



Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud

Pablo Santamaría^{a*}, Pilar Capilla Ramírez^b y Héctor González Ordi^c

^aTEA Ediciones, Madrid, España

^bCentro Integral Psicosomático, Madrid, España

^cUniversidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 15/07/2013

Revisión recibida: 17/08/2013

Aceptado: 01/09/2013

Palabras clave:

Simulación
Exageración de síntomas
Incapacidad temporal
IT
Bajas laborales
Fraude
Lumbalgia
Esguince cervical
Fibromialgia
Ansiedad
Depresión
Dolor

Keywords:

Malingering
Feigning
Disability
Injured workers
Lower-back pain
Whiplash
Anxiety
Depression
Fibromyalgia

RESUMEN

A pesar de su relevancia económica y social, apenas existen estudios en España que aborden la prevalencia de la simulación en la incapacidad temporal. El objetivo de este estudio ha sido abordar esta cuestión indagando en qué patologías se percibe que hay mayor presencia de simulación en el contexto médico-legal por parte de los profesionales que trabajan en su determinación. Para ello se ha dispuesto de una muestra incidental de 161 médicos (56% mujeres) procedentes de 26 provincias distintas, con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años ($M = 43.6$, $DT = 6.5$) y con un promedio de 17 años de ejercicio profesional ($DT = 6.3$). Mediante un breve cuestionario se les pidió que indicaran qué patologías eran más simuladas, cuál creían que era el porcentaje de simulación en las mismas, cuál era el perfil sociodemográfico (edad, nivel de ingresos, profesión, etc.) y qué datos consideraban indicativos de sospecha. Los resultados mostraron que los profesionales percibían como con mayores tasas de simulación los trastornos por dolor crónico (esguince cervical, lumbalgia, cervicalgia, fibromialgia) y los afectivos y emocionales (ansiedad y depresión). El perfil sociodemográfico prototípico era el de personas de mediana edad, 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. Estos resultados se presentan encuadrados dentro del modelo adaptativo de simulación y se asocian a la necesidad de desarrollar protocolos específicos de simulación que minimicen los posibles falsos positivos y falsos negativos en el proceso de evaluación.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Health professionals' perceptions of prevalence of malingering in temporary disability in Spain

ABSTRACT

In spite of the economic and social relevance of the prevalence of malingering in temporary incapacity, there are very few studies in Spain dealing with this problem. The aim of the present paper is to address this matter by looking into those pathologies that according to professionals show the highest rates of malingering in the medico-legal context. For this purpose, we used an incidental sample of 161 doctors (56% of them were women) from 26 different Spanish provinces, with an age range of 30 to 59 ($M = 43.6$, $SD = 6.5$) and an average seniority on the job of 17 years ($SD = 6.3$). They were asked to complete a brief questionnaire indicating those pathologies in which they thought malingering was more frequent, what percentage of these conditions they thought was simulated, the sociodemographic profile of malingerers (age, income, occupation, etc.), and what data they considered to be an indication for suspicion. The results showed that the doctors perceived the highest rates of malingering to be associated with chronic pain conditions (cervical sprain, lumbago, neck and shoulder pain, fibromyalgia) and affective/emotional conditions (anxiety and depression). The prototypical sociodemographic profile was a middle-aged person, with an unstimulating job and a low or moderate income, and who once had an injury or disorder and decided to prolong it over time in order to maintain the benefits obtained. These results are presented within the frame of the adaptive malingering model and linked to the need to develop specific malingering protocols which minimize the risk of false positives and false negatives in the assessment process.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Pablo Santamaría. C/ Fray Bernardino de Sahagún 24. 28036 Madrid. E-mail: pablo.santamaria.fernandez@gmail.com

El desarrollo del campo teórico, metodológico e investigador en la simulación ha sido ingente en los últimos años, siendo superior el número de investigaciones realizadas en los últimos quince años al de los cien anteriores (Rogers, 2008), suponiendo una auténtica explosión de desarrollo en esta área (Otto y Heilbrun, 2002).

Dentro de este campo, una de las cuestiones candentes ha sido la determinación de su prevalencia dado su impacto económico. Esta tarea ha resultado particularmente compleja y de difícil solución, en primer lugar porque los simuladores buscan activamente no ser detectados, lo que dificulta o imposibilita de facto llegar a conocer su incidencia real y, en segundo lugar, porque solo de forma relativamente recientemente se han establecido criterios diagnósticos claros que definen operativamente qué es la simulación (Bush et al., 2005).

A estas dos serias dificultades hay que añadir la sensibilidad de la simulación al contexto de evaluación, haciendo prácticamente inviable hablar de tasas de prevalencia de simulación generales estables o consistentes en distintos contextos. Por el propio modelo adaptativo que pretende explicar la simulación, la prevalencia de la simulación será variable según el contexto, el motivo de evaluación, el trastorno, etc. (Rogers, Salekin, Sewell, Goldstein y Leonard, 1998).

No obstante estas dificultades y fuentes de variación, es clave poder disponer de ciertas estimaciones de prevalencia, ya que resultarán fundamentales no solo para conocer su importancia y relevancia profesional sino para informar de las decisiones clínicas y calcular los índices de utilidad diagnóstica en las investigaciones sobre indicadores de simulación que se realicen (Meehl y Rosen, 1955).

Los resultados obtenidos en la literatura científica disponible, abrumadoramente norteamericana, parecen sugerir tasas de alrededor del 7% en la práctica clínica general (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002; Rogers et al., 1998; Rogers, Sewell y Goldstein, 1994) y de entre un 14 y un 30% en casos de solicitud de discapacidad o indemnización laboral (Miller, 2000; Mittenberg et al., 2002; Rogers et al., 1998; Rogers et al., 1994). Algunos autores han elevado estas tasas en contextos civiles y forenses hasta el rango de entre el 30% y el 50% (Ardolf, Denney y Houston, 2007; Chafetz, 2008; Larrabee, 2003; Norris y May, 1998; Walters, White y Greene, 1988). Los estudios realizados específicamente con simulación del dolor han informado de tasas entre el 20% y el 50% dependiendo del método de diagnóstico seguido (Fishbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, 1999; Gervais et al., 2001; Greve, Ord, Bianchini y Curtis, 2009; Kay y Morris-Jones, 1998; Leavitt y Sweet, 1986).

Los escasos estudios realizados en Europa han apuntado a tasas iguales o superiores. Así por ejemplo, la investigación realizada en Alemania por Stevens, Friedel, Mehren y Merten (2008) con solicitantes de indemnizaciones por lesiones reflejaba una tasa de simulación del 44.6% o el estudio también en Alemania de Merten, Friedel y Stevens (2006), que estimaba un 44% de simulación de problemas cognitivos en pacientes tras un accidente y un 51% en pacientes que alegaban trastorno de estrés postraumático tras un accidente. El estudio de Plohmann (2013) a partir de una muestra suiza diversa de solicitantes de discapacidad o compensaciones por lesiones observaba resultados de sospecha de simulación en un porcentaje que oscilaba entre 23% y el 54% de los casos, dependiendo del protocolo de evaluación seguido. En Inglaterra, Moss, Jones, Fokias y Quinn (2003) hallaban una prevalencia del 33% en evaluados por traumatismos craneoencefálicos. En Holanda, Schmand et al. (1998) encontraron tasas de sospecha de simulación del 61% en personas litigantes tras un esguince cervical y de un 29% en no litigantes que acudían a consulta clínica externa. También en Holanda, Van Hout, Schmand, Wekking y Deelman, (2006) estimaban en un 26% la presencia de simulación de problemas cognitivos en personas que alegaban encefalopatía tóxica crónica o Van Egmond, Kummeling y Balkom (2005), que hallaron que un 42% de los pacientes de consultas clínicas ordinarias albergaban expectativas de obtener ventajas más allá de la propia mejoría (por ejemplo, ayuda para obtener la condición de discapacidad, para

obtener una baja laboral o para tener acceso a otro alojamiento), sin que la mayoría de los clínicos que los trataban fueran conscientes de dichas expectativas.

Por desgracia, prácticamente no hay estudios específicos realizados en muestras españolas sobre la posible prevalencia de simulación en distintos contextos o trastornos, y particularmente en el área de la incapacidad temporal (IT), hecho que motivó la realización de esta investigación.

Los estudios realizados hasta la fecha para estimar la incidencia de simulación han seguido una de dos estrategias: a) la revisión de historias clínicas archivadas de individuos en los que se comprobaba sistemáticamente la presencia de simulación y b) la aplicación de encuestas estructuradas a jueces expertos, es decir, profesionales cualificados de la salud que habitualmente se encuentran con esta problemática en su desempeño profesional.

La ausencia en nuestro país de protocolos sistemáticos de evaluación de la simulación que se incluyan de forma rutinaria en las historias clínicas para su posterior revisión impidió utilizar la primera de las dos estrategias mencionadas y aconsejó la consulta a jueces expertos para conocer la prevalencia de la simulación en su práctica profesional.

El objetivo de esta investigación fue por lo tanto conocer de manera preliminar la perspectiva de profesionales que tratan con estas valoraciones sobre cuáles creen que son las patologías con mayor grado de simulación y qué características tienen los supuestos simuladores, además de los principales criterios de sospecha que utilizan para la detección de simulación.

En concreto, los objetivos de esta investigación fueron obtener una estimación preliminar acerca de la percepción de los profesionales sobre en qué patologías se simula con más frecuencia, cuál es el posible perfil sociodemográfico (edad, sexo, ingresos, etc.) asociado a la simulación, qué mecanismos se utilizan para llevarla a cabo, en qué contexto aparece más frecuentemente y cuáles son las estrategias que afirman utilizar para detectarla.

Método

Participantes

Se dispuso de una muestra incidental de 161 médicos de 26 provincias (56% mujeres, 44% varones), con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años (media = 43.62, $DT = 6.52$), con un promedio de 17 años de ejercicio profesional ($DT = 6.3$, rango = 3-34) y de 9.4 años de antigüedad en la organización donde trabajan ($DT = 6.5$, rango = 0.5-34).

De los 161 médicos participantes, 100 lo eran de mutuas, que en la actualidad llevan a cabo la valoración tanto las solicitudes de incapacidad de patología de contingencia común como de accidente de trabajo y enfermedad profesional, 46 pertenecían a los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), 5 eran médicos forenses del Juzgado de lo Social y 10 médicos de Atención Primaria del Sistema Público de Salud.

Procedimiento y materiales

Se elaboró un cuestionario estructurado, de acuerdo con lo propuesto por Mittenberg et al. (2002), que constaba de nueve ítems y que fue entregado a cada médico para que lo respondiera de forma anónima e individual (puede consultarse su contenido en el apéndice de este artículo).

En el cuestionario se preguntaba a cada médico por su percepción de los siguientes aspectos: patologías más simuladas (se le pide que las ordene y diga la prevalencia de cada una), perfil sociodemográfico más prevalente en la simulación (sexo, edad, nivel de ingreso y profesión), contexto y mecanismo de simulación y evidencias que le hacían sospechar de la presencia de simulación.

Se incluyeron aquellas patologías que se asocian con más frecuencia a la simulación en los estudios, así como aquellas cuya prevalencia en muestras españolas quería indagarse. Posteriormente se codificaron, grabaron y analizaron los datos con el programa SPSS 15.0.

Resultados

Percepción sobre las patologías más simuladas

La primera pregunta del cuestionario solicitaba a los profesionales que ordenaran de 1 a 10 las patologías de acuerdo a la incidencia de simulación que creyesen que se daba en las mismas. En la tabla 1 se puede observar qué posición concedían los profesionales a cada enfermedad o trastorno y cómo se distribuían sus valoraciones (qué porcentaje de profesionales indicaban cada una de las categorías de 1 a 10 en cada enfermedad o trastorno).

Se puede advertir que la patología que se consideraba con mayor incidencia de simulación era el esguince cervical (con una mediana de 2 y el 40% de los médicos considerándola la patología con mayor incidencia), seguido de fibromialgia, cervicalgia crónica, lumbalgia crónica, depresión y ansiedad; a continuación figuraba la cervicalgia y lumbalgia en su fase aguda y en la parte final de la tabla los traumatismos craneoencefálicos (TCE), la fiebre de origen desconocido y el colon irritable. A partir del análisis del porcentaje de profesionales que responden a cada categoría de 1 a 10 puede advertirse la amplia variabilidad en cuanto a la valoración de la prevalencia por parte de los distintos profesionales.

Cabe señalar que se dejó un apartado abierto para que los profesionales mencionaran otras patologías que consideraban relevantes en cuanto a la incidencia de simulación. Los análisis mostraron que solo hubo tres (omalgia, epicondilitis y gonalgia) que fueran mencionadas por más de un 4% de los profesionales, todas ellas con una baja valoración en cuanto a la incidencia de simulación (mediana del ranking de 8 o 9 en una escala de 1 a 10 de importancia).

La segunda pregunta que se hacía a los profesionales indagaba sobre cuál era el porcentaje de simulación que consideraban que existía en cada una de las patologías. En la tabla 2 puede observarse cuál es el porcentaje promedio estimado por los profesionales. Puede volver a advertirse que las patologías que se considera que tienen mayor porcentaje de simulación son el esguince cervical, la fibromialgia, la cervicalgia crónica, la lumbalgia crónica, la depresión y la

ansiedad, todas ellas con porcentajes cercanos o superiores al 50%. Se estimaron tasas sensiblemente menores en las patologías dolorosas agudas (cervicalgia y lumbalgia), en los traumatismos craneoencefálicos (leve y moderado) y en la fiebre de origen desconocido y colon irritable.

El análisis del rango intercuartílico (la diferencia entre el primer y el tercer cuartil de una distribución) y del rango (mínimo porcentaje estimado y máximo porcentaje estimado) permite ver la amplia variabilidad y diversidad en las valoraciones de los profesionales que parece evidenciar una importante falta de consenso.

Tabla 2

Porcentaje de prevalencia de simulación percibido por los profesionales en diferentes patologías

Trastorno	Mediana	Rango intercuartílico	Rango
Esguince cervical	60	30	5-100
Fibromialgia	50	50	1-100
Cervicalgia crónica	50	30	5-100
Lumbalgia crónica	45	30	5-100
Depresión	50	30	5-90
Ansiedad	50	30	0-90
Cervicalgia aguda	30	30	1-100
Lumbalgia aguda	30	30	1-90
TCE leve	20	30	1-90
TCE moderado	10	25	0-80
Fiebre origen desconocido	15	15	0-60
Colon irritable	20	18	0-60

Percepción sobre el perfil sociodemográfico asociado a simulación

Se les pidió a los profesionales que valoraran una serie de características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de ingresos, profesión, etc.) vinculadas con la presencia de simulación. Así, se les pidió que indicaran qué porcentaje de los pacientes que simulaban síntomas eran varones y cuál mujeres. El 21% de los profesionales consideraban que era idéntico el porcentaje de pacientes varones y mujeres

Tabla 1

Ranking de incidencia de simulación en diferentes patologías de acuerdo a la percepción de los profesionales (1 = máxima incidencia de simulación, 10 = mínima incidencia de simulación)

Trastorno	Ranking (posición de 1 a 10)		Porcentaje de profesionales que responden cada categoría de 1 a 10									
	Mediana	Rango intercuartílico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esguince cervical	2	3	40	19	9	8	7	7	7	1	1	1
Fibromialgia	4	7	26	15	7	9	5	9	3	14	3	8
Cervicalgia crónica	4	3	6	9	23	15	15	10	13	3	1	4
Lumbalgia crónica	4	3	3	13	13	23	16	11	7	6	2	5
Depresión	5	4	7	9	17	11	9	15	8	11	6	6
Ansiedad	5	4	5	11	10	11	17	11	9	5	5	14
Cervicalgia aguda	7	6	3	9	7	7	13	6	9	11	7	27
Lumbalgia aguda	7	6	5	7	7	8	8	7	11	10	5	32
TCE leve	9	4	1	3	4	3	8	7	8	6	22	37
TCE moderado	10	2	2	1	2	1	8	7	9	7	63	--
Fiebre desconocida	10	0	--	--	--	1	1	--	--	3	8	87
Colon irritable	10	0	--	1	1	--	1	2	5	5	9	76

Nota. TCE: traumatismo craneoencefálico

que simulaban sus síntomas, el 15% consideraban que era más frecuente en los varones y el 63% que era más frecuente en las mujeres.

También se les solicitó a los profesionales que ordenaran los grupos de edad y niveles de ingresos según la incidencia de simulación en cada uno de ellos, de acuerdo a su experiencia. Así, tuvieron que ordenar los cinco grupos de edad, asignando a cada uno de ellos un número entre 1 y 5 (siendo 1 el que más incidencia de simulación tenía y 5 el que menos) y los seis niveles de ingresos asignando a cada uno de ellos un número entre 1 y 6 (siendo 1 el que más incidencia de simulación tenía y 6 el que menos).

Puede observarse en la tabla 3 cómo los profesionales consideran que es más probable la presencia de simulación en el rango de mediana edad que en los extremos (16-25 años y 55 al fin de la vida laboral). El grupo de 46 a 55 años es el que más incidencia de simulación presenta de acuerdo a la experiencia y percepción de los profesionales.

En relación al nivel de ingresos (véase tabla 4), hay una tendencia marcada por parte de los profesionales a considerar que la incidencia de simulación es mayor conforme el nivel de ingresos es menor, siendo el grupo con más prevalencia el que tiene ingresos inferiores a 1.000 euros al mes.

También se les solicitó que indicaran cinco profesiones en las que, desde su experiencia profesional, consideraran que se producían más casos de exageración de síntomas/simulación. En este caso no se le daba un listado de profesiones sino que era un campo abierto donde anotaban las profesiones que consideraban oportunas. En la tabla 5 se indican las profesiones más mencionadas, el porcentaje de los profesionales que las mencionaban y en qué posición (de 1ª a 5ª) solía aparecer en la enumeración (siendo la 1ª la que más veces se vincula a simulación).

Al consultar la tabla, puede advertirse cómo en la parte superior aparecen principalmente profesiones del sector de la limpieza, de la construcción, la industria y los operarios (cadena de montaje/producción, mozo almacén carga y descarga, mantenimiento, servicios, reponedora, albañil, etc.), de administración, de atención al público (cajera, dependiente, azafata, camarero, auxiliar hostelería, teleope-

rador, etc.) y de cuidados sanitarios (auxiliar de clínica, de enfermería o geriatría, ayuda a domicilio, etc.). Este conjunto de profesiones aglutinan el 80% de las menciones y, por lo tanto, representan el eje central de ocupaciones que los profesionales perciben como más asociadas a la presencia de simulación. El 20% restante se reparte en ocupaciones menos señaladas como son profesores, vigilantes, jardineros, cámaras de televisión, etc.

Percepción sobre el contexto y el mecanismo de simulación

Otra área en la que se solicitó su opinión a los profesionales fue el tipo de contingencia que se asociaba con mayor frecuencia a simulación y el porcentaje con que se empleaban distintos mecanismos de simulación. En relación al tipo de contingencia, fue percibido como el más frecuente la contingencia común (un 68.7% de los profesionales lo marcó como el más frecuente), seguido del accidente de trabajo (29.4%) y finalmente la enfermedad profesional (1.9%).

Cuando se les preguntó a los profesionales sobre el mecanismo de simulación que consideraban que empleaban los pacientes simuladores, indicaron que los mecanismos más empleados eran la perpetuación de síntomas una vez habían mejorado (en término medio los profesionales consideraban que esto ocurría en el 55% de los casos), considerando mucho menos frecuente la simulación del mecanismo de producción (un 20%) o la simulación completa de la patología (un 10%). En relación a aspectos externos vinculados a la simulación, consideraban en término medio que en un 50% de los casos iba vinculada a beneficios externos, en un 30% iba asociada a un conflicto laboral y en un 20% se relacionaba con la asunción del rol de enfermo por parte del paciente.

Datos que hacen sospechar simulación a los profesionales

Finalmente se solicitó a los profesionales que indicaran cuatro datos que le hicieran sospechar la existencia de simulación, anotando las evidencias que consideraban oportunas (en forma de respuestas abiertas).

Tabla 3

Ranking de incidencia de simulación en los grupos de edad de acuerdo a la experiencia y percepción de los profesionales (1= máxima incidencia de simulación, 5 = mínima incidencia de simulación)

Grupo	Ranking (posición de 1 a 5)		Porcentaje de profesionales que responden cada categoría de 1 a 5				
	Mediana	Rango intercuartílico	1	2	3	4	5
46-55 años	2	1	23	33	20	18	6
36-45 años	3	2	26	23	28	13	10
26-35 años	3	2	21	13	17	43	6
> 55 años	3	3	20	17	23	14	26
16-25 años	5	3	12	13	13	12	50

Tabla 4

Ranking de incidencia de simulación según los niveles de ingresos de acuerdo a la experiencia y percepción de los profesionales (1 = máxima incidencia de simulación, 6 = mínima incidencia de simulación)

Grupo	Ranking (posición de 1 a 6)		Porcentaje de profesionales que responden cada categoría de 1 a 6					
	Mediana	Rango intercuartílico	1	2	3	4	5	6
Menos de 1.000 €/mes	1	2	59	15	16	5	3	2
De 1.000 a 1.500 €/mes	2	1	26	66	3	3	2	-
De 1.500 a 2.000 €/mes	3	0	8	11	74	4	1	1
De 2.000 a 2.500 €/mes	4	0	3	5	5	83	2	1
De 2.500 a 3.000 €/mes	5	0	2	2	1	3	91	1
Más de 3.000 €/mes	6	0	1	-	-	4	1	94

Tabla 5

Profesiones más vinculadas a la presencia de exageración de síntomas de acuerdo a la percepción de los profesionales

Profesión	Nº de veces citada	% de la muestra que lo cita	Nº veces citada en cada posición				
			1	2	3	4	5
Limpieza	130	82.3	72	25	18	10	5
Construcción (albañil, obrero, encofrador, soldador, carpintería, electricista...)	110	69.6	23	35	27	13	12
Administrativo	73	46.2	10	17	13	19	14
Cajera, reponedora, dependiente, azafata	47	29.7	2	7	6	10	8
Auxiliar de clínica/enfermería/geriátrica/sanitario	41	25.9	6	11	11	8	5
Cadena de montaje/producción	36	22.8	7	9	9	5	6
Ayuda a domicilio	33	20.9	11	8	7	4	3
Teleoperador	26	16.5	4	3	5	11	3
Mozo almacén y carga-descarga	25	15.8	3	0	6	11	5
Funcionario	23	14.6	2	8	7	3	3
Hostelería (camarero, auxiliar hostelería...)	21	13.3	0	2	5	7	7
Mantenimiento, operario, montador, servicios, conserje	16	10.1		3	3	3	7
Agrario-ganadería	14	8.9	2	6	1	5	0
Autónomo	14	8.9	3	2	4	3	2
Policía	13	8.2	4	3	4	0	2
Profesor	11	7.0	1	1	0	6	3
Vigilante	11	7.0	0	4	3	2	2
Comercial	10	6.3	0	1	3	1	5
Conductor	8	5.1	0	2	0	0	6
Camarera piso	6	3.8	0	2	3	1	0
Barrendero	6	3.8	0	1	1	3	1

Nota. N = 158; tres profesionales no incluyeron su respuesta a esta pregunta. En aras de la reducción de espacio, no se han incluido en la tabla aquellas profesiones mencionadas por menos de 6 profesionales de la salud.

En la tabla 6 se indican las evidencias más mencionadas, el porcentaje de profesionales que las mencionaban y en qué posición (de 1ª a 4ª) solía aparecer en la enumeración de los profesionales (siendo la 1ª a la que más importancia concedían como evidencia de simulación).

Al consultar la tabla, puede advertirse cómo los principales datos que hacen sospechar a los profesionales la existencia de simulación son la ausencia de datos objetivos que justifiquen los síntomas referidos por el paciente (lo menciona un 69%), la exageración de síntomas (43%), la presencia de beneficios colaterales (38%), la ausencia de respuesta al tratamiento (28%), una situación laboral conflictiva (28%), la falta de colaboración o adherencia al tratamiento (19%), la descripción de los síntomas o mecanismos de producción imprecisa, contradictoria o con dudas y omisiones (16%) y una actitud hostil o agresiva (16%). En su conjunto, estos datos agrupan el 70% de las menciones de los profesionales (391 de los 554 datos mencionados en la encuesta), pudiendo considerarse el núcleo central de evidencias en que se basan para la sospecha de simulación. El 30% restante se reparte en datos menos señalados.

Discusión

Los objetivos de esta investigación eran obtener una estimación preliminar sobre la percepción de los profesionales sobre cuáles eran las patologías con mayor tasa de simulación, el posible perfil socio-demográfico (edad, sexo, ingresos, etc.) asociado a la simulación y los datos que afirmaban utilizar en la detección de la misma. No existe, que sepamos, ningún otro estudio hasta la fecha que haya abordado esta cuestión en el contexto español.

En relación con las patologías con mayor tasa de simulación, los resultados muestran una mayor percepción de simulación de las pa-

tologías más asociadas a dolor crónico y trastornos de ansiedad y afectivos (esguince cervical, fibromialgia, cervicología crónica, lumbalgia crónica, depresión y ansiedad), todas ellas con porcentajes estimados de simulación cercanos o superiores al 50%. Es interesante destacar que el conjunto de patologías señaladas parecen caracterizarse por su carácter crónico y perdurable en el tiempo, algo relevante desde el punto de vista del simulador, su marcada subjetividad, con una limitada evidencia objetiva de las patologías, y su mayor prevalencia clínica, lo que hace que sea probable que tengan experiencia de las mismas, de sus síntomas y curso (por su propia experiencia o la de familiares o amigos cercanos).

Las patologías percibidas con menor tasa de simulación y valores estimados inferiores al 35% fueron las patologías dolorosas agudas (cervicología y lumbalgia aguda), los traumatismos craneoencefálicos (leve y moderado), la fiebre de origen desconocido y el colon irritable. Estas patologías pudieran caracterizarse por un carácter menos crónico y más puntual, menos interesante por lo tanto a priori para un simulador, con menor prevalencia clínica y de cuyos síntomas, presentación o curso se tiene menos experiencia.

Adicionalmente cabe señalar que no parece que haya ninguna otra patología que haya sido señalada por los profesionales en el campo de respuesta abierta que ocupe los primeros lugares o que haya sido mencionada de forma relevante o significativa. Las más mencionadas que no aparecían en el listado proporcionado han sido omalgia, epicondilitis y gonalgia, con posiciones medias en el ranking cercanas a la posición 8ª (en una escala de 1 a 10, siendo 1 máxima prevalencia y 10 mínima).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Mittenberg et al. (2002) al destacar la relevancia de la simulación en los trastornos asociados a dolor y a la ansiedad y depresión. En general, los datos indican que en el contexto médico-legal los patrones de simulación

Tabla 6
 Datos clínicos que hacen sospechar a los profesionales la existencia de simulación de acuerdo a su experiencia

Datos de sospecha clínica	Nº de veces citada	% de la muestra que lo cita	Nº veces citada en cada posición			
			1º	2º	3º	4º
<i>Ausencia de evidencias objetivas o signos objetivos: discordancia síntomas y signos, pruebas normales</i> (exploración normal y muchos síntomas referidos, ausencia de datos objetivos, pruebas diagnósticas negativas, no concuerdan signos y síntomas, discordancia clínica y exploración y pruebas complementarias...).	105	68.6	45	26	23	11
<i>Dramatización o magnificación de síntomas: descripción de los síntomas o reacción a la exploración desproporcionada a la patología</i> (sobreactuación sintomatológica, quejas excesivas y exageradas, "no le has tocado y ya le ha dolido", dolor al roce o palpación de la piel, llanto incontrolado, "chillidos" con patología leve...).	66	43.1	21	28	13	4
<i>Presencia de beneficios colaterales a la baja: accidente y compensaciones, presencia de conflictos personales, económicos o familiares, época del año</i> (accidente de tráfico, posibilidad de rentabilizar baja con compañía de seguros, pendiente evaluación de secuelas, problemas económicos o familiares, edad prejubilación, fecha fin de contrato, los niños ya no tienen colegio, proximidad de fiestas o vacaciones...).	58	37.9	11	12	10	25
<i>Ausencia de respuesta al tratamiento</i> (no cede el dolor con el tratamiento, no mejora con el tratamiento, sigue empeorando a pesar del tratamiento, mala respuesta a múltiples tratamientos, nunca está bien ni refiere mejoría...).	43	28.1	8	15	12	8
<i>Situación laboral conflictiva o poco motivante, tipo de trabajo o profesión</i> (problemas o conflictos laborales, críticas a su empresa o trabajo, refiere situación laboral difícil, baja estima por su trabajo, escasa remuneración y poco gratificante el trabajo...).	42	27.5	4	11	16	11
<i>Ausencia de colaboración o de adherencia al tratamiento</i> (no se deja explorar, no sigue el tratamiento, es reticente al tratamiento, no quiere ir a una interconsulta...).	29	19.0	4	3	9	13
<i>Descripciones de los síntomas o mecanismos de producción imprecisas, contradictorias, con dudas y omisiones o mal localizados</i> (cambian los síntomas, no saben concretar mecanismo de producción, responden diferente sobre la misma pregunta, signos contradictorios al explorar, incongruencia de respuestas...).	25	16.3	7	9	5	4
<i>Actitud hostil, agresividad</i> (suspacia, desconfianza, inconformismo, enfado al no cumplir las expectativas, descalificaciones al profesional, conflicto con la seguridad social o la mutua...).	25	16.3	2	6	11	7
<i>Incoherencia de la patología con las alteraciones o dolor que informa, sintomatología atípica, clínica no habitual.</i>	22	1.4	11	5	3	3
<i>Alargamiento y perpetuación de los síntomas</i> (duración exagerada de la lesión, prolongación fuera de lo razonable, persisten síntomas y mejora la exploración, relatan los mismos síntomas que el primer día...).	17	11.1	5	5	2	5
<i>Comenta con excesivo énfasis e insistencia que no quiere bajas y que lo único que quiere es curarse y volver a trabajar</i> ("no he venido antes porque no quiero bajas", deseo extremo de curación, el deseo continuo manifiesto de irse a trabajar, "lo primero es curarme"...).	14	9.2	3	2	4	5
<i>Múltiples síntomas, dolor "movil", siempre aparece un nuevo síntoma</i> (cuando mejora una patología aparece otra nueva, múltiples quejas que van cambiando de localización, pluripatología, dolores múltiples...).	13	8.5	1	2	5	5
<i>Muestran más intereses por aspectos económicos, legales y administrativos que médicos</i> (preguntan cuánto van a cobrar, solicitan ellos mismos la baja, te hablan lo primero de la baja, contratan a un abogado lo primero, tratan de dirigirte hacia el diagnóstico que quieren...).	12	7.8	1	4	5	2
<i>Mecanismo causal (de producción) no coincide con la lesión</i> (incongruencia entre el mecanismo de producción y la patología, falta de relación causa efecto...).	11	7.2	6	4	1	0
<i>Historial</i> (historial de bajas repetidas, hiperfrecuentación a servicio sanitario...).	10	6.5	0	3	5	2
<i>Actitud extraña o poco frecuente del paciente hacia su lesión y su tratamiento.</i>	9	5.9	5	1	0	3
<i>Características sociodemográficas</i> (edad, sexo, nacionalidad, nivel de ingresos...).	8	5.2	1	0	4	3
<i>Mejorías o empeoramientos vinculados a factores ajenos a la clínica o el tratamiento</i> (al pedirle pruebas complementarias mejora, al obtener su objetivo o indemnización mejora, al acercarse al alta empeora, al haber días festivos mejora...).	7	4.6	0	2	2	3
<i>Discrepancia con maniobras de distracción, no ortodoxas o disuasorias.</i>	7	4.6	2	3	0	2
<i>Descripción del síntoma o dolor excesivamente detallada, florida o barroca.</i>	6	3.9	3	2	0	1
<i>Forma de caminar, posturas y movilidad forzada y no natural del paciente cuando se siente observado.</i>	6	3.9	2	1	3	0
<i>Lenguaje no verbal.</i>	6	3.9	5	1	0	0

Nota. N = 153; ocho profesionales no incluyeron su respuesta a esta pregunta. En aras de la reducción de espacio, no se han incluido en la tabla aquellos datos de sospecha clínica mencionados por menos de 6 profesionales de la salud.

están más relacionados con la exageración de síntomas y la discapacidad relacionada con trastornos y enfermedades físicas o trastornos afectivos o emocionales con la posibilidad de obtener incentivos económicos (McDermott y Feldman, 2007).

No obstante, los resultados obtenidos discrepan en cuanto a la relevancia de la simulación en el traumatismo craneoencefálico leve (TCE leve). Esta patología es considerada en el estudio de Mittenberg et al. (2002) entre las más simuladas, mientras que de acuerdo a los resultados de nuestro estudio se encontraría entre las menos simuladas. Esta divergencia puede ser explicada tanto por diferencias en las muestras de profesionales consideradas, como por distintas contingencias diagnósticas, económicas y laborales asociadas al TCE leve en España y en Estados Unidos. En relación a las muestras consideradas, en el estudio de Mittenberg et al. (2002) participaron 131 neuropsicólogos, que estimaron la tasa de prevalencia de acuerdo con su archivo de casos de consultas privadas; los neuropsicólogos son normalmente quienes se ocupan de la evaluación de la simulación en Estados Unidos y Europa, mientras que en la muestra considerada en esta investigación fueron predominantemente médicos de mutuas y de valoración de discapacidades del sistema público de salud, con experiencia en valoración y supervisión de todo tipo de incapacidad temporal. Por otro lado, en relación a las diferencias económicas, el incentivo económico es notablemente superior en estos casos en Estados Unidos que en España.

Con respecto a la tasa de simulación de esta investigación, los porcentajes percibidos por los profesionales en las patologías más prevalentes de simulación han oscilado entre el 45 y el 60%. Estos valores se encuentran en el rango superior presente en la literatura científica, que habitualmente oscila entre el 20% y el 50% (Fishbain et al., 1999; Gervais et al., 2001; Greve et al., 2009; Kay y Morris-Jones, 1998; Leavitt y Sweet, 1986; Mittenberg et al., 2002; van der Werf, Prins, Jongen, van der Meer y Bleijenberg, 2000), si bien concuerdan con diversos estudios que obtienen tasas comprendidas entre el 40 y el 60% (Chafetz, 2008; Merten et al., 2006; Miller, Boyd, Cohn, Wilson y McFarland, 2006; Plohmann, 2013; Schmand et al., 1998; Stevens et al., 2008), particularmente en trabajos que evalúan la prevalencia de simulación en personas solicitantes de discapacidad en sistemas públicos de salud.

Es importante reseñar en los resultados obtenidos la gran variabilidad existente entre los profesionales en cuanto a la ordenación y estimación de porcentajes de simulación de las patologías. Esto puede deberse a la heterogeneidad de la muestra y a las diferencias en la frecuencia con la que se enfrentan a la simulación, al mayor componente subjetivo del "diagnóstico" de simulación, a la diferente experiencia de los profesionales en este campo o la heterogeneidad de la formación y el conocimiento de esta área que tienen los profesionales.

Parece que esta heterogeneidad es habitual en estos estudios. Así, por ejemplo otros estudios similares, como los de Rogers et al. (1998), Slick, Tan, Strauss y Hultsch (2004), Sharland y Gfeller (2007) o Dandachi-FitzGerald, Ponds y Merten (2013), han encontrado una marcada variabilidad en la estimación de la prevalencia por parte de profesionales. Concretamente, el estudio de Slick et al. (2004) con una muestra de 24 expertos en un contexto neuropsicológico (seleccionados por su colaboración en revistas científicas, en las que publican artículos en esta área, y a los que se considera expertos en simulación) encontró que un 16.7% consideraban que la prevalencia de simulación era inferior al 5%, un 16.7% que era entre el 5 y el 10%, un 33.3% que entre el 10 y el 20%, un 20.8% entre el 20 y el 30% y un 12.5% que era superior al 30%.

En cuanto al perfil sociodemográfico considerado por los profesionales, estos creen que la simulación es más prevalente conforme menores son los ingresos, en edades medianas (particularmente 46-55 años), en profesiones menos estimulantes y vocacionales y en mujeres ligeramente más que en varones. Estos resultados concuerdan con algunos de los encontrados en la literatura científica, que

asocian mayor prevalencia de incapacidad temporal y de la 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, Ringdal, Haug y Mæland, 2004; Karlsson, Carstensen, Gjesdal y Alexanderson, 2008; Quezada-Ortega, Razo-Mondragón, Marín-Cotoñieto, Salinas-Tovar y López-Rojas, 2006; Steenstra, Verbeek, Heymans y Bongers, 2005). Así, por ejemplo, el estudio de Aurrekoetxea, Sanzo, Zubero y Alamillo (2009), que mostraba un incremento significativo de la reiteración en la incapacidad temporal a partir de los 45 años o el estudio de Benavides et al. (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 particular, en relación con la mayor prevalencia de mujeres, el estudio de Rogers et al. (1998), basado también en una encuesta a profesionales sobre el prototipo de simulador, encontraba que en contextos no forenses era muy similar la tasa de varones y de mujeres (49.9%). Ahora bien, los profesionales percibían que las mujeres que se embarcaban en una conducta de simulación solían informar más típicamente de síntomas médicos o somáticos y menos de síntomas cognitivos que los varones. Resulta incierto determinar en qué medida esta percepción de los profesionales es verosímil o en qué medida se debe a un sesgo que posiblemente tenga que ver con los conceptos históricos de histeria o trastorno somatomorfo asociado al sexo femenino (Rogers y Reinhardt, 1998). Es interesante citar también a este respecto el estudio de Brage, Nygard y Tellnes (1998), que 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 notablemente reducidas cuando se controlaba la edad y el nivel de ingresos. Este hecho puede sugerir que las diferencias por sexo pueden ser explicadas, al menos parcialmente, por diferencias subyacentes relacionadas con el nivel de ingresos, la profesión, la proyección profesional o las demandas sociales y familiares asociadas habitualmente al género femenino. No obstante, este es un punto incierto que habrá que dilucidar en posteriores investigaciones.

En relación al tipo de contingencia y al mecanismo de producción, los resultados de nuestra investigación han señalado la mayor prevalencia de la simulación en el contexto de contingencias comunes y empleando como mecanismos de producción fundamentales la perpetuación de los síntomas una vez que habían mejorado y la simulación de los síntomas cuando tenían un beneficio externo. Conviene destacar que, de acuerdo a la opinión de los profesionales que han participado en este estudio, rara vez se da una simulación completa de la patología, la simulación del mecanismo de producción o el rol de enfermo. En la terminología clásica de Lipman (1962) podría decirse que predomina la simulación parcial (exageración o perseveración) frente a la simulación pura o inventada. Este es un aspecto con ciertas implicaciones a nivel metodológico, ya que sugiere la limitación del simulador análogo, que debe recrear desde cero una patología, como modelo de investigación en simulación. No parece que esta sea la simulación habitual en la realidad, sino más bien la que llevan a cabo pacientes clínicos con cierto nivel genuino de sintomatología pero que deciden mantener, exacerbar o que perdure en tiempo.

En relación a las estrategias de detección mencionadas por los profesionales, en general concuerdan con las mencionadas en la literatura científica (v. gr., Dandachi-FitzGerald et al., 2013). Así el estudio de Rogers (1984) con clínicos, que mencionaba la incongruencia con lo observado y la extrema gravedad de los síntomas como dos de los criterios fundamentales empleados por los profesionales, o en la referencia clásica de Resnick (2002), que describía a los simuladores como proclives a evitar la evaluación o exámenes médicos o psicológicos, así como a ser hoscos, huraños, suspicaces o resentidos.

Resulta interesante apreciar un posible paralelismo de las estrategias mencionadas por los profesionales con la definición y los crite-

rios de sospecha de simulación del DSM-IV-TR (APA, 2007). Así, el primero de los criterios de sospecha de este manual, presentación en un contexto médico-legal, podría englobar las categorías de “presencia de beneficios colaterales a la baja: accidente y compensaciones, presencia de conflictos personales, económicos o familiares...” y situación laboral conflictiva, que son citados respectivamente por el 38% y el 28% de los profesionales. El segundo de los criterios de sospecha, discrepancia con los datos objetivos, podría considerarse equivalente a la categoría de “ausencia de evidencias objetivas o signos objetivos: discordancia entre síntomas y signos, pruebas normales”, que es mencionado por la amplia mayoría de los profesionales, el 68.6%, y al de “exageración de los síntomas” nombrado por un 43%. El tercer criterio del DSM-IV, falta de cooperación en la valoración diagnóstica e incumplimiento del tratamiento, es equivalente a la categoría “ausencia de colaboración o de adherencia al tratamiento” y es mencionado por el 19%. El cuarto criterio del manual, presencia de trastorno antisocial, puede englobar la categoría de “actitud hostil y agresividad”, mencionado por el 16% de los profesionales.

En su conjunto, los criterios del DSM-IV-TR podrían explicar hipotéticamente alrededor del 59% de las estrategias sugeridas por los profesionales, quedando otro 41% ajeno a estos criterios, entre las que se podrían nombrar la ausencia de respuesta al tratamiento, la descripción imprecisa de síntomas o mecanismo de producción, el alargamiento o perpetuación de los síntomas o el énfasis en su deseo de volver a trabajar.

Cabe llamar la atención sobre el hecho de que ninguno de los profesionales consultados mencione en ningún caso el uso de pruebas, protocolos o procedimientos objetivos o sistematizados como vías de evaluar la sospecha de simulación o exageración. Se confía la detección de la simulación a métodos más o menos subjetivos como los vinculados al DSM-IV-TR, que diversos autores han criticado por el alto número de falsos positivos que pueden ir asociados (p. ej., Berry y Nelson, 2010; Gerson, 2002; Rogers, 2008).

Estos resultados, así como los expuestos anteriormente en relación a las patologías, su prevalencia percibida y el perfil sociodemográfico asociado a simulación, encuentran condicionada su generalización a la incidentalidad de la muestra y a su relativamente reducido tamaño. Si bien se dispuso de profesionales de muy diversos centros y áreas médicas, con amplia experiencia profesional, procedentes de 26 de las 50 provincias españolas, se considera necesaria la replicación de este estudio con muestras seleccionadas aleatoriamente y estratificadas por área médica y centro de trabajo. Asimismo, cabe resaltar el hecho de que la estimación de prevalencia procede de la percepción de los profesionales y no de un registro sistemático de archivos históricos o de la aplicación de protocolos objetivos de detección de simulación. Son conocidos los múltiples sesgos que pueden condicionar dicha percepción, tales como la tendencia de los clínicos a sobreestimar la prevalencia de condiciones inusuales o relevantes (Wedding y Faust, 1989) así como al efecto de las probabilidades apriorísticas o los puntos de anclaje (Kahneman y Tversky, 1984). Esto nos da una idea de la limitada objetividad de la prevalencia y de las probables divergencias que pueden hallarse cuando se realicen estudios objetivos con protocolos o historiales. Esta percepción sobre la prevalencia de la simulación ha de considerarse más bien como un acercamiento al punto de vista del profesional y a la relevancia que conceden a una problemática con un fuerte impacto en los recursos económicos de los sistemas sanitarios.

Finalmente, los resultados hallados también están fuertemente condicionados por el momento histórico y el marco legal existente en el mismo y, por lo tanto, su posible generalización se verá mermada en gran medida. La introducción de modificaciones legales a las prestaciones por incapacidad temporal, la implementación de sistemas de seguimiento o el estado del mercado de trabajo son factores que pueden afectar sensiblemente a la posible prevalencia de la simulación. Dentro del modelo adaptativo, la simulación será más probable conforme mayores sean los incentivos, el contexto sea más

adverso y no haya otras alternativas disponibles o accesibles. Así, diversas investigaciones han mostrado cómo la introducción de modificaciones legales en el marco de indemnizaciones o compensaciones por lesiones han afectado drásticamente a la prevalencia de la simulación (v. gr., Binder y Rohling, 1996; Cassidy et al., 2000; Øverland et al., 2008; Robinson y Loeser, 2012).

Serán necesarias investigaciones que repliquen este estudio con diversas muestras, así como estimaciones convergentes de la prevalencia procedentes de la revisión de historiales y archivos o de la aplicación de procedimientos sistemáticos y objetivos de detección de simulación. En futuros estudios será oportuno incluir en el listado de patologías algunas de las mencionadas de forma destacada en los campos abiertos del cuestionario (p. ej., omalgia, gonalgia y epicondilitis), así como otras que puedan considerarse relevantes a nivel psicopatológico y que no fueron incluidas aquí. También será deseable que se amplíe el ámbito de la investigación al campo forense y al campo de la neuropsicología. Sin duda, los resultados de este estudio están fuertemente restringidos al campo médico-legal y cabe esperar resultados muy diferentes en otros contextos, como los peritajes judiciales, el contexto militar o la práctica neuropsicológica.

Conclusiones

A pesar de la relevancia de la simulación a nivel económico y profesional en el ámbito médico, apenas existe investigación en España que indague sobre la percepción de los profesionales sobre cuál es su prevalencia, a qué perfil sociodemográfico suelen vincularse y qué evidencias emplean para su detección.

En su conjunto, los resultados llaman la atención sobre la magnitud de la presencia de la simulación que aprecian los profesionales, 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).

El perfil sociodemográfico de simulación que aprecian los profesionales parece encajar dentro del modelo adaptativo propuesto por diversos autores (González Ordi, Santamaría y Capilla Ramírez, 2012; Rogers, 2008), que considera la respuesta de simulación como una elección adaptativa que les reporta el mejor balance coste-beneficio en un contexto adverso. Así, la mayor tasa de simulación se asocia a personas de mediana edad (habitualmente con mayores cargas familiares asociadas y más beneficiadas con disponer de una baja laboral), 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 por dicha baja, ya sean económicos o laborales. Según los profesionales de la salud, podría deducirse que:

- Simulan más aquellos sujetos con peores condiciones económicas y laborales (menor nivel de ingresos, profesiones de menor cualificación y menos vocacionales o satisfactorias, mediana edad), más motivados a considerar alternativas al trabajo para conseguir ingresos o unas mejores condiciones personales.
- Simulan aquellas patologías más prevalentes en la población y que, por tanto, es más probable que hayan experimentado y que estén dentro de su universo de repertorio conductual, aquellas de carácter crónico (con preferencia a las leves o agudas) y más subjetivas a la hora de verificar: esguince cervical, fibromialgia, lumbalgia crónica, cervicalgia crónica, ansiedad y depresión.
- Simulan como una alternativa que les surge para obtener beneficios externos a partir de una patología real que o bien mantienen en el tiempo artificialmente o exageran (simulación parcial, perpetuación de los síntomas y con beneficios externos).

Ante esta acuciante necesidad profesional, llama la atención la carencia de estrategias objetivas puestas en marcha por los profesio-

nales, ya que ninguno de ellos menciona en ningún caso el uso de pruebas, protocolos o procedimientos objetivos o sistematizados como vías de detección de la sospecha de simulación o exageración. Las estrategias de detección se articulan mayoritariamente alrededor de la definición y criterios de sospecha del DSM-IV-TR, criterios que han sido duramente criticados por diversos autores por su subjetividad y por el alto número de falsos positivos que pueden ir asociados (p. ej., Berry y Nelson, 2010; Gerson, 2002; Rogers, 2008).

En este contexto es importante la investigación en el desarrollo de protocolos específicos de simulación que permitan dar una respuesta a un asunto relevante y preocupante. La inclusión de protocolos específicos de evaluación debería ayudar tanto a facilitar la detección del paciente simulador como a asegurar la determinación de que el paciente honesto realmente lo es y no es tratado como un falso positivo. Tanto la confirmación (presencia) como refutación (ausencia) de la existencia de conductas fraudulentas de exageración de síntomas y discapacidad son objetivos igualmente importantes a la hora de implementar un protocolo de evaluación.

Extended summary

The development of theoretical, methodological, and research fields on the subject of malingering has been prodigious in recent years, one of the “hottest” topics being the determination of its prevalence, given its considerable economic impact. This task has turned out to be a particularly complicated one, first of all because malingerers actively seek to avoid detection, which makes it difficult –or indeed impossible– to discover its true incidence; and second, because it is only relatively recently that clear diagnostic criteria have been established for defining operationally what malingering is (v. gr., Bush et al., 2005).

Unfortunately, there are hardly any specific studies carried out with Spanish samples on the possible prevalence of malingering for different contexts or disorders. This is particularly evident in the area of temporary incapacity (TI), a fact which motivated the present research.

The studies carried out to date for estimating rates of malingering have followed one of two strategies: a) the review of clinical records of individuals in whom the presence of malingering has been systematically assessed, and b) consultation, by means of structured interviews, with expert judges –that is, qualified health professionals who are regularly required to address this problem in their professional practice.

The absence in Spain of systematic protocols for the assessment of malingering and their routine inclusion in clinical records for subsequent review made it basically unviable to use the former strategy; it seemed advisable, therefore to consult expert assessors about their perception of the prevalence of malingering in their professional practice.

The aim of the present work was therefore to obtain a preliminary knowledge in relation to the perceptions of those professionals who make assessments about which pathologies present the highest rates of malingering and the characteristics associated with supposed malingerers, as well as looking at the main criteria they use for the detection of malingering in suspicious cases.

Method

Participants

The incidental sample included 161 doctors from 26 Spanish provinces (56% women, 44% men). Age range was 30 to 59 (mean = 43.62, *SD* = 6.52), and they had an average of 17 years' professional experience (*SD* = 6.3, range = 3–34) and had spent an average of 9.4 years in the organization in which they were currently working (*SD* = 6.5, range = 0.5–34).

Of these 161 doctors, 100 were employed by health insurance companies, where they were responsible for assessing both applications for common-contingency illness-related incapacity and cases of work-related accidents and job-related illnesses; 46 of them worked in the Incapacity Assessment Teams at the Social Security Department, 5 were forensic doctors at the Court for Employment Affairs [Juzgado de lo Social], and 10 were GPs working in the Public Health Service.

Procedure and materials

A structured questionnaire was drawn up, following the proposals of Mittenberg et al. (2002), comprising nine items, which was handed to each one of the doctors so that they could respond anonymously and individually (the content of the questionnaire can be seen in the Appendix to this article).

Through the questionnaire, the doctors were asked about their perceptions in relation to the following aspects: the most widely simulated pathologies (in order of prevalence, indicating the estimated percentage of malingering for each one), the most prevalent sociodemographic profile of malingerers (sex, age, income, and occupation), the context and mechanism of malingering, and evidence that aroused suspicion of malingering.

Results

Perceptions in relation to the most widely simulated pathologies

The first questionnaire item asked these professionals to rank from 1 to 10 the pathologies according to their perceptions of the incidence of malingering. The results showed that the pathology most subject to malingering was cervical sprain, followed by fibromyalgia, chronic neck and shoulder pain, chronic lumbago, depression, and anxiety; these were followed, in terms of perceived incidence of malingering, by acute neck and shoulder pain and lumbago, and by traumatic brain injury (TBI), fever of unknown origin, and irritable bowel syndrome.

The second question asked to participants concerned their perceptions about the percentage of malingering they considered to exist for each pathology. The results show once again that the pathologies considered by these professionals to present the highest percentages of malingering are cervical sprain, fibromyalgia, chronic neck and shoulder pain, chronic lumbago, depression, and anxiety, all with percentages close to or higher than 50%. Considerably lower rates were estimated for the acute pain conditions (neck and shoulder pain and lumbago), for traumatic brain injury (mild and moderate), and for fever of unknown origin and irritable bowel syndrome.

Perceptions about the sociodemographic profile associated with malingering

Respondents were also required to rate a series of sociodemographic characteristics (sex, age, income, and occupation) according to their association with the presence of malingering. Thus, they were asked to indicate what percentage of malingerers were men and what percentage were women. Twenty-one per cent of these professionals estimated that, of patients who simulated symptoms, the percentages of men and of women were identical, while 15% thought malingering was more common in men, and 63% estimated it to be more prevalent in women.

The questionnaire then asked the doctors to put in order the age groups and income-level groups in line with the incidence of malingering in each one, according to their experience. For making their rankings they had to assign to each of the five age groups a number between 1 and 5 (1 signifying the group with the highest incidence of malingering, and 5 that with the lowest), and to each of

the six income levels a number between 1 and 6 (1 for that with the highest incidence of malingering, and 6 for that with the lowest).

According to the results obtained, the respondents considered it more likely to encounter the presence of malingering in the middle-age range than at the extremes (age 16-25 and age 55 to retirement). The age range with the highest incidence of malingering was, in the view of these professionals, that of age 46 to 55. As regards income, there is a marked tendency among these doctors to consider that the incidence of malingering is greater the lower the income level, the group presenting most prevalence being that which earns less than 1000 euros per month.

Another item on the questionnaire requested respondents to indicate five occupations in which, in their view, there was a tendency to be the most cases of symptom exaggeration and/or malingering. In this case they were not given a list of occupations, but rather a free hand to note down those they considered most worthy of mention. The occupations with the highest prevalence of malingering (in the doctors' view) were cleaners, construction workers, industrial workers and manual/factory workers in general (assembly line workers, warehouse labourers, maintenance workers, service workers, shelf-fillers, bricklayers, etc.), low-level clerks, people working face-to-face with the public (checkout staff, other shop workers, flight attendants/hostesses, waiters, low-level hotel staff, tele-sales operators, etc.), and low-level healthcare workers (auxiliary nurses in clinical, general nursing or geriatric settings, home helps/health visitors, etc.).

Perceptions about the context and mechanism of malingering

Another area about which the doctors were asked was the way the malingering worked –its mechanism. They indicated that the most widely employed mechanisms were the perpetuation of symptoms after they had improved or disappeared (on average, these professionals considered this to occur in 55% of all malingering cases); they considered much less common the simulation of the mechanism of production of the condition (20%) and simulation of the pathology in its entirety (10%). As regards external aspects linked to malingering, the respondents considered that an average of 50% of cases were motivated by the possibility of receiving some kind of benefits, 30% were associated with a work-related conflict, and 20% involved the patient assuming the role of a sick person.

Data that arouse suspicion among doctors about malingering

Finally, respondents were asked to indicate four aspects that led them to suspect malingering. Again, no list was provided, so that the doctors were required to write in a blank space the aspects they considered to be important. As can be seen in Table 6, the main aspect that arouses suspicion in these doctors about the existence of malingering is the absence of objective data to back up the patient's claims about symptoms (mentioned by 69%), exaggeration of symptoms (43%), presence of collateral benefits (38%), lack of response to treatment (28%), a conflictive workplace situation (28%), lack of cooperation with or adherence to treatment (19%), inaccurate, contradictory, hesitant, or incomplete description of the symptoms or mechanisms in question (16%), and a hostile or aggressive attitude (16%). Overall, these aspects account for 70% of all those mentioned by the doctors (391 of a total of 554 mentioned in the questionnaires), so that they can be considered the core components of the evidence on which suspicion of malingering is based. The remaining 30% is distributed across less commonly mentioned aspects.

Discussion

Despite the relevance of malingering at the economic and occupational levels and in medical contexts, there is scarcely any

research in Spain on medical professionals' perception about its prevalence, about the sociodemographic profile with which it tends to be associated, or about the evidence they use for its detection.

In general, these results highlight the strong presence of malingering perceived by doctors –close to 50%–, particularly in common and prevalent disorders such as chronic pain conditions (cervical sprain, lumbago, and neck and shoulder pain) and affective/emotional illnesses (anxiety and depression).

The sociodemographic profile of malingering perceived by doctors appears to fit with the adaptive model proposed by various authors (González-Ordi, Santamaría, & Capilla-Ramírez, 2012; Rogers, 2008). This model conceptualizes the malingering response as an adaptive choice that provides the best cost-benefit balance in an adverse situation. Thus, the highest rates of malingering were perceived as associated with middle-aged individuals (commonly with greater family burden and more benefits to be gained from sick leave), and with people doing boring jobs for low or moderate incomes, who initially had some valid type of lesion or disorder, but decided to prolong it over time so as to maintain economic and/or occupational benefits obtained from going on sick leave. It seems reasonable to summarize the perceptions of these health professionals as follows:

- Malingering is more common in those individuals with poorer economic and working conditions (lower income, relatively unskilled, less vocational occupations that produce less satisfaction, middle-aged), who are more motivated to consider alternatives to work for obtaining income or better personal conditions.
- Malingerers have a greater tendency to simulate the pathologies most prevalent in the population, which they are more likely to have experience of and which are within their range of behavioural repertoire –those of a chronic nature (in preference to mild or acute conditions) and whose verification is more subjective: cervical sprain, fibromyalgia, chronic lumbago, chronic neck and shoulder pain, anxiety, and depression.
- Malingerers simulate as an alternative that emerges for obtaining external benefits applicable to an authentic pathology, which they either prolong artificially over time or exaggerate (partial simulation, perpetuation of symptoms, and with external benefits).

Given this pressing need on various fronts, there is a marked lack of objective strategies implemented by medical professionals; indeed, not one of them mentioned in any case the use of tests, protocols, or objective/systematic procedures for use as indicators of suspected malingering or exaggeration. Detection strategies revolve mainly around the definition and suspicion criteria set down in the DSM-IV-TR –criteria that have been strongly criticized by various authors for their subjective nature and in view of the high numbers of false positives associated with them (e.g., Berry y Nelson, 2010; Gerson, 2002; Rogers, 2008).

In such a context, it is of great importance to highlight the need for research on the development of specific malingering protocols that will permit health professionals to address a matter that is highly relevant and of great concern. The inclusion of specific assessment protocols should both facilitate the detection of malingerers and ensure verification that honest patients really are honest, so as to avoid their being treated as false positives. Reliable confirmation (presence) and refutation (absence) of fraudulent behaviours involving the exaggeration or simulation of symptoms and incapacity are equally important objectives when it comes to implementing an assessment protocol.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- APA (2007). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ardolf, B. R., Denney, R. L. y Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 899-916.
- Aurrekoetxea, J. J., Sanzo, J. M., Zubero, E. y Alamillo, E. (2009). Repetición de procesos de incapacidad temporal según diagnóstico. *Atención Primaria*, 41, 439-445. doi: 10.1016/j.aprim.2008.11.002
- Benavides, F. G., Plana, M., Serra, C., Domínguez, R., Despuig, M., Aguirre, S., ... 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(2), 183-190.
- Berry, D. T. R. y Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and Malingering: a Modest Proposal. *Psychological Injury and Law*, 3, 295-303. doi:10.1007/s12207-010-9087-7
- Brage, S., Nygard, J. F. y Tellnes, G. (1998). The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26(1), 34-43. doi:10.1177/14034948980260010901
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Troster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., ... Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity: NAN Policy y Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 419-426.
- Cassidy, J. D., Carroll, L. J., Cote, P., Lemstra, M., Berglund, A., & Nygren, A. (2000). Effect of Eliminating Compensation for Pain and Suffering on the Outcome of Insurance Claims for Whiplash Injury. *New England Journal of Medicine*, 342, 1179-1186. doi:10.1056/NEJM200004203421606
- Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the Social Security Disability Consultative Exam: Predictors and Base Rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 529-546. doi:10.1080/13854040701346104
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M. y Merten, T. (2013 Sept 18). Symptom Validity and Neuropsychological Assessment: A Survey of Practices and Beliefs of Neuropsychologists in Six European Countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/act073
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L. y Rosomoff, R. S. (1999). Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. *The Clinical journal of pain*, 15, 244-274.
- Gerson, A. R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of forensic psychology*, 20(1), 57-70.
- Gervais, R. O., Russell, A. S., Green, P., Allen, L. M., Ferrari, R. y Pieschl, S. D. (2001). Effort Testing in Patients with Fibromyalgia and Disability Incentives. *The Journal of Rheumatology*, 28, 1892-1899.
- Binder, L., & Rohling, M. (1996). Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 7-10.
- Gjesdal, S., Ringdal, P. R., Haug, K. y Mæland, J. G. (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. doi: 10.1093/eurpub/14.4.398
- González Ordí, H., Santamaría, P. y Capilla Ramírez, P. (2012). La simulación como estilo de respuesta. En H. González Ordí, P. Santamaría y P. Capilla Ramírez (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J. y Curtis, K. L. (2009). Prevalence of Malingering in Patients With Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1117-1126. doi: 10.1016/j.apmr.2009.01.018
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39, 341-350. doi:10.1037/0003-066X.39.4.341
- Karlsson, N. E., Carstensen, J. M., Gjesdal, S. y Alexanderson, K. A. E. (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. doi: 10.1093/eurpub/ckm128
- Kay, N. R. M. y Morris-Jones, H. (1998). Pain clinic management of medico-legal litigants. *Injury*, 29, 305-308. doi: 10.1016/S0020-1383(98)80211-8
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of Malingering Using Atypical Performance Patterns on Standard Neuropsychological Tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 410-425. doi: 10.1076/clin.17.3.410.18089
- Leavitt, F. y Sweet, J. J. (1986). Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain. *Pain*, 25, 357-364. doi: 10.1016/0304-3959(86)90239-3
- Lipman, F. D. (1962). Malingering in personal injury cases. *Temple Law Quarterly*, 35, 141-162.
- McDermott, B. E. y Feldman, M. D. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 645-662.
- Meehl, P. E. y Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52(3), 194-216.
- Merten, T., Friedel, E. y Stevens, A. (2006). Eingeschränkte Kooperativität in de neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin*, 58, 19-21.
- Miller, H. A. (2000). The development of the Miller's Forensic Assessment of Symptoms Test: a measure of malingering mental illness. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences & Engineering*, 60(8-B), 4238.
- Miller, L. S., Boyd, M. C., Cohn, A., Wilson, J. S. y McFarland, M. (2006). *Prevalence of sub-optimal effort in disability applicants*. Presented at the Annual meeting of the International Neuropsychological Society, Boston, MA.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. y Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.
- Moss, A., Jones, C., Fokias, D. y Quinn, D. A. (2003) The mediating effects of effort upon the relationship between head injury severity and cognitive functioning. *Brain Injury*, 17, 377-387.
- Norris, M. P. y May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22, 315-323. doi: 10.1023/A:1025706606774
- Otto, R. K. y Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology. A look toward the future in light of the past. *The American Psychologist*, 57(1), 5-18.
- Øverland, S., Glozier, N., Henderson, M., Mæland, J. G., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2008). Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 769-773. doi:10.1136/oem.2007.037861
- Plohmman, A. (2013, June). *First base rates estimates of performance validity in Switzerland*. Comunicación presentada en el Third European Symposium on Symptom Validity Assessment, Wurzburg, Alemania.
- Quezada-Ortega, M. R., Razo-Mondragón, J. L. P., Marín-Cotoño, I. A., Salinas-Tovar, S. y López-Rojas, P. (2006). Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gaceta médica de México*, 142(2), 109-112.
- Resnick, P. J. (2002). Malingering. In R. Rosner (Ed.), *Principles and practice of forensic psychiatry* (2nd ed., pp. 543-554). New York: Chapman & Hall.
- Robinson, J. P., & Loeser, J. D. (2012). Effects of Workers' Compensation Systems on Recovery from Disabling Injuries. En H. Hasenbringer, A. Rusu y D. C. Turk (Eds.), *From Acute to Chronic Back Pain: Risk Factors, Mechanisms, and Clinical Implications* (pp. 355-376). New York: Oxford University Press.
- Rogers, R. (1984). Towards an empirical model of malingering and deception. *Behavioral Sciences & the Law*, 2(1), 93-111. doi: 10.1002/bsl.2370020109
- Rogers, R. (2008). *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Rogers, R. y Reinhardt, V. R. (1998). Secondary gain: A clinical construct in search of consensus. En G. P. Koocher, J. C. Norcross y S. S. Hill III (Eds.), *Psychologist's desk reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A. y Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22, 353-367. doi: 10.1023/A:1025714808591
- Rogers, R., Sewell, K. W. y Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering. *Law and Human Behavior*, 18, 543-552. doi: 10.1007/BF01499173
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T. y Hamburger, H. L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: the impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 64, 339-343.
- Slick, D. J., Tan, J. E., Strauss, E. H. y Hultsch, D. F. (2004). Detecting malingering: a survey of experts? practices. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 465-473. doi: 10.1016/j.acn.2003.04.001
- Sharland, M. J. y Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 213-223. doi:10.1016/j.acn.2006.12.004
- Steenstra, I. A., Verbeek, J. H., Heymans, M. W. y Bongers, P. M. (2005). Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 851-860. doi: 10.1136/oem.2004.015842
- Stevens, A., Friedel, E., Mehren, G. y Merten, T. (2008). Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 191-200. doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.003
- Van der Werf, S. P., Prins, J. B., Jongen, P. J., van der Meer, J. W. y Bleijenberg, G. (2000). Abnormal neuropsychological findings are not necessarily a sign of cerebral impairment: a matched comparison between chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 13(3), 199-203.
- Van Egmond, J., Kummeling, I. y Balkom, T. A. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20, 416-421. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.11.012
- Van Hout, M. S. E., Schmand, B., Wekking, E. M. y Deelman, B. G. (2006). Cognitive functioning in patients with suspected chronic toxic encephalopathy: evidence for neuropsychological disturbances after controlling for insufficient effort. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 296-303.
- Walters, G. D., White, T. W. y Greene, R. L. (1988). Use of the MMPI to identify malingering and exaggeration of psychiatric symptomatology in male prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 111-117. doi: 10.1037/0022-006X.56.1.111
- Wedding, D. y Faust, D. (1989). Clinical judgment and decision making in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 233-265.

Apéndice

Cuestionario de percepción de los profesionales de la salud de la prevalencia de simulación por trastornos en incapacidad temporal.

Edad..... Sexo.....
 Años ejercicio profesional.....
 Especialidad.....
 Antigüedad en la empresa.....
 Centro de trabajo.....
 Provincia desarrollo profesional.....

Cuestionario

Datos del profesional

1-Indique, numerando de 1 a 10 las patologías en las que usted considera que se dan más casos de simulación (1=máxima incidencia de simulación; 10 = mínima incidencia de simulación): (1 = máxima incidencia de simulación, 10 = mínima incidencia de simulación):

- Fibromialgia /Síndrome de Fatiga Crónica
- TCE leve
- TCE moderado
- Esguince cervical
- Cervicalgia aguda
- Cervicalgia crónica
- Lumbalgia o ciática aguda
- Lumbalgia o ciática crónica
- Depresión
- Ansiedad
- Fiebre de origen desconocido
- Síndrome de colon irritable
- Otros cuadros no mencionados y que usted desee puntuar de 1 a 10

2-En las mismas patologías de la pregunta anterior estime, a su criterio, el porcentaje que hay de exageración de síntomas/simulación:

- Fibromialgia /Síndrome de Fatiga Crónica
- TCE leve
- TCE moderado
- Esguince cervical
- Cervicalgia aguda
- Cervicalgia crónica
- Lumbalgia o ciática aguda
- Lumbalgia o ciática crónica
- Depresión
- Ansiedad
- Fiebre de origen desconocido
- Síndrome de colon irritable
- Otros cuadros no mencionados y que usted desee valorar

3-En qué tramos de edad piensa usted que se dan más casos de exageración de síntomas simulación: numere de 1 (más casos) a 5 (menos casos):

- 16 a 25 años
- 26 a 35 años
- 36 a 45 años
- 46 a 55 años
- 55 al final de la vida laboral

4-Escriba las 5 profesiones en las que, desde su experiencia y en el medio en el que usted trabaja, se producen más casos de exageración de síntomas /simulación (la primera en la que usted ha observado más casos y así hasta 5):

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....
- 4-.....
- 5-.....

5- Qué salario medio mensual bruto piensa usted que tiene con más frecuencia el paciente que exagera/simula síntomas (numere de 1 a 6 de más frecuente a menos)?

- menos de 1.000 euros/mes
- de 1.000 a 1.500 "
- de 1.500 a 2.000 "
- de 2.000 a 2.500 "
- de 2.500 a 3.000 "
- más de 3.000 euros /mes

6-En qué tipo de contingencia cree usted que se produce más simulación (marque con una x):

- Accidente de trabajo
- Enfermedad profesional
- Contingencia Común.

7-Entre los pacientes que usted piensa que simulan/exageran síntomas: escriba el porcentaje que estima usted que lo hace en las siguientes situaciones:

- % simulan el mecanismo de producción
- % perpetúan síntomas una vez que estos han mejorado
- % simulan la patología completa (no existe y la simulan)
- % simulan o exageran síntomas por que adoptan el rol de enfermo
- % simulan síntomas por que tiene así un beneficio externo (tribunal, incapacidad, invalidez, seguro coche....)
- % simulan por que existe un conflicto laboral

8-Entre los pacientes que usted cree que exageran/simulan síntomas (escriba el porcentaje que usted estime):

- % son mujeres
- % son varones

9-Escriba, por orden de importancia, los 4 datos que a usted le hacen sospechar la existencia de exageración de síntomas/simulación:

- 1
- 2
- 3
- 4