de similares características y en su "grupo de probable simulador", con una media de 23,2. Las puntuaciones en las escalas específicas son asimismo coincidentes: 1,86 (Ps), 5,71 (Dn), 4,06 (Am), 2,67 (Bi), 8,84 (Af) en el presente trabajo y 2,2 (Ps), 5,6 (Dn), 4,4 (Am), 2,9 (Bi) y 8,2 (Af) en el trabajo de González et al. (2010) ⁽⁶⁶⁾. En todo caso se sitúan muy alejadas de los que correspondería a un grupo de personas "no simuladoras" como se recogió en el citado trabajo. Las subescalas del SIMS que aparecen más marcadas en el perfil son las de trastornos afectivos, deterioro neurológico y trastornos amnésicos, al igual que encontraran González et al. (2010) ⁽⁶⁶⁾. Hay que destacar con respecto al valor de las escalas específicas que la literatura científica existente señala que las subescalas del SIMS pueden proporcionar cierta información cualitativa acerca del síndrome específico que se pretende simular, ya que diversos estudios han encontrado perfiles diferenciales consistentes con la patología simulada ^(57, 86).

Como en otros trabajos, la escala Bi (evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general) es la menos puntuada ^(66, 67). Parece que, a la hora de simular, pasar por ser una persona poco inteligente no es una opción contemplada. Cabría dejar aquí una pregunta abierta: ¿Puede alguien, con capacidad intelectual muy limitada (realmente) simular en un instrumento como el SIMS? Por lo demás, las escalas de deterioro neurológico (Dn), trastornos amnésicos (Am) y trastornos afectivos (Af) han sido las que sistemáticamente se han mostrado más discriminantes en la detección de simulación en el campo de los trastornos ansiosos y depresivos en la literatura científica, tanto en estudios análogos ^(64, 87) como en grupos diagnósticos ^(88, 89). El análisis de posibles diferencias de género en las distintas escalas específicas del SIMS, reveló una mayor puntuación en la escala Dn para el caso de las mujeres, sin que, hasta donde sepamos, se haya dado un resultado similar previo en igual tipo de contexto pericial-laboral. Habría que estudiar muestras más amplias para confirmar, en su caso, este hallazgo sin que con los datos recogidos para el presente trabajo tengamos una explicación plausible del mismo.

Tal vez la mayor relevancia de lo recogido es este estudio radique en la importancia que los resultados vienen a dar a la evaluación multi-fuente y multi-método a la hora de evaluar la sospecha de simulación en el ámbito psicopatológico-laboral. La discrepancia entre lo recogido en las exploraciones clínicas y los datos de psicodiagnóstico, el enorme porcentaje de propuestas de alta (casi el 70% de los casos evaluados), la discrepancia entre los datos recogidos con algunos de los instrumentos y los datos recogidos en estudios previos, tanto en muestras no clínicas como clínicas, y la similitud de lo recogido con el SIMS y lo obtenido previamente con dicho instrumentos en estudios previos "en "grupo simulador", permite destacar la enorme presencia de conductas sospechosas de simulación en población en situación de IT cuando sus Mutuas determinan que se evalúe el estado de los trabajadores al rebasar, o estar a punto de hacerlo, los tiempos estándar de IT considerados por el INSS ⁽⁷⁵⁾.

El análisis de posibles variables predictoras de los resultados en el SIMS y que, de ese modo, abundarían en la sospecha de simulación, permite determinar que puntuaciones muy elevadas en las escalas de "somatizaciones" y "psicoticismo", del SCL-90-R, predicen elevadas puntuaciones en el SIMS, al igual que lo hacen muy bajas puntuaciones en "autoestima". Igualmente resulta predictora la presencia de antecedentes familiares y personales de interés psicopatológico. También para las escalas específicas del SIMS se han encontrado resultados de interés. Así, las altas puntuaciones en "somatizaciones" y "psicoticismo", del SCL-90-R, predicen elevada puntuación en Ps, las citadas puntuaciones en "somatizaciones" y "psicoticismo", junto con muy baja autoestima, predicen la puntuación en Dn, las

altas puntuaciones en el PSQ (forma general) junto con baja autoestima predicen la puntuación en Af, la puntuación en “obsesiones”, del SCL-90-R, predice la puntuación en Am y ninguna variable resulta ser un predictor significativo de la escala Bi del SIMS. De este modo cabría concluir que algunas variables del SCL-90-R parecen más sensibles a la hora de poder determinar conductas sospechosas de simulación. Resulta interesante el valor que puede tener la puntuación en “somatizaciones” por cuanto el hecho de presentar patologías físicas asociadas (o no) no dio lugar a diferencias significativas en la puntuación del SIMS. Parece pues que la presentación de “síntomas somáticos” sería muy relevante en la simulación de trastornos psicopatológicos o en su magnificación (sobresimulación). Asimismo, parece que una baja autoestima estaría en la base de algunas conductas de simulación, tal vez como “recurso” para afrontar problemas laborales medicalizando los mismos.

El presente estudio presenta algunas limitaciones importantes. El hecho de disponerse de una muestra pequeña y, por el contrario, de no disponer de un grupo control son dos de ellas. Se trata de limitaciones importantes por cuanto, por ejemplo, al analizar posibles diferencias de género en la puntuación del SIMS se observó una mayor puntuación en las mujeres, si bien estadísticamente no significativa. No obstante, a la vista del valor p obtenido (0,052) es necesaria una mayor comprobación de este punto. Igualmente, cabría confirmar o no el hecho de que las mujeres puntúen más en la escala Dn del SIMS y, en su caso, determinar posibles explicaciones.

Una muestra mayor permitiría poder establecer posibles diferencias en función de diagnósticos finales (aquí mayoritariamente “problemas” reactivos) y disponer de un diferente rango temporal de a situación de IT a fin de confirmar si existe correlación negativa (como apuntan los resultados) entre tiempo de IT (normalmente a mayor gravedad psicopatológica mayor tiempo en dicha situación) y la puntuación en el SIMS.

Asimismo, una muestra mayor permitiría analizar si las puntuaciones en la escala GSI del SCL-90-R correlacionan con el resultado global del SIMS, algo encontrado en algún estudio previo ⁽⁶⁴⁾ y que no se ha recogido en el presente trabajo.

Sería necesario contar con un grupo de control o incluso varios, por ejemplo “no clínico”, “clínico”, pericial-laboral descartada simulación y pericial-laboral con sospecha de simulación.

Otra limitación importante es la que hace referencia al seguimiento. El procedimiento seguido en este caso (el habitual) es que cuando la Mutua recibe la propuesta post-evaluación, elabore su propia propuesta al INSS (Unidades de Valoración Médica de Incapacidades). Pero ni la propuesta del perito ni la que realiza la Mutua resultan vinculantes. Por ello no se conoce un dato final que estimamos sería muy relevante: del casi 70% de propuestas de alta, ¿cuántos trabajadores fueron finalmente dados de alta?, ¿al cabo de cuánto tiempo tras la propuesta? Sería muy importante conocer “qué ocurre” tras una evaluación pericial exhaustiva. Es práctica habitual que los médicos de atención primaria den la baja o no la den sobre la base de entrevistas brevísimas y, desde luego, sin el uso de instrumento de psicodiagnóstico alguno. Pero además es asimismo práctica habitual de los médicos inspectores seguir el mismo proceder, encontrándose en los informes (por ejemplo, en los llamados Informes Médicos de Síntesis) conclusiones basadas en unos cuantos comentarios y, de nuevo, sin aplicar prueba alguna. El dato del seguimiento es muy importante. Si alguien a quien se ha evaluado como aquí se ha descrito es propuesto para el alta, con un diagnóstico de una patología leve y una alta sospecha de simulación, y se le mantiene en situación de IT, ¿sobre qué base se toma tal determinación?, ¿sobre una entrevista de cinco minutos?, ¿sobre una situación de conflictividad asistencial fácilmente evitable “dando o prolongando la baja”? Son cuestiones de suma importancia social y económica, así como algo relevante para evitar el uso de la psicología o de la psicopatología como “remedios” para problemas de la vida cotidiana con simples etiquetas diagnósticas y medicalización de dichos problemas (con el consiguiente gasto de recursos). Valga sólo el dato de que el 98,41% de las personas aquí evaluadas ya tenía prescrito algún tratamiento psicofarmacológico para cuadros clínicos en que los psicofármacos tienen dudosa indicación y casi siempre escasa eficacia. Eso sin olvidar la cuestión de la adherencia al tratamiento. La persona que tiene un problema laboral, exhibe una conducta de

simulación y obtiene una baja como salida al problema, ¿tomará realmente la medicación prescrita? Es más que dudoso ya que, a fin de cuentas, tal vez no le urja mejorar.

Como principal conclusión de este estudio, cabe destacar que la evaluación multi-fuente y multi-método es estrictamente necesaria para determinar una sospecha de simulación. Al usar instrumentos no específicos para detectar posibles conductas simuladoras cabe prestar atención a determinadas puntuaciones y circunstancias (baja autoestima, elevadas puntuaciones en somatizaciones, psicoticismo u obsesiones, presencia de antecedentes psicopatológicos familiares y personales, etc.) ya que parecen potenciales predictores de elevadas puntuaciones en otros instrumentos específicos como el SIMS. Siguiendo la idea del estudio a partir de diversas fuentes, ello redundaría en una mayor seguridad a la hora de determinar la sospecha de conductas de simulación en un ámbito como el pericial-laboral de gran repercusión económico-social.

¿No resultados?, ¿Resultados negativos?

Si se parte de la idea de que es posible determinar con certeza psicométrica la existencia de “simulación”, todos los intentos hasta ahora llevados a cabo serían negativos, cabría decir que, sencillamente, no es posible tal certeza. Es más, cabe la posibilidad de afirmar la presencia de simulación en su ausencia y viceversa. Pero ocurre que en el ámbito laboral los casos falsos positivos y falsos negativos adquieren connotaciones médico-legales que implican tiempo y gasto económico. Resulta pues muy importante alcanzar un grado de certeza.

Ello es posible cuando, lejos de basarnos en planteamientos dicotómicos (simulador/no simulador), adoptamos una perspectiva más dimensional y partimos de la idea de las “conductas de simulación”. De ese modo resulta más factible medir en qué grado las conductas de alguien tienen connotaciones de simulación (se puede simular “un poco” o “mucho”, la trascendencia médico-legal no es la misma). Y en este caso los resultados no resultan tan negativos, es posible un acercamiento al problema, aunque no tengamos resultados a la pregunta categorial que siempre nos hacemos: ¿es simulador o no?

En todo caso, una exploración multi-fuente y multi-método de la conducta de simulación debe contemplar claramente: a) No se trata de dicotomizar la idea de simulación en “simulador vs. no simulador”; b) Deben analizarse las conductas de simulación; y c) Podemos llegar a la “sospecha” de simulación desde el punto de vista psicométrico (sobre la base de predictores) con mayor o menor grado de probabilidad.

Financiación

Ninguna

Conflicto de interés

Ninguno

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22^a ed. Madrid: Espasa; 2001.
2. Díaz CE. La simulación y disimulación en medicina evaluadora. Medicina y Seguridad del Trabajo 2014; 60: 379-91.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 3^a ed. Barcelona: Masson; 1980.

4. American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
6. Resnick PJ. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In: Rogers RJ, editor. Clinical assessment of malingering and deception. New York: Guilford Press; 1997. p. 130-52.
7. Lipman FD. Malingering in personal injury cases. Temple Law Quarterly 1962; 35: 141-62.
8. Rogers R, Payne JW, Berry DTR, Granacher Jr RP. (2009). Use of the SIRS in Compensation Cases: An examination of its validity and generalizability. Law Hum Behav 2009;33: 213-24.
9. Iverson GL. Detecting exaggeration, poor effort, & malingering in neuropsychology. In: Horton Jr AM, Hartlage LC, editors. Handbook of Forensic Neuropsychology. 2nd ed. New York, NY: Springer Publishing; 2010. p. 91-135.
10. Yudofsky S. Malingering. Handbook of Psychiatry. New York: Sanders; 1989.
11. Samuel RZ, Mittenberg W. Determination of malingering in disability evaluations. Prim Psychiatry 2006; 12: 60-68.
12. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. Spine J 2005; 5: 404-17.
13. Hall HV, Pritchard DA. Detecting malingering and deception: forensic distortion analysis (FDA). Florida: St. Lucia Press; 1996.
14. Resnick PJ. The detection of malingered mental illness. Behav Sci Law 1984;2: 20-38.
15. Resnick PJ, Zuchowski SJ. Malingering and psychopathic disorders. In: Felthous A, Sass H, editors. The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law: Laws and Policies (Vol. 2). Indianapolis, IN: John Wiley and Sons, Ltd.; 2007. p. 461-71.
16. Rogers R. (1990). Models of feigned mental illness. Prof Psychol Res Pr 1990; 21: 182-188.
17. Rogers R, Vitacco MJ. (2002). Forensic Assessment of malingering and related response styles. In: Van Dorsten B, editor. Forensic Psychology: From classroom to courtroom. New York, NY: Kluwer Academic Press; 2002. p. 83-104.
18. Wygant DB, Ben-Porath YS, Arbisi PA, Berry DTR, Freeman DB, Heilbronner, RL. Examination of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) validity scales in civil forensic settings: Findings from simulation and known group samples. Arch Clin Neuropsychol 2009; 24: 671-80.
19. Rogers R, Gillis JR, Bagby RM. The SIRS as a measure of malingering: A validation study with a correctional sample. Behav Sci Law 1990; 8: 85-92.
20. Rogers R. Clinical assessment of malingering and deception. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2008.
21. Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, Condit DC. Base rates of malingering and symptom exaggeration. J Clin Exp Neuropsychol 2002; 24: 1094-1102.
22. Capilla P, González H, Santamaría P. (2009). Tasas de prevalencia de simulación: un estudio empírico basado en profesionales médicos expertos. IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Barcelona; 2009.
23. Gorman WF. Defining malingering. J Forensic Sci 1982; 27: 401-407.
24. Rogers R, Bender SD. Evaluation of Malingering and Deception. In: Goldstein AM, editor. Handbook of Psychology. Vol. 11: Forensic Psychology. New Jersey: Wiley; 2003. p. 109-129.

25. Rogers R, Neumann CS. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. In: Halligan PW, Bass C, Oakley DA, editors. *Malingering and illness deception*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003. p. 71-82.
26. Inda M, Lemos S, López AM, Alonso JL. La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del Psicólogo* 2005; 26: 99-108.
27. García-Domingo L, Negredo-López L, Fernández-Guinea S. Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Rev Neurol* 2004; 38: 766-74.
28. Pitman RK, Sparr LF, Saunders LS, McFarlane A. Legal issues in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press; 1996. p. 378-97.
29. Rogers R, Salekin RT, Sewell KW, Goldstein AM, Leonard K. A comparison of forensic and nonforensic malingerers: a prototypical analysis of explanatory models. *Law Hum Behav* 1998; 22: 353-67.
30. Rogers R, Sewell KW, Goldstein AM. Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law Hum Behav* 1994; 18: 543-52.
31. Miller HA. The Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST): Test generalizability and utility across race, literacy, and clinical opinion. *Crim Justice Behav* 2005; 32: 591- 611.
32. Ardolf BR, Denney RL, Houston CM. Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *Clin Neuropsychol* 2007; 21:899-916.
33. Chafetz MD. Malingering on the Social Security Disability Consultative Exam: Predictors and Base Rates. *Clin Neuropsychol* 2008; 22: 529-46.
34. Larrabee GJ. Detection of Malingering Using Atypical Performance Patterns on Standard Neuropsychological Tests. *Clin Neuropsychol* 2003; 17: 410-25.
35. Norris MP, May MC. Screening for malingering in a correctional setting. *Law Hum Behav* 1998; 22: 315-323.
36. Walters GD, White TW, Greene RL. Use of the MMPI to identify malingering and exaggeration of psychiatric symptomatology in male prison inmates. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56, 111-17.
37. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. *Clin J Pain* 1999; 15: 244-274.
38. Gervais RO, Russell AS, Green P, Allen LM, Ferrari R, Pieschl SD. (2001). Effort Testing in Patients with Fibromyalgia and Disability Incentives. *J Rheumatol* 2001; 28: 1892-1899.
39. Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ, Curtis KL. Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 1117-26.
40. Kay NRM, Morris-Jones H. Pain clinic management of medico-legal litigants. *Injury* 1998; 29: 305-8.
41. Leavitt F, Sweet JJ. Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain. *Pain* 1986; 25: 357-64.
42. Plohmann, A. First base rates estimates of performance validity in Switzerland. Third European Symposium on Symptom Validity Assessment. Wurzburg, Germany; 2013.
43. Schmand B, Lindeboom J, Schagen S, Heijt R, Koene T, Hamburger HL. Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 339-343.
44. Santamaría P, Capilla P, González H. Prevalencia de Simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud* 2013; 24; 139-151.
45. Álvarez JJ. La simulación y disimulación. Incidencia en el marco laboral de la legislación española. *Diagnóstico en VDC* 2001; 13; 12-5.

46. Stevens A, Friedel E, Mehren G, Merten T. Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatr Res* 2008; 157: 191-200.
47. Capilla P, González H. Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE* 2009; 20: 255-263.
48. González H, Gancedo M. Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En: Ruano A, Muñoz Céspedes JM, Cid Rojo C, coordinadores. *Psicología de la Rehabilitación*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina 1999. p. 405- 41.
49. Hutchinson GL. *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*. Madison, CT: Psychosocial Press; 2001.
50. Gillard ND, Rogers R. (2010). Malingering: models and methods. In: Brown JM, Campbell EA, editors. *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2010. p. 683-89.
51. Vitacco MJ. Syndromes associated with deception. In: Rogers R, editor. 3rd edition. New York: The Guilford Press; 2008. p. 39-50.
52. González H, Santamaría P, Capilla P. La simulación como estilo de respuesta. En: González H, Santamaría P, Capilla P, editores. *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones; 2012. p. 19-64.
53. González H. *Simulación. Formación Continuada a Distancia, 12ª edición*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2011.
54. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1995.
55. Beaber RJ, Marson A, Michelli J, Millis MJ. A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1478-81.
56. Schretlen D. *Malingering: Use of a psychological test battery to detect two kinds of simulation*. Ann Arbor, MI: University Microfilms International; 1986.
57. Rogers R, Gillis JR, Dickens SE, Bagby RM. Standardized assessment of malingering: Validation of the SIRS. *Psychol Assess* 1991; 3: 89- 96.
58. Rogers R, Kropp PR, Bagby RM, Dickens SE. Faking specific disorders: A study of the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). *J Clin Psychol* 1992; 48: 643-8.
59. Smith GP, Burger GK. Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1997;25: 183-9.
60. Widows MR, Smith GP. *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz, FL: PAR (Psychological Assessment Resources); 2005.
61. González H, Santamaría P. *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS*. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
62. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Phys* 2002; 66:1001-8.
63. Rogers R. Towards an empirical model of malingering and deception. *Behav Sci Law* 1984; 2: 93-111.
64. González H, Santamaría P. Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings. 29th Stress and Anxiety Reserch Society (STAR) Conference. London; 2008.
65. Edens JF, Otto RK, Dwyer T. Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *J Am Acad Psychiatr Law* 1999; 27, 387-96.
66. Capilla P, González H, Santamaría P. Detección de simulación en dolor crónico. VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Logroño; 2008.

67. Seamons DT, Howell RJ, Carlisle AL, Roe AV. Rorschach simulation of mental illness and normality by psychotic and nonpsychotic legal offenders. *J Pers Assess* 1981; 45: 130-135.
68. González H, Santamaría P, Fernández P. Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS en el contexto médicolegal. *Edupsykhé* 2010; 9: 3-22.
69. Blasco JL, Pallardó L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médicolegal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud* 2013; 24:177-183.
70. Levenstein S, Prantera V, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, et al. Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *J Psychosom Res* 1993; 37: 19-32.
71. Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res* 2002; 52: 167-72.
72. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
73. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología* 2004; 22: 247–55.
74. Pérez-Urdániz A, Rubio V, Gómez ME. Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad. En: García-Portilla MP, Basarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J, directores. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Majadahonda: Comunicación y Ediciones sanitarias SL; 2011. p. 204-223.
75. Derogatis LR. *SCL-90 R: Administration, scoring and procedures-Manual II*. 2nd edition. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1983.
76. González de Rivera JL, Derogatis LR, de las Cuevas C, García R, Rodríguez F, Henry R, et al. *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1989.
77. Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS. *Tiempos estándar de incapacidad temporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2009.
78. Ortiz A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006; 38: 563-569.
79. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 5: 47-53.
80. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). Principales indicadores de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes. Recuperado de: http://www.amat.es/cifras_y_datos/incapacidad_temporal.3php.
81. Jáuregui-Lobera I, Torres Lobera I. *Psicopatología e incapacidad laboral*. Barcelona: Grafema; 2007.
82. Hale C. Measuring job satisfaction. *Nursing Times* 1986; 82: 43-46.
83. Norbeck JS. (1985). Perceived job stress, job satisfaction and psychological symptoms in critical care nursing. *Res Nurs Health* 1985; 8: 253-259.
84. Caldero A. *Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el Cuestionario Salamanca (tesis doctoral)*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014.
85. Giner F, Lera G, Vidal ML, Puchades MP, Rodenes A, Císcar S, et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2015; 35: 789-799.
86. Carrasco MA, Sánchez V, Ciccotelli H, del Barrio V. Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica* 2003; 2: 149-161.

87. Caparrós-Caparrós B, Villar-Hoz E, Juan-Ferrer J, Viñas-Poch F. Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7: 781-794.
88. Merckelbach H, Smith GP. Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Arch Clin Neuropsychol* 2003; 18: 145-152.
89. Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B, et al. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Der Nervenarzt* 2003; 74: 977-986.
90. Alwes YR, Clark J, Berry DTR, Granacher R. Screening for feigning in a civil forensic setting. *J Clin Exper Neuropsychol* 2008; 30: 133-140.
91. Clegg C, Fremouw W, Mogge NL. Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009; 20: 239-254.